

การศึกษาการใช้เครื่องปรุงรสของแกนนำสุขภาพชุมชน ลดเค็ม ลดมัน ต.วังตะเคียน อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา
 Study the use condiments of low salt low fat community health leaders in Wang Takian
 sub-district, Mueang distric, Chachoengsao province.

ภัทราพร ชูศรี, วิไลลักษณ์ ศรีสุระ, ทิพรดี คงสุวรรณ, ปิยะ ปุริโส
 กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบันโรคNCDs เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเร่งด่วนของประเทศต่างๆทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยพบว่าโรคNCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก ประมาณ 38 ล้านคนต่อปี ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรค NCDs คือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ การออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ดังนั้นเพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ด้าน การบริโภคอาหาร กรมอนามัย โดยสำนักโภชนาการจึงได้มีการจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสาธารณสุขเรื่องเมนูสุขภาพ ลดเค็มลดมันโดยจัดตั้งแกนนำสุขภาพชุมชนเป็นภาคีเครือข่ายสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ มีรูปแบบการดำเนินโครงการโดยจัดการอบรมให้ความรู้ด้านการบริโภคอาหารลดเค็ม ลดมัน ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม และการสาธิตตัวอย่างเมนูสุขภาพ ลดเค็มลดมัน ให้กับแกนนำสุขภาพชุมชนในพื้นที่ ต.วังตะเคียน อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา จำนวน 6 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 10

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ปริมาณการใช้น้ำตาล น้ำมัน เกลือ(เครื่องปรุงรสที่มีโซเดียม) หลังเข้าร่วมโครงการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อของแกนนำสุขภาพชุมชนลดเค็ม ลดมัน และการนำเมนูสุขภาพลดเค็ม ลดมัน ไปใช้ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำสุขภาพลดเค็ม ลดมัน ในพื้นที่ ต.วังตะเคียน อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา จำนวน 120 ตัวอย่าง โดยใช้แบบสัมภาษณ์การใช้เครื่องปรุงรสโมเดลอาหาร ตัวอย่างหน่วยวัดดวงระดับครัวเรือน และสมุดรูปภาพตัวอย่างเครื่องปรุงรส เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละสามารถสรุปการศึกษาดังนี้

พฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสของแกนนำสุขภาพชุมชน ลดเค็ม ลดมัน หลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสาธารณสุข เรื่องเมนูสุขภาพ ลดเค็ม ลดมัน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสที่ลดลง โดยพบว่าเครื่องปรุงรสจำนวน 16 ชนิดที่มีการใช้การลดลง จากเครื่องปรุงรสทั้งหมด 21 ชนิดและไม่พบเครื่องปรุงรสชนิดใดที่มีการใช้เพิ่มขึ้น โดยเครื่องปรุงรสที่มีการใช้ลดลงมากที่สุด คือซีอิ๊วดำ ร้อยละ 11.66

ปริมาณการใช้น้ำตาล น้ำมัน เกลือ(เครื่องปรุงรสที่มีโซเดียม)หลังเข้าร่วมโครงการ มีการใช้น้ำตาลเฉลี่ย 2,991 กรัม/เดือน หรือ 6 กรัม/คน/วัน หรือเท่ากับน้ำตาล 1.5 ช้อนชา น้ำมันเฉลี่ย 5,730 กรัม/เดือน หรือ 11.64 กรัม/คน/วัน เท่ากับน้ำมัน 2.3 ช้อนชา โซเดียมเฉลี่ย 919,691 มิลลิกรัม/เดือน หรือ 1,865 มิลลิกรัม/คน/วัน เท่ากับเกลือ 1 ช้อนชา ซึ่งเมื่อเทียบกับปริมาณที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขแนะนำคือใน 1 วัน ควรบริโภค น้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชา น้ำมันไม่เกิน 6 ช้อนชา และเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชา(โซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม) ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่แนะนำ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อของแกนนำสุขภาพชุมชนลดเค็ม ลดมัน ส่วนใหญ่กินอาหารครบทุกมื้อ มีเพียงร้อยละ 11.95 ที่มีการงดอาหารในบางมื้อ และร้อยละ 2.99 ที่กินอาหารมากกว่า 3 มื้อ โดยมื้อที่มีการงดอาหารมากที่สุด คือ มื้อเช้า รองลงมาคือ มื้อเย็น และมื้อกลางวัน แหล่งที่มาของอาหารในแต่ละมื้อส่วนใหญ่จะปรุงกินเองที่บ้านทุกมื้อ มีเพียงร้อยละ 0.84 เท่านั้นที่ซื้อหรือกินอาหารนอกบ้านทุกมื้อ มื้อเช้ามีการปรุงอาหารเองร้อยละ 89.3 ซื้ออาหารนอกบ้านร้อยละ 10.7 มื้อกลางวันปรุงอาหารเองร้อยละ 86.5 ซื้อนอกบ้านร้อยละ13.5 และมื้อเย็นปรุงอาหารเองร้อยละ 88.4 ซื้ออาหารนอกบ้านร้อยละ 11.6 มีการนำเมนูสุขภาพลดเค็ม ลดมัน ไปใช้ร้อยละ 77 โดยเมนูที่มีการนำไปใช้มากที่สุด 5 ลำดับแรกคือผัดกระเพราไก่ร้อยละ 24 แกงเขียวหวานไก่ ก๋วยเตี๋ยวชี่ ผัดไทยกุ้งสด และก๋วยเตี๋ยวเส้นเล็กน้ำปลงหมู ร้อยละ 12, ร้อยละ 10, ร้อยละ 8 และร้อยละ 7 ตามลำดับซึ่งสามารถนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษานี้ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารลดเค็ม ลดมัน รวมถึงประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตามการศึกษานี้ และพื้นที่อื่นได้

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรค NCDs (Non-Communicable diseases) เป็นโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัส คลุกคลี หรือติดต่อผ่านทางน้ำโรค (พาหะ) หรือสารคัดหลั่งต่างๆ⁽¹⁾ แต่เกิดขึ้นจากการพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่นการพักผ่อนที่ไม่เหมาะสม การออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ ภาวะเครียด ซึมเศร้า และพฤติกรรมด้านการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งโรคกลุ่มนี้จะค่อยๆสะสมอาการ ค่อยเกิด ค่อยทวีความรุนแรง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วจะเกิดการเรื้อรังของโรคตามมาหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลาจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และอันดับหนึ่งในประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้น จากรายงานสถิติการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลกพบว่าโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก ประมาณ 38 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมดในปี 2555 และมากกว่า 16 ล้านคน เป็นผู้เสียชีวิตที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปีหรือเรียกได้ว่าเป็นการตายก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มีภาระโรคจากการตายก่อนวัยอันควรนี้มากถึงร้อยละ 82⁽²⁾ ซึ่งพบว่า โรค NCDs ที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง(Cancer)โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคอ้วนลงพุง (Obesity)⁽¹⁾

ประเทศไทยเป็นอีกประเทศที่โรค NCDs ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนผู้เสียชีวิตและสัดส่วนการเสียชีวิต จากการศึกษาภาระโรครายงานว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs นั้นเพิ่มขึ้นจาก 314,340 คนใน พ.ศ.2552 เป็น 349,090 คนใน พ.ศ. 2556 หรือกล่าวได้ว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 8,687.5 คนต่อปี ซึ่งสูงกว่าการรายงานในเล่มแรก (8,054 คนต่อปี) และสถานการณ์ของกลุ่มโรค NCDs ตาม 9 เป้าหมายหลัก โดยภาพรวมพบว่ารุนแรงเพิ่มขึ้นในเกือบทุกเป้าหมายที่มีการสำรวจความก้าวหน้าในการดำเนินการ ยกเว้นเพียงเป้าหมายที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงเรื่องการสูบบุหรี่ที่สามารถลดลงเพียงเล็กน้อยแต่ก็ยังห่างไกลกับการที่จะบรรลุเป้าหมายใน พ.ศ. 2568 ในการที่จะลดลงให้ได้ร้อยละ 30⁽²⁾

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมากระแสความสนใจของประชาคมโลก ได้เปลี่ยนปัญหาโรค NCDs จากประเด็นปัญหาด้านสุขภาพให้กลายเป็นวาระในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมระดับโลก เนื่องด้วยจากความตระหนักถึงผลกระทบต่อสังคมจากโรค NCDs ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์และผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โรค NCDs ก่อผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจ ทั้งในแง่ของภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล และผลิตภาพของประชากรที่สูญเสียไป โดยมีการประมาณการว่าในระหว่าง พ.ศ. 2554-2573ต้นทุนของโรค NCDs ต่อสังคมโลกจะมีมูลค่าถึง 46.7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐฯ หรือคิดเป็นประมาณ 1,401 ล้านล้านบาท โดยในจำนวนนี้สามารถเทียบเคียงได้ว่าต้นทุนจากปัญหาโรคNCDs ที่ประชาชนแต่ละคนในประเทศไทยรายได้ปานกลางระดับบนอย่างเช่นที่ประชาชนในประเทศไทยแบกรับมีมูลค่าถึง 50 เหรียญสหรัฐฯ หรือ ประมาณ 1,500 บาทต่อคนต่อปี⁽³⁾

สำหรับประเทศไทยนั้น การประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากโรค NCDs ใน 4 กลุ่มโรคหลักพบว่ามีมูลค่าทั้งสิ้น 198,512 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หรือคิดเป็นมูลค่าถึง 3,128บาทต่อหัวประชากร ซึ่งต้นทุนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74) เป็นต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานจากการขาดงานของผู้ป่วย และต้นทุนจากการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานจากการขาดงานของผู้ดูแล โดยหากจำแนกเป็นรายโรค พบว่าใน พ.ศ.2552 ประเทศไทยมีต้นทุนผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง 87,976 ล้านบาท รองลงมาคือต้นทุนผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจจากโรคมะเร็ง (78,255 ล้านบาท) โรคเบาหวาน (24,489 ล้านบาท) และโรคปอดเรื้อรัง (16,793 ล้านบาท)⁽³⁾

สาเหตุส่วนใหญ่ของโรค NCDs มักเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพต่างๆที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล รสหวานจัด มันจัด เค็มจัด การออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ และมีภาวะเครียดจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้นการที่จะลด

ปัญหาการเกิดโรค NCDs ได้นั้นต้องเริ่มที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทุกๆด้าน โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ซึ่งพบว่าปัจจุบันมีประชาชนจำนวนมากบริโภคอาหารในปริมาณที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้สัดส่วน และบริโภคผัก ผลไม้ไม่เพียงพอ เพิ่มการบริโภคน้ำตาล น้ำมัน เกลือ (โซเดียม) มากขึ้น

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 เปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 เมื่อปี 2552 ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กก./ตร.เมตร) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 40.7 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 41.8 ในปี 2557 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 28.4 เป็นร้อยละ 32.9 การสำรวจภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกันในผู้หญิงร้อยละ 45 และผู้ชายร้อยละ 18.6 ในปี 2552 เพิ่มเป็นร้อยละ 51.3 และ 26.0 ในปี 2557⁽⁴⁾

สถานการณ์การบริโภคอาหารหวานของคนไทยข้อมูลจาก GAIN (Global Agricultural Information Network) ปี 2557 คนไทยบริโภคน้ำตาล 28.4 ซ่อนชาต่อวัน เพิ่มขึ้นจาก 23.4 ซ่อนชาต่อวันในการสำรวจข้อมูลโครงการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานปี 2553 และ 20 ซ่อนชาต่อวัน จากรายงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาล ปี 2550 ซึ่งสูงกว่าคำแนะนำที่ให้ผู้ใหญ่กินน้ำตาลได้ไม่เกินวันละ 5 ซ่อนชาต่อวันถึงเกือบ 5 เท่า⁽⁵⁾

การบริโภค น้ำมัน กะทิ ไขมัน และครีมชนิดต่างๆ จากรายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย พ.ศ.2551-2552 พบว่าการบริโภค น้ำมัน กะทิ ไขมัน และครีมชนิดต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 12.5 ถึง 30.0 กรัม ซึ่งใกล้เคียงกับปริมาณที่แนะนำจากธงโภชนาการ (ประมาณ 6 ซ่อนชา หรือ 30 กรัมต่อวัน)⁽⁶⁾

สถานการณ์การบริโภคเครื่องปรุงรสจากรายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย พ.ศ.2551-2552 พบว่ากลุ่มตัวอย่างประชากรไทยบริโภคเครื่องปรุงรสในปริมาณที่สูงมาก (ระหว่าง 18.6- 74.9 กรัม) วิเคราะห์การได้รับโซเดียมพบว่ากลุ่มตัวอย่างประชากรไทยบริโภคโซเดียมจากอาหารเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 19-59 ปี บริโภคโซเดียมอยู่ในช่วง 2,961.9-3,633.8 มิลลิกรัมต่อวัน และมีแนวโน้มที่จะค่อยๆ ลดลงหลังอายุ 51 ปี ในภาพรวมทั้งประเทศ ผู้ที่อาศัยในภาคเหนือมีค่ามัธยฐานของการบริโภคโซเดียมสูงสุด (3,733.2 มิลลิกรัมต่อวัน) และผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลบริโภคโซเดียมจากอาหารสูงกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล⁽⁶⁾

ดังนั้นกรมอนามัย โดยสำนักโภชนาการ สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย และสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย ภายใต้ความร่วมมือระหว่าง MOPH-TUC (ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Thailand Ministry of public health- U.S. CDC Collaboration)) จึงได้จัดทำโครงการแนวทางการควบคุมโรคไม่ติดต่อจากการบริโภคเกลือและไขมันในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย (โครงการต่อเนื่องปีที่ ๕) ซึ่งภายใต้การดำเนินงานโครงการนี้ได้มีการจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสาธารณสุข เรื่องเมนูสุขภาพ ลดเค็ม ลดมัน ในพื้นที่ ต.วังตะเคียน อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นหนึ่งในพื้นที่นำร่อง

พื้นที่ตำบลวังตะเคียนเป็นพื้นที่ราบลุ่มแม่น้ำบางปะกง ตั้งอยู่ตอนกลางของอำเภอเมือง ภายในตำบลประกอบด้วย คลองหลายสายไหลผ่านเหมาะสำหรับการประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม ประชาชนส่วนใหญ่จึงประกอบอาชีพทำการเกษตร ทำนา ประมง รับจ้างทั่วไป ค้าขาย และรับราชการ พื้นที่โดยรวมทั้งตำบลประมาณ 16.48 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 10,300 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 4.35 ของพื้นที่ทั้งหมดของอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา แบ่งเขตการปกครองเป็น 10 หมู่บ้าน ประกอบด้วยหมู่ที่ 1 – 10 จำนวน 2,934 ครัวเรือน มีประชากรทั้งหมด 6,385 คน⁽⁷⁾

สถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่พบว่าอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชายเท่ากับ 70.2 ปี เพศหญิงเท่ากับ 72.73 ปี (อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดประจำปี 2558) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของจังหวัดฉะเชิงเทรา และพบว่าสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 5 อันดับแรกคือการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ ความดันโลหิตสูง พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ เบาหวาน คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน สาเหตุการตาย 5 อันดับแรกคือเนื้องอกร้าย ปอดบวม โรคหลอดเลือดในสมอง โลหิตเป็นพิษ และโรคหัวใจ⁽⁸⁾

ดำเนินโครงการโดยจัดตั้งแกนนำสุขภาพชุมชน ลดเค็ม ลดมัน เป็นภาคีเครือข่ายสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินโครงการโดยจัดการอบรมให้ความรู้ด้านการบริโภคอาหารลดเค็ม ลดมัน ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหาร

รสหวาน มัน เค็ม และการสาธิตตัวอย่างเมนูสุขภาพ ลดเค็ม ลดมัน ให้กับแกนนำสุขภาพลดเค็ม ลดมัน จำนวน 6 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1,2,3,4,5 และ 10 ในพื้นที่ ต.วังตะเคียน อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา จำนวน 164 ราย

ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสาธารณสุขเรื่องเมนูสุขภาพลดเค็ม ลดมัน จึงได้มีการจัดทำแบบสัมภาษณ์การใช้เครื่องปรุงรสในแต่ละครัวเรือน ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้จัดทำขึ้นเองโดยตัวผู้ศึกษาเอง และผู้ร่วมดำเนินโครงการ เพื่อสำรวจพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ปริมาณการใช้น้ำตาล น้ำมัน เกลือ (เครื่องปรุงรสที่มีโซเดียม) หลังเข้าร่วมโครงการพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อของแกนนำสุขภาพชุมชนลดเค็ม ลดมัน และการนำเมนูสุขภาพลดเค็ม ลดมัน ไปใช้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสของแกนนำสุขภาพชุมชนลดเค็ม ลดมัน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสาธารณสุข เรื่องเมนูสุขภาพ ลดเค็ม ลดมัน
2. เพื่อสำรวจปริมาณการใช้น้ำตาล น้ำมัน เกลือ(เครื่องปรุงรสที่มีโซเดียม) ของแกนนำสุขภาพชุมชนลดเค็ม ลดมัน หลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสาธารณสุข เรื่องเมนูสุขภาพ ลดเค็ม ลดมัน
3. เพื่อสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อของแกนนำสุขภาพชุมชนลดเค็ม ลดมัน และการนำเมนูสุขภาพลดเค็ม ลดมัน ไปใช้

วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยการสังเกตเชิงวิเคราะห์ สำรวจพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ปริมาณการใช้น้ำตาล น้ำมัน เกลือ(เครื่องปรุงรสที่มีโซเดียม) หลังเข้าร่วมโครงการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อของแกนนำสุขภาพชุมชนลดเค็ม ลดมัน และการนำเมนูสุขภาพลดเค็ม ลดมัน ไปใช้ เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสาธารณสุขเรื่องเมนูสุขภาพลดเค็ม ลดมัน โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน

แบบสัมภาษณ์การใช้เครื่องปรุงรสแบ่งเป็น 2 ชุด โดยชุดแรกเป็นแบบสัมภาษณ์การใช้เครื่องปรุงรสก่อนได้รับการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ และชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การใช้เครื่องปรุงรสหลังได้รับการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ ซึ่งมีทั้งหมด 4 ข้อ โดยข้อแรกเป็นการสำรวจเกี่ยวกับการนำเมนูที่ได้รับการสาธิตไปใช้ ข้อที่ 2 เกี่ยวกับแหล่งที่มาของการกินอาหารในแต่ละมื้อใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อที่ 3 เกี่ยวกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวและจำนวนสมาชิกที่อยู่ร่วมรับประทานอาหารเป็นประจำ และข้อที่ 4 เป็นการสำรวจการใช้เครื่องปรุงหลังเข้าร่วมโครงการ และปริมาณการใช้หลังจากเข้าร่วมโครงการ ซึ่งมีเครื่องปรุงรสที่ทำการสำรวจทั้งหมด 21 ชนิด

โมเดลอาหาร และตัวอย่างหน่วยวัดตวงระดับครัวเรือน ใช้เป็นตัวอย่างวัดตวงปริมาณของเครื่องปรุงรสที่มีหน่วยเป็นช้อนชา ช้อนกินข้าว ทัพพี และถ้วยตวง

สมุดรูปภาพตัวอย่างเครื่องปรุงรส เป็นสมุดภาพสีที่แสดงขนาดตัวอย่างของเครื่องปรุงรสแต่ละชนิด

การศึกษานี้ทำการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำสุขภาพลดเค็ม ลดมัน หมู่ 1,2, 3,4,5 และ 10 ในพื้นที่ ต.วังตะเคียน อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากจำนวนประชากรที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 169 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 54 คน กลุ่มแม่บ้าน/ผู้ปรุงประกอบอาหาร จำนวน 70 คน และกลุ่มอสม. จำนวน 45 คน ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคำนวณจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของTARO YAMANE โดยมีกลุ่มแกนนำสุขภาพลดเค็ม ลดมัน ที่เข้าร่วมตอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 120 ตัวอย่าง

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.ศึกษาข้อมูลและวางแผนการดำเนินงานการสำรวจพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรส
- 2.จัดทำเครื่องมือในการเก็บข้อมูล (แบบสัมภาษณ์ โมเดลอาหาร ตัวอย่างหน่วยวัดตวงระดับครัวเรือน สมุดรูปภาพตัวอย่างเครื่องปรุงรส)
- 3.ประชุมเตรียมความพร้อมของผู้ร่วมดำเนินโครงการที่ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.ประชุมชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการสำรวจพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมตอบแบบสัมภาษณ์

5.ลงพื้นที่สำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ใช้เวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงต่อกลุ่มตัวอย่างหนึ่งคน และลงพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนได้รับการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการและหลังได้รับการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ตามภาคผนวก ก และภาคผนวก ข

6.วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษา

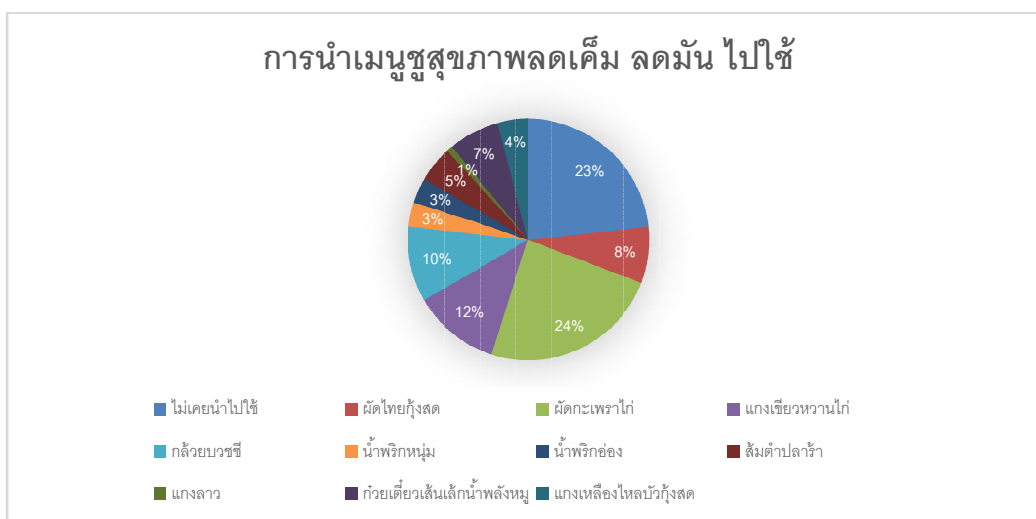
ผลการดำเนิน/ ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสในแกนนำสุขภาพชุมชน ลดเค็ม ลดมันในพื้นที่ ต.วังตะเคียน อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในโครงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสาธารณสุขเรื่องเมนูสุขภาพลดเค็ม ลดมันพบว่า

1.การนำเมนูสุขภาพลดเค็ม ลดมัน ไปใช้

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77 มีการนำเมนูสุขภาพไปใช้ โดยเมนูที่มีการนำไปใช้มากที่สุด 5 ลำดับแรกคือ ผัดกระเพราไก่ ร้อยละ 24 แกงเขียวหวานไก่ ก๋วยเตี๋ยวต้มยำ และก๋วยเตี๋ยวเส้นเล็กน้ำปลงหมู ร้อยละ 12, ร้อยละ 10, ร้อยละ 8 และร้อยละ 7 ตามลำดับ โดยมีรายละเอียดการนำเมนูต่างๆไปใช้ ดังแสดงในรูปภาพที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการนำเมนูสุขภาพลดเค็ม ลดมัน ไปใช้



2.พฤติกรรมการกินและแหล่งที่มาของอาหารในแต่ละมื้อ

2.1 พฤติกรรมการกินอาหารในแต่ละมื้อ

จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 85.06 กินอาหารครบทุกมื้อ ร้อยละ 11.95 มีการงดอาหารในบางมื้อ ร้อยละ 2.99 กินอาหารมากกว่า 3 มื้อ โดยมื้อที่มีการงดอาหารมากที่สุด คือ มื้อเช้า ร้อยละ 6.6 รองลงมา คือ มื้อเย็น ร้อยละ 3.09 และมื้อกลางวัน ร้อยละ 2.26 ของจำนวนผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด

2.2 แหล่งที่มาของอาหารในแต่ละมื้อ

จากการศึกษาพบว่ามื้อเช้ามีการปรุงอาหารเองร้อยละ 89.3 ซื้ออาหารนอกบ้านร้อยละ 10.7 มื้อกลางวันปรุงอาหารเองร้อยละ 86.5 ซื้อนอกบ้านร้อยละ 13.5 และมื้อเย็นปรุงอาหารเองร้อยละ 88.4 ซื้ออาหารนอกบ้านร้อยละ 11.6 โดยสามารถแบ่งพฤติกรรมการเลือกแหล่งที่มาของอาหารเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1.กลุ่มที่ปรุงอาหารกินเองทุกมื้อ พบว่ามีร้อยละ 66.66 มีพฤติกรรมการใช้น้ำตาลเฉลี่ย 1,705 กรัม/เดือนหรือ 5.19 กรัม/คน/วัน หรือเท่ากับน้ำตาล 1.3 ช้อนชา น้ำมันเฉลี่ย 5,739 กรัม/เดือน หรือ 17.49 กรัม/คน/วัน เท่ากับน้ำมัน 3.5 ช้อน โขเทียมเฉลี่ย 901,019 มิลลิกรัม/เดือน หรือ 2,747 มิลลิกรัม/คน/วัน เท่ากับเกลือ 1.4 ช้อนชา

2.กลุ่มที่ปรุงอาหารกินเองมากกว่า ซื้อหรือกินอาหารนอกบ้าน มีร้อยละ 25 โดยพบว่ามื้ออาหารที่มีการปรุงกินเองมากที่สุด คือมือเย็น ร้อยละ 34.88 รองลงมา คือมือกลางวัน ร้อยละ 33.83 และมือเช้า ร้อยละ 31.27 พฤติกรรมการใช้น้ำตาลเฉลี่ย 771.6กรัม/เดือน หรือ 6.27 กรัม/คน/วัน หรือเท่ากับน้ำตาล 1.6 ช้อนชาน้ำมันเฉลี่ย 1,204 กรัม/เดือน หรือ 9.78 กรัม/คน/วัน เท่ากับน้ำมัน 2 ช้อนชา โขเทียมเฉลี่ย 226,978 มิลลิกรัม/เดือน หรือ 1,845 มิลลิกรัม/คน/วัน เท่ากับเกลือ 1 ช้อนชา

3.กลุ่มที่ซื้อหรือกินอาหารนอกบ้านมากกว่าปรุงอาหารกินเองมีร้อยละ 7.5โดยพบว่ามื้ออาหารที่มีการซื้อหรือกินอาหารนอกบ้านมากที่สุดคือ มือกลางวัน ร้อยละ 44.44 รองลงมาคือ มือเช้าร้อยละ 33.33 และมือเย็น ร้อยละ 22.23 พฤติกรรมการใช้น้ำตาลเฉลี่ย 504.6 กรัม/เดือน หรือ 13.63 กรัม/คน/วัน หรือเท่ากับน้ำตาล 3.4 ช้อนชา น้ำมันเฉลี่ย 860.5 กรัม/เดือน หรือ 23.25 กรัม/คน/วัน เท่ากับน้ำมัน 4.6 ช้อนชา โขเทียมเฉลี่ย 108,094 มิลลิกรัม/เดือน หรือ 2,921 มิลลิกรัม/คน/วัน เท่ากับเกลือ 1.4 ช้อนชา

4.กลุ่มที่ซื้อหรือกินอาหารนอกบ้านทุกมื้อ มีร้อยละ 0.84 มีพฤติกรรมการใช้น้ำตาลเฉลี่ย 9.9 กรัม/เดือนหรือ 1.98 กรัม/คน/วัน หรือเท่ากับน้ำตาล 0.5 ช้อนชา น้ำมันเฉลี่ย 40 กรัม/เดือนหรือ 8 กรัม/คน/วัน เท่ากับน้ำมัน 1.6 ช้อนชา โขเทียมเฉลี่ย 7,503 มิลลิกรัม/เดือน หรือ 1,500 มิลลิกรัม/คน/วัน เท่ากับเกลือ 0.8 ช้อนชา

3.จำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ร่วมกินอาหารเป็นประจำ

จากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษทั้งหมดจำนวน 120 ตัวอย่าง มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 547 คน อยู่ร่วมกินอาหารเป็นประจำ จำนวน 493 คน

4.พฤติกรรมและปริมาณการใช้เครื่องปรุงรส (น้ำตาล น้ำมัน เกลือ (เครื่องปรุงรสที่โซเดียม))

4.1 พฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการมีรายละเอียดดังตารางที่ 2 และรูปภาพที่ 3

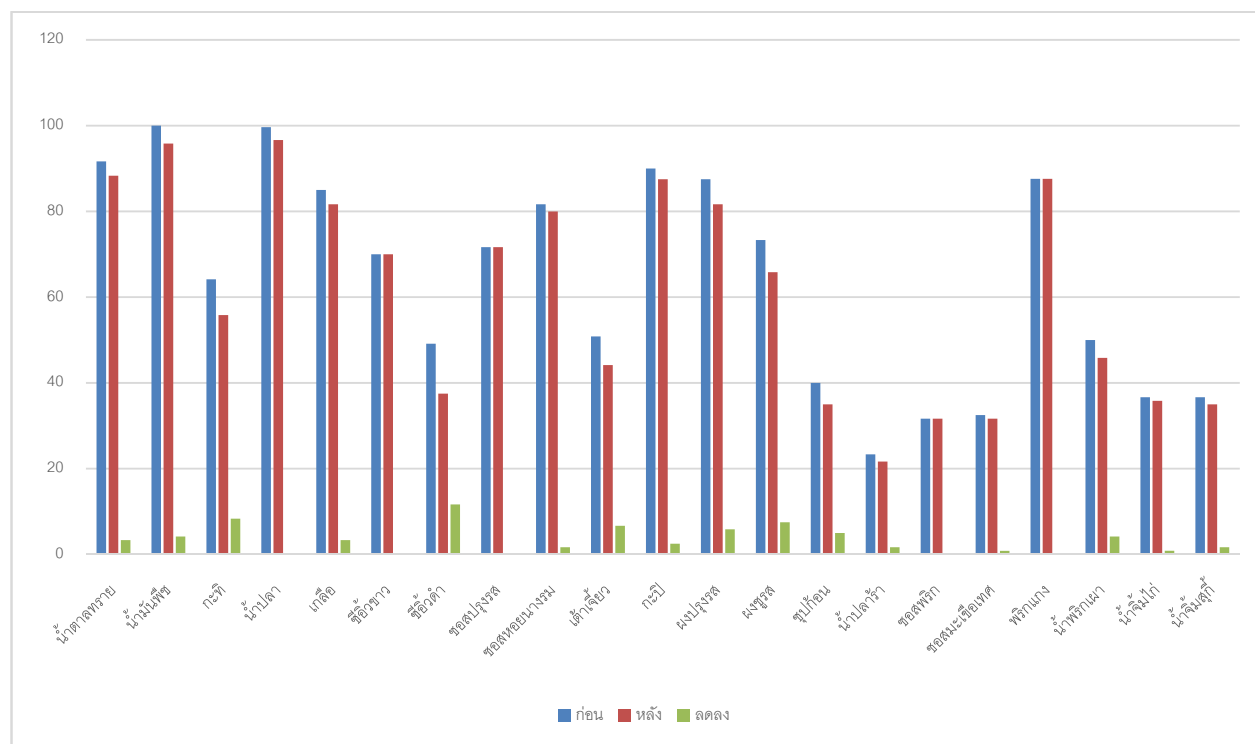
ตารางที่ 2 แสดงการใช้เครื่องปรุงรสก่อน หลังเข้าร่วมโครงการ และการเปลี่ยนแปลงของการใช้เครื่องปรุงรสหลังเข้าร่วมโครงการ

เครื่องปรุงรส	ร้อยละของการใช้เครื่องปรุงรส		
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ	การเปลี่ยนแปลง
น้ำตาลทราย	91.66	88.33	-3.33
น้ำมันพืช	100	95.83	- 4.17
กะทิ	64.16	55.83	- 8.33
น้ำปลา	99.66	96.66	0
เกลือ	85.00	81.66	-3.34
ซีอิ๊วขาว	70.00	70.00	0
ซีอิ๊วดำ	49.16	37.50	-11.66
ซอสปรุงรส	71.66	71.66	0
ซอสหอยนางรม	81.66	80.00	-1.66
เต้าเจี้ยว	50.83	44.16	-6.67
กะปิ	90.00	87.50	-2.50

ผงปรุรงรส	87.60	81.66	-5.94
ผงชูรส	73.33	65.83	-7.50
ชูปก้อน	40.00	35.00	-5.00
น้ำปลาร้า	23.33	21.66	-1.67
ซอสพริก	31.66	31.66	0
ซอสมะเขือเทศ	32.50	31.66	-0.84
พริกแกง	87.60	87.60	0
น้ำพริกเผา	50.00	45.83	-4.17
น้ำจิ้มไก่	36.66	35.83	-0.83
น้ำจิ้มสุกี้	36.66	35.00	-1.66

พบว่า ก่อนได้รับการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการเครื่องปรุงรสที่มีการใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือน้ำมันพืช ร้อยละ 100 น้ำปลา น้ำตาลทราย กะปิ และผงปรุรงรส ร้อยละ 99.66, 91.66, 90 และ 87.60 ตามลำดับ เครื่องปรุงรสที่มีการใช้น้อยที่สุดคือ น้ำปลาร้า ร้อยละ 23.33 หลังได้รับการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการเครื่องปรุงรสที่มีการใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือน้ำปลา ร้อยละ 96.99 น้ำมันพืช น้ำตาลทราย พริกแกง และกะปิ ร้อยละ 95.83, 88.33, 87.60 และ 87.50 ตามลำดับ เครื่องปรุงรสที่มีการใช้น้อยที่สุดคือ น้ำปลาร้า ร้อยละ 21.66

รูปภาพที่ 3 เปรียบเทียบการใช้เครื่องปรุงรสก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ



จากรูปภาพที่ 3 เปรียบเทียบการใช้เครื่องปรุงรสก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ จะเห็นได้ว่าการใช้เครื่องปรุงรสในครัวเรือนของแกนนำสุขภาพชุมชนลดเค็มลงได้ 16 ชนิด จากจำนวนทั้งหมด 21 ชนิด 5 ชนิดที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของการใช้เครื่องปรุง และไม่มีเครื่องปรุงรสชนิดใดเลยที่มีการใช้เพิ่มขึ้น

4.2 ปริมาณการใช้เครื่องปรุงรส (น้ำตาล น้ำมัน เกลือ (เครื่องปรุงรสที่มีโซเดียม) หลังได้รับการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ

จากการศึกษาพบว่าปริมาณการใช้น้ำตาลเฉลี่ย 2,991 กรัม/เดือน หรือ 6 กรัม/คน/วัน หรือเท่ากับน้ำตาล 1.5 ช้อนชา (น้ำตาล 1 ช้อนชา มี 4 กรัม) น้ำมันเฉลี่ย 5,730 กรัม/เดือน หรือ 11.64 กรัม/คน/วัน เท่ากับน้ำมัน 2.3 ช้อนชา (น้ำมัน 1 ช้อนชา มี 5 กรัม) โซเดียมเฉลี่ย 919,691 มิลลิกรัม/เดือน หรือ 1,865 มิลลิกรัม/คน/วัน เท่ากับเกลือ 1 ช้อนชา (เกลือ 1 ช้อนชา มี โซเดียม 2,000 มิลลิกรัม)

การนำไปใช้ประโยชน์

1.สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการถ่ายทอดความรู้ ด้านอาหารและโภชนาการจากภาคีเครือข่ายสาธารณสุขสู่ประชาชนในพื้นที่ ต.วังตะเคียน อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา

2.สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในด้านอาหารและโภชนาการในพื้นที่ ต.วังตะเคียน อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา

3.ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางศึกษาวิจัยประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ ต.วังตะเคียน อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา

ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

1.ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์บางรายไม่สามารถจดจำปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสได้

2.เครื่องปรุงรสบางชนิดชุมชนผลิตขึ้นเองทำให้ไม่ทราบปริมาณและส่วนประกอบของเครื่องปรุงรส

3.ไม่ทราบข้อมูลรายละเอียดการใช้เครื่องปรุงรสของแต่ละคนในครอบครัว

4.อาหารที่รับประทานนอกบ้านไม่ถูกนำมาคำนวณปริมาณการใช้เครื่องปรุงรส

ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

1.จัดทำแบบบันทึกการใช้เครื่องปรุงรสที่มีความละเอียดและครอบคลุมถึงปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสที่มาจากการบริโภคอาหารทุกชนิด

2.สำรวจเครื่องปรุงรสที่ชุมชนผลิตขึ้นเองและนำตัวอย่างมาวิเคราะห์ส่วนประกอบเพื่อหาปริมาณของส่วนประกอบ

3.จัดทำการศึกษาการใช้เครื่องปรุงรสแบบละเอียดเป็นรายบุคคล