

การพัฒนาารูปแบบลดการบริโภคเค็ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
กรณีศึกษา: บ้านร่วมใจ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี
The Development to decrease salty consumption by community
participation Case study: Ban Ruamjai, Pathum Subdistrict, Muang District,
Ubon Ratchathani

สุปราณี เมืองโคตร^{1*}, สำราญ พูลทอง², บุญยารัตน์ อารังวิไลเนตร³
Supranee Muangkote^{1*}, Samran Phulthong², Boonyarat Thumrongwilainet³

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางลุ่ม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

³สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

¹Pathum Subdistrict Health Promoting Hospital, Muang District, Ubon Ratchathani

²Yanglum Subdistrict Health Promoting Hospital, Muang District, Ubon Ratchathani

³The Office of Disease Prevention and Control 10, Ubon Ratchathani

*Correspondence to: neewaa001@gmail.com

Received: Nov 5, 2024 | Revised: Feb 10, 2025 | Accepted: Feb 14, 2025

บทคัดย่อ

การบริโภคเค็มเกินปริมาณที่องค์การอนามัยโลกกำหนดต่อเนื่องส่งผลทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจและไตวายเรื้อรัง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงด้านเศรษฐกิจ การสร้างให้เกิดความยั่งยืนควรมีกระบวนการดำเนินการรูปแบบเชิงรุกในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยคิดรูปแบบในการส่งเสริมลดการบริโภคเค็ม โดยใช้ทรัพยากรและ มาตรการของชุมชนเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพ ออกแบบบริการทำให้เกิดการจัดการตนเองในชุมชน โดยใช้การวิจัยและพัฒนา ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อมและวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบลดการบริโภคเค็ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 3 วงรอบ ได้แก่ 1) การสร้างมาตรการทางสังคม 2) การสร้างความรอบรู้สู่การปฏิบัติจริง 3) ประกาศหมู่บ้านรณรงค์ลดเค็มลดโรค ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบ ลดการบริโภคเค็มโดยชุมชนมีส่วนร่วม

ผลการศึกษา ได้รูปแบบร่วมใจลดเค็ม โดยชุมชนมีส่วนร่วมมี 5 องค์ประกอบคือ 1) การประชาสัมพันธ์ ผ่านหอกระจายข่าว line group facebook และอสม. 2) การทำความร่วมมือร้านค้า ตรวจวัดระดับโซเดียม ในอาหาร 3) การอบรมให้ความรู้ในชุมชน ทั้ง อสม. และนักเรียน 4) การจัดมหกรรมประกาศหมู่บ้าน ต้นแบบลดเค็ม 3 ดี ประกวดเมนูพื้นบ้านอาหารอีสานลดเค็มอร่อยดี มีทั้งประกวดบุคคลต้นแบบ และ ครอบครัวต้นแบบลดเค็ม และ 5) การติดตามและประเมินผลพฤติกรรมลดการบริโภคเค็ม หลังการนำรูปแบบ ลดการบริโภคเค็ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปปฏิบัติ พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนพฤติกรรมลดการบริโภค เค็มดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) และมีคะแนนความรู้ของกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับการบริโภคเค็ม

สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p=0.000$) ดังนั้นการดำเนินงานลดการบริโภคเค็มโดยชุมชนตาม 5 มาตรการของ รพ.สต.ปทุม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี ที่นำไปใช้ สามารถทำให้ชุมชนมีพฤติกรรมการบริโภคเค็มที่ถูกต้อง และมีความรู้มากขึ้น จึงควรมีการขับเคลื่อนและบูรณาการความร่วมมือในการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนในชุมชน ลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: การบริโภคเค็ม, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การพัฒนารูปแบบ, โชนา

Abstract

Excessive salt consumption beyond the level recommended by the World Health Organization (WHO) can lead to hypertension, stroke, cardiovascular diseases, and chronic kidney failure. It negatively impacts patients' quality of life, their families, and the economy. To create sustainability, proactive community-based measures emphasizing community participation should be implemented. These initiatives should promote reduced salt consumption by leveraging local resources and integrating with healthcare services. A self-management model can be developed using participatory action research (PAR), which includes three phases composed of 1) Preparation and Situational Analysis Phase: Identifying community readiness and analyzing the context. 2) Development Phase for a Community-Based Salt Reduction Model: This involves three cycles: creating social measures, enhancing knowledge for practical implementation, and announcing pilot villages for salt and disease reduction. 3) Evaluation Phase: Assessing the effectiveness of the community-based salt reduction model.

The results were found in the Ruam-Jai (Join together) model to reduce salt with community participation consisting of 5 components: 1) Public communication through loudspeakers, Line groups, Facebook, and village health volunteers (VHVs). 2) Cooperation with local vendors to measure sodium levels in food. 3) Training to provide knowledge in the community, both VHVs and students. 4) Organizing a festival to announce the 3 Good villages to reduce saltiness model, a contest for delicious Isan food with low salt, individuals and families with low salt model, and 5) monitoring and evaluation of salt consumption behavior. The model evaluation found statistically significant improvements in salt consumption behavior ($p=0.000$) and knowledge among at-risk groups ($p=0.000$) after implementing the community-based model. Therefore, the five measures implemented by the Pathum Health Promotion Hospital, Mueang District, Ubon Ratchathani Province, successfully improved proper salt consumption behaviors and community

knowledge. This approach should be further promoted and integrated to create a supportive environment for better health and reduce the risk of chronic non-communicable diseases in the community.

Keywords: Salt Consumption, Community Participation, Model Development, Sodium

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญในการเสียชีวิตของประชากรโลก ร้อยละ 63 หรือประมาณ 38 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 3.1 แสนคน หรือร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชากรไทย องค์การอนามัยโลก กำหนดการลดเกลือโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลก เพื่อควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ภายในปี 2568 ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายใน พ.ศ. 2568⁽¹⁾ การบริโภคเกินปริมาณที่องค์การอนามัยโลกกำหนดต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ไตวายเรื้อรัง อีกทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงด้านเศรษฐกิจ การดูแลโรคเรื้อรังของประเทศไทยได้มีนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนบริการปฐมภูมิมีบทบาทมากขึ้น เนื่องจากเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย บริการต่อเนื่องที่ครอบคลุมทุกมิติ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนทรัพยากรในการดูแลโรคเรื้อรังตามบริบทของพื้นที่

จากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ.2564 พบจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 510 คน ซึ่งสูงที่สุดใน 25 อำเภอของจังหวัดอุบลราชธานี นอกจากนี้ยังพบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในฐานข้อมูลผู้ป่วยของ

รพ.สต.ปทุม ปี 2562-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 15.47, 16.04, 16.84 และ 17.33 ตามลำดับ

จากสถานการณ์ 3 ปีย้อนหลัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี 2563, 2564 และ 2565 คิดเป็น 1,794.62, 1,771.39 และ 1,986.64 พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ปี 2563, 2564 และ 2565 คิดเป็น 864.07, 1,002.67 และ 1,08.36⁽²⁾ ดังนั้น อัตราการป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี และการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยที่รับบริการในคลินิกเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีการทำงานของไตผิดปกติ ตั้งแต่ระยะที่ 3 - 5 จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 7.73 ผู้ป่วยในชุมชนมีการทำงานของไตผิดปกติระยะที่ 5 ที่ต้องรับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 10 คน และมีผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองอีกจำนวน 8 คน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม จึงได้ตระหนักถึงปัญหาโรคไตเรื้อรัง ที่ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจสังคมและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นภาระในการดูแลในระบบสุขภาพที่เพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตั้งแต่การค้นหา การวินิจฉัยที่รวดเร็ว การส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่ง รพ.สต.ปทุมได้เริ่ม

ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2562 ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในคลินิกเรื้อรัง โดยออกแบบนวัตกรรมเชิงสัญลักษณ์เพื่อใช้สื่อสารกับผู้ป่วยในคลินิกเรื้อรัง⁽³⁾ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ระดับดี ร้อยละ 52.1 และระดับดีมากร้อยละ 40.2 และในปี 2564 - 2565 ได้นำนวัตกรรมขยายผลไปใช้ต่อในการออกแบบโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาในคลินิกเรื้อรัง⁽⁴⁾ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการครองของไตดีขึ้นร้อยละ 25.0 คงที่ ร้อยละ 57.5

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น ทีมวิจัยตระหนักเห็นความสำคัญลดการบริโภคเค็มเพื่อลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งที่ผ่านมากระบวนการปรับพฤติกรรมลดการบริโภคเค็ม ทำในรูปแบบเชิงรับในคลินิกบริการเท่านั้น หากจะสร้างให้เกิดความยั่งยืนต้องมีกระบวนการให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนจนถึงการดำเนินโครงการช่วยสร้างความตระหนักและความรับผิดชอบร่วมกัน ใช้ทรัพยากรและมาตรการของชุมชนเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพ ออกแบบบริการเอง ทำให้เกิดการจัดการตนเองในชุมชน คนในชุมชนจะมีโอกาสปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างนวัตกรรมท้องถิ่นที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง จึงเป็นความท้าทายที่ทีมสุขภาพต้องแก้ปัญหาลดบริโภคเค็มในชุมชน

จากการสำรวจกลุ่มเสี่ยงในบ้านร่วมใจ ต.ปทุม อำเภอ จ.อุบลราชธานีเบื้องต้น พบว่า มีอัตราการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับ 1 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต. ปทุม คิดเป็นร้อยละ 0.85 และร้อยละ 2.82 ใน

ปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ตามลำดับ⁽²⁾ คนในชุมชนส่วนใหญ่บริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป และเครื่องปรุงรสเค็ม ขาดความรู้เรื่องผลกระทบของการบริโภคโซเดียมต่อสุขภาพ ขาดกิจกรรมหรือโครงการที่ส่งเสริมการลดบริโภคเค็มในระดับชุมชน ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะนำแนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁽⁵⁾ มาปฏิบัติการเพื่อให้เกิดรูปแบบ สร้างมาตรการทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดบริโภคเค็มของชุมชน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้ และ สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและเป็นต้นแบบให้กับหมู่บ้านอื่น ๆ เพราะไม่เพียงแต่ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง แต่ยังสร้างวัฒนธรรมการบริโภคที่ดี ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน และเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาสุขภาพในระดับประเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบลดการบริโภคเค็มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หมู่ 10 บ้านร่วมใจ ตำบลปทุม จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบลดการบริโภคเค็มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่ทำให้ระดับความเค็มเพิ่มขึ้นและความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบลดการบริโภคเค็ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนฯ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL)⁽⁶⁾ ในการพัฒนา

รูปแบบฯ โดยมีทั้งหมด 4 ขั้นตอนดังนี้ Plan คือ วิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการศึกษาริบท และ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาภาวะเจ็บป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 ปี ย้อนหลัง พ.ศ.2563-2565 ภาวะเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมู่ 10 บ้านร่วมใจ ต.ปทุม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี จากฐาน ข้อมูลสุขภาพ Health data center สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จากการ วิเคราะห์สถานการณ์ได้ปัญหา นำปัญหาที่ได้ไป ทำกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ Act คือการนำ รูปแบบไปปฏิบัติมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ และ แนวทางการดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคเค็ม อย่างชัดเจน Observe คือการประเมินผลการนำ รูปแบบฯ ไปใช้ในการให้บริการลดการบริโภคเค็ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ Reflect คือ การ สะท้อนผลการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในการให้บริการ ลดการบริโภคเค็มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อ พัฒนารูปแบบลดการบริโภคเค็มโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ว่ามีรูปแบบการดำเนินงานเป็นอย่างไร ทำการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี โดยเลือก ศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม หมู่ 10 บ้านร่วมใจ ตำบลปทุม จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ให้ บริการ จำนวน 30 คน ได้แก่ อสม.บ้านร่วมใจ ทั้ง 17 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 2 คน ตัวแทนประชาชน 5 คน ตัวแทนผู้ประกอบการร้านค้าที่สนใจ 2 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ 4 คน กลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 716 คน ได้แก่ อายุ 35 ปีขึ้นไป คำนวณโดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 ใช้ Statistical Test แบบ mean: Difference between two group dependent means

(matched pairs) คำนวณ Effect Size ได้กลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 74 คน มีสัญชาติไทย เข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี สามารถเดินไปมาได้ อยู่ในพื้นที่ ดังกล่าว

เครื่องมือ

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ประกอบ ด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนา กลุ่มระยะตรวจสอบความรู้ทักษะเพื่อพัฒนา รูปแบบลดการบริโภคเค็ม โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนที่ศึกษา มีประเด็นหลักดังนี้ 1) แนวทาง การลดการบริโภคเค็ม 2) ประสพการณ์ ลดการ บริโภคเค็ม 3) แนวทางการพัฒนารูปแบบฯ ส่วน ที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในการลดการ บริโภคเค็ม การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องในชุมชน

2. แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึก การเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของ การดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และมีการบันทึก การสังเกต การดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกต การมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดง ความ คิดเห็น ความสนใจ ขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการ เปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิด เห็น และการสังเกต ผลลัพธ์การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค

3. สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม ประกอบด้วย วิดีโอ เรื่อง การบริโภคเค็ม พาวเวอร์พอยต์ เรื่อง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภค ที่ไม่เหมาะสม และการสาธิต เรื่อง การวัดปริมาณ โซเดียมในอาหาร และการแปรผลด้วยซอลต์มิเตอร์ (SALT meter)

4. แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบลดการบริโภคเค็ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา : บ้านร่วมใจ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการลดการบริโภคเค็ม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบเลือกตอบ ถูก/ผิด โดยการให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้ ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน และตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน และพฤติกรรมที่ทำให้ระดับความเค็มเพิ่มขึ้น การลดการบริโภคเค็ม บ้านร่วมใจ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 15 ข้อ มีการให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ (1-3 คะแนน) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็ม บ้านร่วมใจ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญด้านแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลเฉพาะทางคลินิกโรคไต นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ จำนวน 5 ท่าน เพื่อวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC (Item-Objective Congruency Index) เท่ากับ 0.94 นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา ครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ของพฤติกรรมการกินเค็ม เท่ากับ 0.78 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20 ของความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็มที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เท่ากับ 0.71

การเก็บข้อมูล ด้วยแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบลดการบริโภคเค็ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตรวจสอบความถูกต้องเป็นการตรวจสอบของข้อมูล และด้วยการสัมภาษณ์อย่างเป็นและไม่เป็นทางการทั้งแบบสัมภาษณ์เดี่ยว และการสัมภาษณ์กลุ่ม โดยการสัมภาษณ์เปิดกว้างไม่จำกัดคำตอบ เพื่อจับประเด็นและนำมาตีความหมาย มีจุดสนใจในเรื่องความรู้การบริโภคเค็มและพฤติกรรมของผู้ที่ถูกประเมิน และมีจุดสนใจในการสัมภาษณ์ในเรื่องการข้อมูลพฤติกรรมที่ทำให้ระดับความเค็มเพิ่มขึ้นและความรู้การบริโภคเค็ม ที่ไม่สนใจทำตามคำแนะนำ

ขั้นตอนการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 PLAN ระยะเตรียมความพร้อม และวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาภาวะเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 ปี ย้อนหลัง แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับหมู่บ้าน ตัวแทน อสม. ผู้นำชุมชน ประชาชน ผู้ประกอบการร้านค้า ผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต

ระยะที่ 2 PLAN ระยะพัฒนารูปแบบลดการบริโภคเค็มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ACT การนำรูปแบบฯ ไปใช้ ด้วยการประกาศเป็นนโยบายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม เพื่อนำรูปแบบไปปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 4 เดือน การประเมินผลหลังการดำเนินการได้มีการติดตามประเมินความรู้และพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้อง OBSERVE การประเมินผลลัพธ์การนำรูปแบบฯ ไปใช้ในการให้ความรู้การบริโภคอาหารรสเค็มที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการ และ REFLECT การสะท้อนผลลัพธ์ของการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ในการบริการ และปัญหาอุปสรรคในการนำรูปแบบฯ ไปใช้ เป็นการประเมินผล หลังการดำเนินการได้มีการติดตามประเมินความรู้และพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 OBSERVE การประเมินผลลัพธ์ การนำรูปแบบฯ ไปใช้ในการให้ความรู้การบริโภค อาหารรสเค็มที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการ ระยะ ประเมินผลการพัฒนารูปแบบลดการบริโภคเค็ม โดยชุมชนมีส่วนร่วม ประเมินพฤติกรรม และความ รู้เกี่ยวกับการบริโภคเค็มของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับหมู่บ้าน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน จัด มหกรรมอาหารเพื่อสุขภาพสร้างความตระหนัก โดยการใช้เครื่องมือวัดระดับความเค็ม Salt Meter ถอดบทเรียน สรุปกิจกรรมที่ดำเนินการ REFLECT การสะท้อนผลลัพธ์ของการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ใน การบริการ และปัญหาอุปสรรคในการนำรูปแบบฯ ไปใช้ เป็นการประเมินผลหลังการดำเนินการได้ มีการติดตามประเมินความรู้และพฤติกรรมของ ผู้เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณโดย ใช้สถิติเชิงพรรณนา T-test และวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพใช้การรวบรวมจัดกลุ่มข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ การสังเกต และการอ่านเอกสารและ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Content Analysis

จริยธรรมการวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะ กรรมการการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2566-128 ลงวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2566

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า พื้นที่หมู่ 10 บ้าน ร่วมใจ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นชุมชนกึ่งเมืองเป็นชุมชนรอยต่อกับ ต.ในเมือง อุบลราชธานี มีประชากรชาย 319 คน หญิง 397 คน รวม 716 คน มีจำนวน 216 หลังคาเรือน อายุ

35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 391 คน พบอัตราการ ป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับ 1 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.ปทุม คิดเป็นร้อยละ 0.85 และร้อยละ 2.82 ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ตามลำดับ⁽²⁾ จากการสังเกต และพบว่าประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่มีวิถีการดำเนินชีวิต ที่เร่งรีบ มีร้านสะดวกซื้อและร้านอาหารหลากหลายประเภท จากการสอบถามสังเกตพบว่า บริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป และเครื่องปรุงรสเค็ม ขาดความรู้ เรื่องผลกระทบของการบริโภคโซเดียมต่อสุขภาพ ขาดกิจกรรมหรือโครงการที่ส่งเสริมการลดบริโภค เค็มในระดับชุมชน จึงได้มีการประสานงานกับผู้นำ ชุมชน อสม. แกนนำสุขภาพ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการดำเนินการจัดกิจกรรมในชุมชน สร้าง สัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และประสาน ทำหนังสือแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วย อสม.บ้าน ร่วมใจ ทั้ง 17 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 2 คน ตัวแทน ประชาชน 5 คน ตัวแทนผู้ประกอบการร้านค้าที่ สม่ครใจ 2 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ 4 คน รวม 30 คน ลงนามคำสั่งโดยนายอำเภอเมืองอุบลราชธานี ขอ สรุป ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงการบริหารจัดการและ การควบคุมโรคที่มีอยู่ในพื้นที่ การตรวจคัดกรอง และการรักษาโรคเรื้อรังอย่างความดันโลหิตสูง เบา หวาน และไขมันในหลอดเลือดสูงควรดำเนินการ ปรับปรุงต่อไป ในขณะที่เดียวกันควรดำเนินการเฝ้า ระวังและตรวจคัดกรองความเสี่ยงของประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิด โรคเรื้อรัง

ข้อมูลเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยร่วมกับคณะ ทำงานแก้ไขปัญหภาวะเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 ปี ย้อนหลัง พ.ศ.2563 -2565 ภาวะเจ็บป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ศึกษา จากการดำเนินงาน

ที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการลดบริโภคเค็มชัดเจน มีเพียงการให้คำแนะนำผ่านการรักษาในคลินิก ดังภาพที่ 1 ทำให้ทราบ GAP คนในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจค่าเฉลี่ย 3.24 โดยมีการใช้แบบสอบถาม ระดับการรับรู้ความเข้าใจ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลเป็นอันตรภาค⁽⁷⁾ ได้แก่ ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 ระดับมากคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 และระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 ตามลำดับ ในช่วงปีที่ผ่านมา ซึ่งการพัฒนาแบบการลดบริโภคเค็มในระดับชุมชน จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม และความเข้าใจในแนวทางการจัดการร่วมกัน โดยการวางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงาน พบว่า มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ให้คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับหมู่บ้าน ในการลดบริโภคเค็มดังนี้ 1) อสม. มีบทบาทหน้าที่ (1) ร่วมกันวางแผนและสนับสนุนการลดการบริโภคเค็มในชุมชน (2) อสม.เคาะประตูบ้าน สร้างความรอบรู้ให้ผู้ประกอบการร้านอาหารค้าและหลังคาเรือนในชุมชนโดยใช้ salt meter สุ่มวัดระดับความเค็มในอาหาร เดือนละ 1 ครั้ง และบันทึกระดับความเค็ม (3) ร่วมประชาสัมพันธ์มาตรการทางสังคม 5 ต้อง 1 ห้าม (4) ร่วมติดตามเยี่ยมกลุ่มป่วย ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน (5) ร่วมประกาศหมู่บ้านนำร่องลดเค็มลดโรค 2) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มีบทบาทหน้าที่ (1) ร่วมกันวางแผนและสนับสนุนการลดการบริโภคเค็มในชุมชน (2) ประชาสัมพันธ์มาตรการทางสังคม 5 ต้อง 1 ห้าม สื่อสปอร์ตลดเค็ม 3 ดี ผ่านหอกระจายข่าว social line FB งานบุญในชุมชน 3) ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

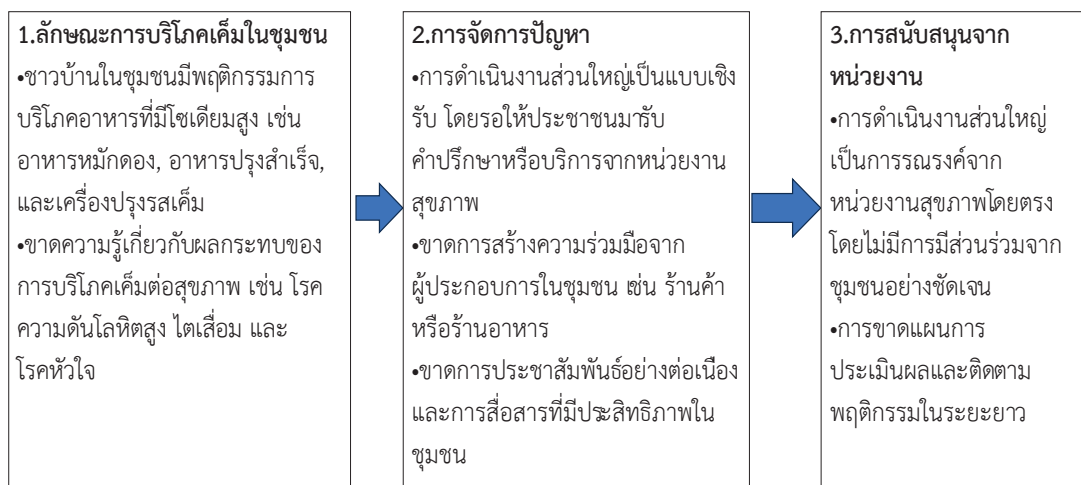
(รวมผู้สูงอายุ) มีบทบาทหน้าที่ (1) ร่วมกันวางแผนและสนับสนุนการลดการบริโภคเค็มในชุมชน (2) ปฏิบัติตามมาตรการทางสังคม 5 ต้อง 1 ห้าม และ 4) ผู้ประกอบการร้านค้า มีบทบาทหน้าที่ (1) ร่วมกันวางแผนและสนับสนุนการลดการบริโภคเค็มในชุมชน (2) ให้ความร่วมมือตามมาตรการทางสังคม 5 ต้อง 1 ห้าม เช่น ยินยอมให้ อสม. สุ่มวัดระดับความเค็มในอาหาร โดยใช้ salt meter ทุกเดือน และยินยอมให้ติดแบบบันทึกผลจาก salt meter ดังภาพที่ 2 และได้ทราบ GAP ในเรื่องพฤติกรรมในการบริโภคเค็มทำให้มีการจัดทำร่วมใจลดเค็ม โมเดล ตามภาพที่ 3 คือ การร่วมมือร่วมใจในการทำมาตรการลงปฏิบัติในชุมชน

กระบวนการพัฒนารูปแบบ ลดการบริโภคเค็มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หมู่ที่ 10 บ้านร่วมใจ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี พัฒนารูปแบบลดการบริโภคเค็มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ง่ายขึ้น โดยนำข้อมูลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 มาวางแผน ออกแบบพัฒนารูปแบบลดการบริโภคเค็มโดยชุมชนมีส่วนร่วม ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไปโดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ได้แก่ 1) จัดประชุมหารือกับคณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับหมู่บ้าน เพื่อหาแนวทางการพัฒนารูปแบบลดการบริโภคเค็มโดยชุมชน ในรพ.สต.ปทุม 2) มอบหมายหน้าที่ ในการลดการบริโภคเค็ม และดำเนินการตามแนวทางที่ได้ประชุม หารือร่วมกัน จำนวน 3 วงรอบ ได้แก่ **วงรอบที่ 1** การสร้างมาตรการทางสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ร่วมกับคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับหมู่บ้าน รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ปัญหาร่วมหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน ประชุมครั้งที่ 1 เพื่อคืนข้อมูลอัตราการป่วย/ตาย ในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและอัตราการป่วยของประชาชนใน

ชุมชน สนทนากลุ่มวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อหารูปแบบลดการบริโภคเค็มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จนได้แบบสำรวจมาตรการลดเค็ม นำไปสำรวจหาประชามติผ่านตัวแทนหลังคาเรือน เก็บข้อมูลพฤติกรรมที่ทำให้ระดับความเค็มเพิ่มขึ้นและความรู้การบริโภคเค็ม ประชุมครั้งที่ 2 สรุปผลการประชามติได้แนวทางปฏิบัติ สรุปผลข้อมูลพฤติกรรมที่ทำให้ระดับความเค็มเพิ่มขึ้นและความรู้การบริโภคเค็ม และอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจวัดระดับความเค็มโดยใช้ salt meter สร้างความรอบรู้เรื่องผลที่เกิดจากการบริโภคอาหารรสเค็ม **วงรอบที่ 2** การสร้างความรอบรู้สู่การปฏิบัติจริง คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับหมู่บ้าน ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ดำเนินกิจกรรมสร้างความรอบรู้ในการลดบริโภคเค็มตามผลประชามติของชุมชน คือประชาสัมพันธ์สื่อสปอร์ตลดเค็ม 3 ดี ผ่านหอกระจายข่าว social

อสม. งานบุญในชุมชน สร้างความรอบรู้ผู้ประกอบการร้านค้า สุ่มวัดระดับความเค็มด้วย salt meter ทุกเดือน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการติดต่อสื่อสารผ่าน Line ในกรณีที่ต้องการปรึกษาเป็นรายกรณี ดำเนินกิจกรรมจนได้รูปแบบลดการบริโภคเค็มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และมาตรการ 5 ต้อง 1 ห้าม และ **วงรอบที่ 3** ประกาศหมู่บ้านนำร่องลดเค็มลดโรค ขยายผลในพื้นที่หมู่บ้านอื่นต่อไป คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับหมู่บ้าน ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ดำเนินโครงการหมู่บ้านนำร่องลดเค็ม โดยได้รับบสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลปทุม 3) ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการ 4) สะท้อนผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน และหาวิธีแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน และ 5) ดำเนินการตามวงรอบอีกครั้ง ดังภาพที่ 3

รูปแบบเก่า (ก่อนการพัฒนาารูปแบบลดการบริโภคเค็ม)

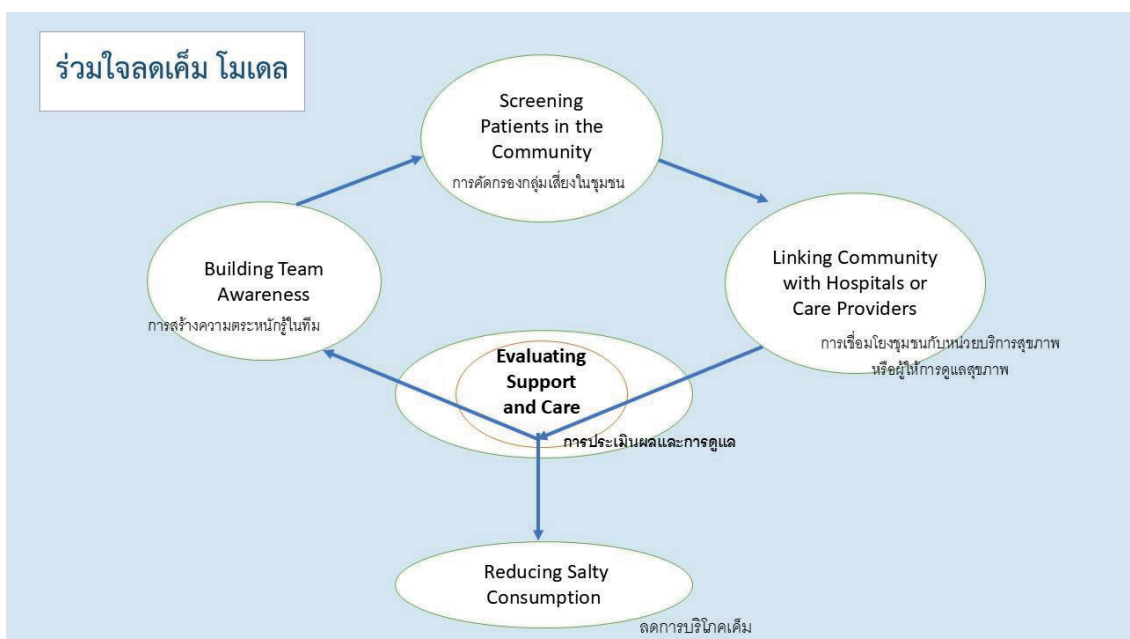


ภาพที่ 1 รูปแบบเก่า (ก่อนการพัฒนาารูปแบบลดการบริโภคเค็ม)

รูปแบบใหม่ โดยมี 5 มาตรการปรับใช้ในชุมชน



ภาพที่ 2 รูปแบบใหม่ โดยมี 5 มาตรการปรับใช้ในชุมชน



ภาพที่ 3 รูปแบบร่วมใจลดเค็ม โมเดล ลดการบริโภคเค็ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

สรุปความแตกต่างของรูปแบบการให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าการให้บริการหลังการพัฒนารูปแบบฯ มีข้อเพิ่มเติมจากการให้บริการก่อนการพัฒนารูปแบบฯ แบ่งตามระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ยังไม่มีรูปแบบการลดบริโภคเค็มชัดเจน มีเพียงการให้คำแนะนำผ่านการรักษา

ในคลินิกทำให้ทราบ GAP คนในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจค่าเฉลี่ย 3.24 โดยมีการใช้แบบสอบถาม ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการลดบริโภคเค็มในระดับชุมชน จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม และความเข้าใจในแนวทางการจัดการ

ร่วมกัน โดยการวางแผนและกำหนด แนวทางการดำเนินงาน พบว่า มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ให้คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับหมู่บ้าน ในการลดบริโภคเค็ม และทำเป็น 5 มาตรการให้คนในชุมชนยึดถือปฏิบัติตาม จากการที่พัฒนารูปแบบเลยทำให้เกิดรูปแบบร่วมใจลดเค็ม โมเดล โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) Screening Patients in the Community มีกิจกรรมตรวจคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเค็ม เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไตเสื่อมใช้แบบสอบถามหรือเครื่องมือที่ช่วยระบุพฤติกรรมบริโภคเค็ม วัตถุประสงค์ในการทำคือเพื่อระบุกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแลเฉพาะ และสร้างความตระหนักในระดับบุคคล 2) Linking Community with Hospitals or Care Providers มีกิจกรรมเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ สนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะทาง และจัดการประชุมร่วมระหว่างชุมชนและหน่วยงานด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบสนับสนุนระหว่างชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ 3) Building Team Awareness มีกิจกรรมอบรมแกนนำในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), ผู้นำชุมชน, และครูให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการบริโภคเค็มต่อสุขภาพ และสร้างทีมงานที่สามารถให้คำปรึกษาและติดตามพฤติกรรมในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมศักยภาพ

แกนนำให้สามารถสื่อสารและส่งเสริมการลดการบริโภคเค็ม 4) Evaluating Support and Care มีกิจกรรมเก็บข้อมูลพฤติกรรมบริโภคเค็มในชุมชน ประเมินผลของกิจกรรมและมาตรการที่ดำเนินการ และใช้ข้อมูลจากการประเมินเพื่อปรับปรุงกิจกรรมในระยะถัดไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสำเร็จและความยั่งยืนของโครงการในชุมชน 5) Reducing Salty Consumption มีกิจกรรมส่งเสริมการลดการบริโภคเค็มในระดับบุคคลและชุมชน ใช้มาตรการเชิงสร้างสรรค์ เช่น การประกวดเมนูอาหารลดเค็ม การติดตั้ง Salt Meter ในร้านค้า รมรงค์ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว, Line group, และ Facebook โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณโซเดียมที่บริโภคในชุมชน และลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง

การประเมินผลในการนำรูปแบบไปใช้และการติดตามประเมินผล หลังการดำเนินการได้มีการติดตามประเมินความรู้และพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็มหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) รายละเอียดตามตารางที่ 1 และมีคะแนนพฤติกรรมบริโภคเค็มของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนระดับความรู้การบริโภคอาหารรสเค็มที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการ (N=74)

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{X}$	SD	Mean Difference (95% CI of M.D)	t	df	P-value
ก่อนดำเนินการ	74	5.93	1.56	1.05 (0.51 to 1.60)	3.855	73	0.000
หลังดำเนินการ	74	6.99	1.58				

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมที่ทำให้ระดับความเค็มเพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังดำเนินการ (N=74)

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{X}$	SD	Mean Difference (95% CI of M.D)	t	df	P-value
ก่อนดำเนินการ	74	3.79	3.21	6.24 (5.19 to 7.29)	11.865	73	0.000
หลังดำเนินการ	74	10.04	3.02				

ขั้นตอนการปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่องพบว่า ยังคงพบประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดได้ทั้งหมด โดยเฉพาะประเด็นผู้ประกอบการร้านค้าที่ยังไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ทุกร้าน เนื่องจากยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการลดปริมาณโซเดียม ดังนั้นการดำเนินการดังกล่าวต้องมีการจัดทำแผนและใช้ระยะเวลาในการดำเนินการเพื่อกระตุ้นให้ผู้ประกอบการร้านค้ามีความตระหนักมากขึ้น จึงต้องมีการติดตามการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วิจารณ์

การพัฒนาแบบลดการบริโภคเค็มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เริ่มตั้งแต่การเห็นปัญหาร่วมกันจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ออกแบบบริการเองทำให้เกิดการจัดการตนเองในชุมชน มีจุดสังเกตที่เอื้อต่อการลดบริโภคเค็มในชุมชนเกิดกฎกติกาในหมู่บ้านจนได้แนวทางปฏิบัติประกอบด้วย 5 มาตรการ คือ 1) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้การบริโภคเค็มที่เหมาะสม ลดการเกิดโรคแก่ประชาชนในชุมชน สร้างกระแสต่อเนื่อง ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน line group facebook งานบุญประเพณี อสม.เคาะประตูบ้าน ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง สามารถสร้างกระแสให้ประชาชนในชุมชนมีความตระหนักรู้ในการบริโภคที่เหมาะสม

ลดเค็ม 2) ขอความร่วมมือร้านค้า ตรวจวัดระดับโซเดียมในอาหาร ให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการ มีความรู้เรื่องการใช้เครื่องปรุงอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนผสม และการใส่เครื่องปรุงหลายๆ ชนิดรวมกันเพื่อความอร่อย โดยไม่ทราบว่าการที่ปรุงด้วยรสเค็ม (เค็ม) จะส่งผลต่อความเสี่ยงของไตโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอยู่แล้วจะเสี่ยงเร็วกว่าคนที่ไม่ป่วย ส่วนคนที่ไม่ป่วย ถ้ารับประทานอาหารเค็ม (เค็ม) มากไปหรือบ่อยๆ ก็จะทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นเช่นกัน การอบรมแนะนำให้ความรู้และวัดปริมาณโซเดียมด้วย salt meter ทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้ง มีการบันทึกให้ผู้ประกอบการรับทราบเห็นปริมาณโซเดียมที่ปรุงทำให้ผู้ประกอบการมีความตระหนักเพิ่มขึ้น 3) อบรมให้ความรู้แก่นัก อสม.ประชาชนเพื่อสร้างความตระหนักรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเกิดจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับ Phanmung, Srisawat and Boontawee⁽⁸⁾ พบว่าปัจจัยความสำเร็จประกอบด้วย 2 ด้านหลัก คือ (1) ด้านกระบวนการอบรมที่สร้างความตระหนักรู้ด้วยการสะท้อนคิดจากกระบวนการกลุ่ม (2) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างความรอบรู้ความเสี่ยง

การบริโภคเกลือและโซเดียม และประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CCM ในการดำเนินการชุมชนถือเป็น 1 ใน 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วย และครอบครัวหรือผู้ดูแลให้มีศักยภาพสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ยั่งยืน ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ (1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน (2) หน่วยงานบริการสุขภาพ (3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (4) การออกแบบระบบการให้บริการ (5) การสนับสนุนการตัดสินใจ (6) ระบบข้อมูลทางคลินิก โดยแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงเกื้อหนุนซึ่งกัน สอดคล้องกับ Singhkum⁽⁹⁾ ที่พบว่าทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยใช้การจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนจะช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีความตื่นตัวเป็นการช่วยเพิ่มพลังอำนาจให้คนในชุมชน 4) มหกรรมประกาศหมู่บ้านต้นแบบลดเค็ม 3 ดี ประกวดเมนูพื้นบ้านอาหารอีสานลดเค็มอร่อยดี ประกวดบุคคลต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบลดเค็ม 5) ติดตามและประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรมพบว่าคะแนนพฤติกรรมที่ทำให้ระดับความเค็มลดลงมีค่าเพิ่มขึ้น และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็มที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนสูงขึ้น ดังนั้นการดำเนินงานลดการบริโภคเค็มโดยชุมชนตาม 5 มาตรการ ที่นำไปใช้สามารถเพิ่มพฤติกรรมบริโภคเค็มที่ถูกต้อง และเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดเค็มที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ สอดคล้องกับ ภัก ศัลยานุบาล⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถกำหนด 5 มาตรการในการดำเนินการชุมชนต้นแบบลดเค็ม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคเค็มลดลงมีแนวโน้มดีขึ้น

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคหลังดำเนินการแตกต่างกัน ดังนั้นควรมีการขับเคลื่อนและบูรณาการความร่วมมือในการส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานอย่างจริงจังและสร้างกระแสต่อเนื่องเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนในชุมชน ลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จของโครงการ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน เดิมชุมชนมีทุนทางสังคมที่เข้มแข็งเป็นทุนเดิมอยู่ก่อนจากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะการจัดการสุขภาพภายใต้ธรรมนูญตำบล ซึ่งมีประเด็นปัญหาลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นเป้าหมายที่ชุมชนต้องพัฒนา ทั้งนี้ยังคงพบปัญหาและ อุปสรรคด้านการจัดการในบางประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดได้ จึงต้องจำเป็นต้องปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องในงานประจำของ รพ.สต.ปทุม ต่อไป ในประเด็นผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชน ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการลดปริมาณโซเดียม ดังนั้นในการดำเนินการดังกล่าว นักวิจัยจึงได้เสนอจัดทำแผนการดำเนินงาน ใน รพ.สต.ปทุม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ประกอบการร้านค้ามีความตระหนักเรื่องลดปริมาณโซเดียมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับบุคคล ควรส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงมีความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อลดโซเดียม เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ระดับชุมชน ควรจัดตั้งคณะกรรมการหมู่บ้านเพิ่มกลุ่มเพื่อเป็นแกนนำหลักในการดำเนินกิจกรรมและประเมินผล โดยกระจายทุกภาคส่วนของชุมชนตั้งแต่ระดับผู้นำจนถึงหัวหน้า

ครอบครัว หัวหน้าคุ้ม ร้านค้าในชุมชน ทำให้เกิด
ความตระหนักและความรับผิดชอบร่วมกันในการ
ดำเนินกิจกรรม กระตุ้นให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่าง
ต่อเนื่องและสม่ำเสมอระดับนโยบายของจังหวัด
องค์กรส่วนท้องถิ่นทุกระดับควรเข้ามามีบทบาท
มากขึ้นในการส่งเสริมให้ผู้ประกอบ ร้านอาหาร
จำหน่ายอาหารทางเลือกลดโซเดียมอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริม
สุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ
ประชาชนในชุมชน เพื่อเพิ่มความสำคัญของปัจจัย
เหล่านั้นให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้มาก
ยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาแนวทางในการสร้างเสริม
สุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานศึกษา
ในชุมชน เพื่อเป็นการปลูกฝังให้เยาวชนฉลาดรอบรู้
ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม
ตั้งแต่เริ่มต้น

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ คือ ผู้สนใจ
สามารถนำแนวทางลดการบริโภคเค็มโดยการมี
ส่วนร่วมของชุมชนไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการ
เพื่อชะลอไตเสื่อมในชุมชนในระดับปฐมภูมิที่มีบริบท
คล้ายคลึงกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Health Assembly. Policy of Reduce salt
and Sodium intake. NCD Thailand
4.0: Moving forward [internet]. 2022;
[cited 2023 Oct 1]. Available from:
<https://main.samatcha.org/node/166>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
รายงานอัตราการป่วยรายใหม่ด้วยโรคไม่

ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2563-2565 [อินเทอร์เน็ต].
2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2566] เข้าถึง
ได้จาก: [https://ubn.hdc.moph.go.th/
hdc/reports/](https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/)

3. สุปราณี เมืองโคตร, สำราญ พูลทอง. ผลการ
ใช้นวัตกรรมสตาร์เตียนไต ต่อการรับรู้ระดับ
การทำงานของไต และพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในคลินิกเรื้อรัง.
อุบลราชธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลปทุม; 2562.
4. สำราญ พูลทอง, สุปราณี เมืองโคตร. ผลของ
โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการ
ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทาง
คลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3.
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
[อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2566];
7:91-104. เข้าถึงได้จาก: [https://he01.
tci-thaijo.org/index.php/bcnspp/
article/view/262329](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnspp/article/view/262329)
5. Kemmis S, McTaggart R. The Action
Research Planner. 3rd edition. Geelong,
Australia: Deakin University Press; 2014.
6. Dara VL, Kesavan C. Analyzing the concept
of participatory learning: strategies,
trends and future directions in
education. Kybernetes 2024. doi:10.1108/
K-12-2023-2581
7. ภารดี เทพคายณ. ระดับการรับรู้และความ
เข้าใจของบุคลากรสายสนับสนุนสถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ต่อนโยบาย
ความเป็นเลิศด้านการปฏิบัติงานและ

พฤติกรรมที่สอดคล้องกับนโยบาย
ความเป็นเลิศด้านการปฏิบัติงาน [รายงาน
การวิจัย]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิต
พัฒนบริหารศาสตร์; 2564. 65 หน้า.

8. ญัฐฉิวรรณ พันธมุง, ขนิษฐา ศรีสวัสดิ์, ประภัสรา
บุญทวี. การวิจัยทดลอง การใช้ชุดมาตรการ
ลดบริโภคเค็มในชุมชนต้นแบบ. วารสาร
วิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2563;
16(3):39-48.
9. สุนิรัตน์ สิงห์คำ. การพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้าง
พลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม. วารสาร
โรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 13(3):92-9.
10. ภัค ศัลยานูบาล. ชุมชนต้นแบบลดเค็ม
ลดโรค เขตสุขภาพที่ 3. วารสารโรคและภัย
สุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3
จังหวัดนครสวรรค์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565
[เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2566]; 16(1):61-74.
เข้าถึงได้จาก: [https://he02.tci-thaijo.
org/index.php/JDPC3/article/
view/241367](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDPC3/article/view/241367)