

การจัดทำยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียมโดยกระบวนการมีส่วนร่วม
ร่วมของภาคีเครือข่าย

The Development of Salt Reduction Strategy in Thailand by
Stakeholders Participation

โดย
นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

การจัดทำยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จัดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลกสาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือ การมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีหลักฐานวิชาการยืนยันชัดเจนแล้วว่า การได้รับโซเดียมในปริมาณมากกว่าความต้องการ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่การดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมที่ผ่านมา มีข้อจำกัดและความท้าทายในหลายประเด็น เช่น กลไกและยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อการจัดการปัญหา ช่องทางประสานงานเพื่อบูรณาการการดำเนินงานระหว่างภาคีเครือข่าย การติดตามและการประเมินผล

การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อกำหนดกรอบและเป้าหมายของการจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เพื่อค้นหามาตรการ ประเด็นสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม มุ่งผลให้บรรลุวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยสอดคล้องตามบทบาทภารกิจขององค์กร โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แบ่งการศึกษาเป็นระยะ ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) เพื่อศึกษาความเป็นไปในการจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม การประชุมเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม การจัดทำร่างยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิตและการจำหน่าย การสื่อสาร การพัฒนาความรู้แก่ประชาชน การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค การออกกฎหมายอื่นๆ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม จำนวน 54 หน่วยงาน ผู้วิจัยใช้แผนที่ผลลัพธ์ หรือ Outcome mapping เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของประเทศไทย ของภาคีเครือข่ายอย่างมีส่วนร่วม

ผลการศึกษาการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อสนับสนุนการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเป็นวาระระดับชาติ มีความสำเร็จมาแล้วในหลายประเทศ และเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับรูปแบบการได้รับโซเดียมของคนไทยที่มาจากหลายแหล่ง ทั้งจากการปรุงประกอบเอง การรับประทานอาหารนอกบ้าน และการบริโภคอาหารอุตสาหกรรม นอกจากนี้ยังมีมิติด้านค่านิยมและวัฒนธรรมการบริโภคเข้ามาเกี่ยวข้องอีกด้วย ภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดทำ “ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย”

ผลการประชุมเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม นำผลจากขั้นตอนแรกไปสู่การดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวเหมาะกับการสร้างการมีส่วนร่วม โดยใช้การระดมสมองผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) จากภาคีเครือข่ายที่มีความหลากหลาย ร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เป้าหมาย มาตรการสำคัญ และผลลัพธ์ที่ต้องการ รวมถึงสร้างข้อตกลงจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจของหน่วยงานบนเข็มมุ่งเดียวกัน

การจัดทำร่างยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในประเด็นต่างๆ เพื่อบรรลุตามเป้าประสงค์ วิสัยทัศน์ ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ SALTS ซึ่งประกอบด้วย

5 ประเด็นย่อย ดังนี้ 1) ยุทธศาสตร์ S (Stakeholder network) การสร้าง พัฒนาและขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือ 2) ยุทธศาสตร์ A (Awareness) การเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และเสริมทักษะให้ประชาชน ชุมชน ผู้ผลิต/ผู้ประกอบการ บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้กำหนดนโยบาย 3) ยุทธศาสตร์ L (Legislation and environmental reform) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการผลิต ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และเกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำรวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่ปริมาณโซเดียมต่ำ 4) ยุทธศาสตร์ T (Technology and innovation) การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้และนำการสู่ปฏิบัติและ 5) ยุทธศาสตร์ S (Surveillance, monitoring and evaluation) การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดีจากการลดบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแต่ละยุทธศาสตร์ ในระยะต่อไปควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย และขับเคลื่อนผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Assembly) เพื่อกำหนดเป็นนโยบายระดับประเทศนำสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผลโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

providers, L-Strategy (Legislation and Environmental Reformation) to adjust the environment to promote production, improvements, and changes of products with lower sodium and providing more accessible ways to consume healthier food and products with lower salt and sodium, T -Strategy (Technology and Innovations) to develop research and knowledge that lead to actions and S^2 -Strategy (Surveillance, Monitoring and Evaluation) to develop Developing surveillance systems to follow up and evaluate results both in production and outcomes.

Recommendation

Policy proposal should be developed on the third phase through the National Health Assembly mechanism and it is important to emphasize on stakeholder participants to set the salt and sodium consumption reduction policy. In this phase, the participation of the stakeholders will form the national salt policy with the involvement of the measurement of implementation and evaluation.

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อ | ก |
| สารบัญ | จ |
| สารบัญแผนภาพ | ฉ |
| สารบัญตาราง | ช |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์การศึกษา | 1 |
| ขอบเขตของการศึกษา | 2 |
| ประโยชน์จากงานวิจัย | 2 |
| คำนิยามเชิงปฏิบัติการ | 2 |
| บทที่ 2 ทบทวนเอกสารและวรรณกรรม | 3 |
| 1. ความสำคัญการลดบริโภคเกลือ(โซเดียม)ต่อสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ | 3 |
| 1.1 วิถีการบริโภคเกลือและโซเดียมต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) | 3 |
| 1.1.1 ความสำคัญของเกลือและโซเดียมต่อร่างกาย | 3 |
| 1.1.2 ปัญหาสุขภาพจากการบริโภคเกลือและโซเดียมเกิน | 4 |
| 1.1.3 ความคุ้มค่าและประสิทธิภาพ (cost - effectiveness) ของการลดการ บริโภคเกลือและโซเดียมในประชากร | 6 |
| 1.2 สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียม | 6 |
| 1.2.1 สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับโลก | 6 |
| 1.2.2 สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ | 7 |
| 1.2.3 สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย | 8 |
| 2. มาตรการและความสำคัญของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือ (โซเดียม) แบบมีส่วนร่วม | 11 |
| 2.1 แนวทางการดำเนินงาน | 11 |
| 2.2 กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ | 12 |
| 2.3 แนวคิด ความสำคัญ และกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ | 12 |
| 2.4 ความสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ | 13 |
| 2.5 กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ | 13 |
| 2.6 การมีส่วนร่วม (participation) | 14 |
| 3. การวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินการเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์ลดบริโภคโซเดียม ด้วยแผนที่ผลลัพธ์(Outcome Mapping) | 15 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|--|------|
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา | 17 |
| วัตถุประสงค์การศึกษา | 17 |
| การออกแบบและวิธีการ | 17 |
| ขอบเขตการศึกษา | 17 |
| ประชากรที่ใช้ในการศึกษา | 18 |
| กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษา | 18 |
| วิธีการศึกษา | 19 |
| กลวิธี/การดำเนินงาน | 19 |
| สถิติที่ใช้ในการศึกษา | 19 |
| บทที่ 4 ผลการศึกษา | 20 |
| บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 28 |
| อภิปรายผล | 30 |
| ข้อเสนอแนะ | 30 |
| เอกสารอ้างอิง | 31 |

สารบัญแผนภาพ

| | หน้า |
|---|------|
| แผนภาพที่ 1 เป้าหมายการดำเนินงาน 9 ข้อเพื่อลดการเกิดโรคไม่ติดต่อ NCDs ในระดับโลกภายในปี พ.ศ. 2568 | 5 |
| แผนภาพที่ 2 ปริมาณเกลือที่บริโภคเฉลี่ยต่อคนต่อวันสูงกว่าปริมาณอ้างอิงที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ | 7 |
| แผนภาพที่ 3 ปริมาณเกลือที่บริโภคเฉลี่ยต่อคนต่อวันในบางประเทศของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ | 8 |
| แผนภาพที่ 4 ความเชื่อมโยงประเด็นยุทธศาสตร์ SALTS เพื่อบรรลุตามเป้าประสงค์ วิสัยทัศน์ พันธกิจ | 26 |
| แผนภาพที่ 5 การมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักตามลักษณะภารกิจของภาคีเครือข่าย ที่สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ | 27 |

สารบัญตาราง

| | | หน้า |
|------------|--|------|
| ตารางที่ 1 | แสดงผลการบริโภคโซเดียม (มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน) จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง | 10 |
| ตารางที่ 2 | แสดงปริมาณโซเดียมที่แสดงบนฉลากโภชนาการของผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่ม ในภาชนะบรรจุปิดสนิท (มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค) จำแนกตามกลุ่มผลิตภัณฑ์ | 11 |

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สืบเนื่องจากสถานการณ์ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อในประเทศ ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น แม้ว่าจะมีความพยายามจากหลายหน่วยงานในการดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อลดอุบัติการณ์และความชุกของโรค ทั้งนี้เนื่องจากโรคไม่ติดต้อมีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยเรื่องการบริโภค ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย ปี 2550 โดยกรมอนามัยร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ประชากรไทยได้รับโซเดียมจากอาหารที่บริโภคสูงถึง 4,351.7 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งมากกว่าปริมาณที่สามารถบริโภคได้เกือบ 2 เท่า (ค่าปกติไม่ควรเกิน 2400 มิลลิกรัมต่อวัน) และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ที่ดำเนินการโดย สำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า ค่ามัธยฐานของการบริโภคโซเดียมของคนไทยอยู่ที่ 3,264 มิลลิกรัมต่อวัน แสดงให้เห็นว่าประชาชนไทยได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงกว่าความต้องการต่อวัน การได้รับโซเดียมในปริมาณสูงต่อเนื่องเป็นเวลานานนั้นมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันได้ว่าเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายตามมา เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง

จากสถานการณ์ปัญหาและเหตุผลในเบื้องต้นนี้ จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรไทย โดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ผลักดันนโยบาย (Policy Advocacy) เพื่อการป้องกันและควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมของประชาชน การผลักดันนโยบายที่คืบหน้านอกจากการมีข้อมูลวิชาการที่สนับสนุนความสำคัญ ความจำเป็นที่ต้องควบคุมและจัดการปัญหาแล้ว ยังต้องอาศัยยุทธศาสตร์และกลวิธีตลอดจนกระบวนการอื่นๆ เพื่อผลักดันเป็นนโยบาย มีผลบังคับใช้ต่อไป สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และเครือข่ายลดบริโภคเค็ม สมาคมโรคไต เล็งเห็น ความสำคัญดังกล่าว จึงจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ในประเทศไทยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

วัตถุประสงค์การศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับภาคีเครือข่ายสำคัญเพื่อจัดทำร่างยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ในประเทศไทยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย วัตถุประสงค์สำคัญของการศึกษาครั้งนี้ เพื่อ

1. ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาความเป็นไปได้ วิเคราะห์ความสามารถ ความพร้อมในการดำเนินงาน รวมถึงวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. ศึกษาการกำหนดกรอบและเป้าหมายของการจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย
3. ศึกษา ค้นหามาตรการและประเด็นสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อมุ่งผลให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยสอดคล้องตามบทบาทภารกิจขององค์กร

ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อทบทวนวรรณกรรมและศึกษาความเป็นไปได้ วิเคราะห์ความสามารถ ความพร้อมในการดำเนินงาน รวมถึงวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กำหนดกรอบ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ของการจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ที่เหมาะสม กับบริบทของประเทศไทย ค้นหาตรรกะสำคัญของยุทธศาสตร์ ที่นำไปสู่ความสำเร็จตามกรอบที่กำหนด บนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องตามบทบาทภารกิจขององค์กรแบบมีส่วนร่วม

ประโยชน์จากงานวิจัย

ทราบถึงความสำคัญ ขั้นตอน วิธีการของการจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อสนับสนุนการลดการบริโภค เกลือและโซเดียมเป็นวาระระดับชาติโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน เป็นเครื่องมือ และกลไกสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและเหมาะสม

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

ภาคีเครือข่ายสำคัญ หมายถึง หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิต การจำหน่าย การสื่อสาร การพัฒนาความรู้แก่ประชาชน การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค การออกกฎหมาย - ข้อบังคับ และอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ทั้งทางตรงและทางอ้อม

พันธมิตรเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic partner) หมายถึง หน่วยงาน องค์กร ที่ต้องการให้เข้าร่วม ดำเนินการ เนื่องจากส่งผลต่อความสำเร็จการบรรลุได้ตามวิสัยทัศน์

ภาคีหุ้นส่วน (Direct partner) หมายถึง หน่วยงาน องค์กร ที่ต้องให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ของยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประเทศไทย

บทที่ 2

ทบทวนเอกสารและวรรณกรรม

การวิเคราะห์การจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ในประเทศไทยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการศึกษาวิเคราะห์ ดังนี้

1. ความสำคัญการลดบริโภคเกลือ (โซเดียม) ต่อสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

1.1 วิถีการดำเนินเกลือและโซเดียมต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

1.1.1 ความสำคัญของเกลือและโซเดียมต่อร่างกาย

เกลือแกง (salt) หรือสารประกอบทางเคมีที่เรียกว่า โซเดียมคลอไรด์ (sodium chloride) ประกอบด้วยโซเดียมไอออน (Na^+) ร้อยละ 40 และคลอไรด์ไอออน (Cl^-) ร้อยละ 60 โดยน้ำหนัก ดังนั้นเกลือ 1 กรัม จะประกอบด้วยโซเดียม 0.4 กรัมซึ่งแร่ธาตุทั้ง 2 ชนิดมีความสำคัญต่อร่างกายโดยเฉพาะโซเดียมนั้นเป็นแร่ธาตุที่มีความสำคัญในการรักษาระดับสมดุลของระบบของเหลวในร่างกาย

โดยปกติร่างกายได้รับโซเดียมผ่านทาง การบริโภคเป็นหลัก โดยเฉพาะเกลือแกงหรือโซเดียมคลอไรด์ (NaCl) ซึ่งปกติใช้ในการปรุงอาหารให้มีรสชาติเค็ม และเป็นส่วนประกอบหลักของเครื่องปรุงที่ให้รสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วนอกจากนี้ยังพบ โซเดียม (Na^+) ที่อยู่ในรูปสารประกอบอื่นๆที่อาจไม่มีรสชาติเค็มได้อีกด้วย ได้แก่ โซเดียมตามธรรมชาติของอาหาร โซเดียมจากกระบวนการผลิตในอุตสาหกรรมอาหารและโซเดียมที่อยู่ในรูปแบบอื่นๆ เช่น ผงชูรส (โมโนโซเดียมกลูตาเมต) หรือผงฟู (โซเดียมไบคาร์บอเนต) เป็นต้น จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่ากรกล่าวถึงเฉพาะ ‘เกลือ’ หรือ ‘โซเดียม’ จะไม่ครอบคลุมถึงปริมาณโซเดียมทั้งหมด ดังนั้นในยุทธศาสตร์ฉบับนี้จะใช้คำว่าเกลือและโซเดียมเพื่อสื่อสารให้ครอบคลุมถึงโซเดียมทั้งหมดที่ร่างกายได้รับ

ปริมาณโซเดียมที่บริโภคเพียงพอต่อวัน องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน การได้รับมากหรือน้อยเกินไปส่งผลเสียต่อร่างกายทั้งสิ้น แต่ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากที่ได้รับในปริมาณที่สูงกว่าความต้องการต่อวันแม้โซเดียมจะเป็นแร่ธาตุจำเป็นที่ร่างกายไม่สามารถสร้างได้แต่ร่างกายก็ไม่สามารถเก็บสะสมโซเดียมไว้ได้ ต้องขับส่วนที่เกินจากความต้องการทิ้งทั้งหมด ส่งผลให้ไตต้องทำงานหนัก ในขณะที่มีระดับโซเดียมจำนวนมากอยู่ในร่างกาย ก็จะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ต่ออวัยวะอื่นๆ ตามมา ด้วยเหตุนี้ การประชุม Codex Committee on Nutrition and Foods for Special Dietary Uses (CCNFSDU) ครั้งที่ 31 ณ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2552 ที่ประชุมเห็นชอบให้โซเดียมเป็นสารอาหารที่มีความสำคัญลำดับแรกๆ ที่ควรมีการกำหนดค่า Nutrient Reference Values on Non-communicable diseases หรือ NRVs-NCD ของโซเดียมที่ 2,000 มิลลิกรัม ซึ่งเป็นไปตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก นอกจากนี้ยังมีข้อมูลจาก Institute of Medicine ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดค่าความต้องการโซเดียมที่เพียงพอต่อการทำงานของหัวใจไว้เพียง 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน

1.1.2 ปัญหาสุขภาพจากการบริโภคเกลือและโซเดียมเกิน

การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มความรุนแรงของโรคเบาหวาน ข้อมูลสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2009 พบว่า โรคไม่ติดต่อ (NCDs) เหล่านี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของทุกประเทศทั่วโลก ถึงร้อยละ 63 ของอัตราการเสียชีวิตทั้งหมดมากกว่าการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ โรคติดเชื้อ ภาวะทุพโภชนาการและการเสียชีวิตของมารดาและเด็กรวมกัน และที่น่ากังวลเป็นอย่างยิ่งคือเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ก่อนอายุ 70 ปี) และมีแนวโน้มว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดการณ์ว่าการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อของประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 36 ล้านคน ใน พ.ศ. 2551 เป็น 44 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 การเสียชีวิตของประชากรไทยจากโรคไม่ติดต่อในปี พ.ศ. 2552 พบว่าอยู่ในสัดส่วนที่สูงกว่าทั่วโลกคือร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ผลกระทบต่อ การเกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆจากการได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการได้แก่

1) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HT)

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเกลือโซเดียมกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเริ่มต้นโดย Louis Dahl และคณะ ในปี พ.ศ. 2503 พบว่า การได้รับเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างปริมาณเกลือที่ได้รับและความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะนำไปสู่โรคอื่นๆ ที่เป็นภาวะแทรกซ้อน ศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกาแนะนำปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคได้โดยไม่เกิดอันตราย คือโซเดียม 2 กรัมต่อวันหรือเท่ากับเกลือ 5 กรัมต่อวันในทางปฏิบัติปริมาณข้างต้นจะเทียบเท่าเกลือแกง 1 ช้อนชา หรือเทียบเท่า น้ำปลา 3-4 ช้อนชาต่อวัน นอกจากนี้ผลการสำรวจที่เกี่ยวกับปริมาณการได้รับเกลือโซเดียมแสดงให้เห็นว่า ประชากรทั่วโลกได้รับปริมาณเกลือโซเดียมสูงกว่าแนะนำมากกว่า 2 เท่า

2) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases: CVD)

การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (strokes) ถึงร้อยละ 49 และร้อยละ 62 ของการเกิดโรคทั้งหมด จากการศึกษาของ Mozaffarian และคณะ พบว่าการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 1,650,000 ราย ที่เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 2010 มีสาเหตุมาจากการบริโภคโซเดียมเหนือระดับอ้างอิง คือ 2 กรัมต่อวัน หรือเกลือ 5 กรัมต่อวัน การลดปริมาณโซเดียมในผู้ใหญ่ให้ได้รับโซเดียมน้อยกว่า 2 กรัมต่อวันมีผลต่อการลดระดับความดันโลหิตและโอกาสต่อการเกิดโรค CVD

3) โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD)

การที่ร่างกายได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงทำให้มีผลกระทบโดยตรงต่อไตซึ่งไตเป็นอวัยวะหลักที่ทำหน้าที่กำจัดโซเดียม โดยทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นจากการทำงานหนักและโปรตีนรั่วในปัสสาวะ และความเสื่อมนั้นจะคงอยู่ตลอดไปแม้จะมีการลดปริมาณโซเดียมลงในภายหลัง นอกจากนี้ ภาวะความดันโลหิตสูงก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไตเสื่อมด้วย ซึ่งล้วนแต่มีสาเหตุจากการได้รับเกลือและโซเดียมปริมาณสูง ดังนั้น การลดความดันโลหิตและโปรตีนในปัสสาวะจะป้องกันการสูญเสียการทำงานของไตและภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด

4) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)

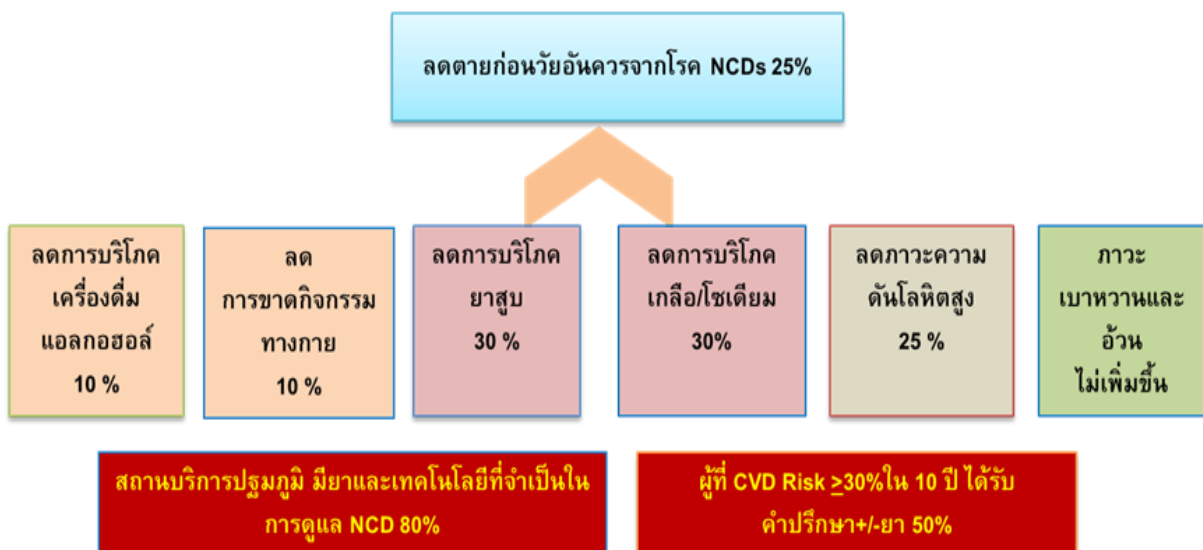
การศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีความบกพร่องของการทำงานของอินซูลินนั้น การลดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมลง มีผลต่อการเพิ่มระดับการทำงานของอินซูลินดีขึ้น ส่งผลให้ควบคุมโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น

ภาระโรคจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเกลือโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการของประเทศไทย

ประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การระบาดของโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจอย่างมากทั้งในระดับจุลภาค และมหัพภาค เนื่องจากเป็นสาเหตุของการสูญเสียผลิตภาพ (productivity) หลายประเภท ทั้งการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การขาดงาน การขาดประสิทธิภาพขณะทำงาน เกิดความพิการ การสูญเสียโอกาสในการถูกจ้างงานเนื่องจากการเจ็บป่วย และยังรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลอีกด้วย ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคไม่ติดต่อสูงถึง 198,512 ล้านบาทในปี 2552 จำแนกเป็นจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 78,976 ล้านบาทจากโรคเบาหวาน 24,489 ล้านบาทรวมมูลค่าความสูญเสียทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP)

จากสถานการณ์ความรุนแรงและภาระโรคจากโรคไม่ติดต่อ (NCDs) และปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับนานาชาติองค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดให้การลดเกลือโซเดียม เป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ภายใน พ.ศ. 2568 โดยกำหนดให้ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายใน พ.ศ. 2568 ดังแผนภาพที่ 1 ซึ่งประเทศไทยโดยการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ใน พ.ศ. 2557 ได้ทำการรับรองทั้ง 9 เป้าหมายดังกล่าวให้เป็นเป้าหมายในการดำเนินงานของประเทศไทยซึ่งถือเป็นความท้าทายของสังคมไทยในการจัดการปัญหา NCDs อย่างยั่งยืนและเพื่อให้เกิดการลดภาระโรคจากโรค NCDs โดยการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณสูงในประชากรไทยอย่างจริงจัง

แผนภาพที่ 1 เป้าหมายการดำเนินงาน 9 ข้อเพื่อลดการเกิดโรคไม่ติดต่อ NCDs ในระดับโลกภายในปี พ.ศ. 2568



1.1.3 ความคุ้มค่าและประสิทธิภาพ (cost - effectiveness) ของการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากร การใช้นโยบายสาธารณะเพื่อลดการบริโภคเกลือในประชากรนั้นมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่าต่อการลงทุนมีผลการศึกษาในหลายประเทศให้ผลสอดคล้องกันถึงความคุ้มค่า และแสดงให้เห็นถึงผลของการลดบริโภคเกลือต่อสุขภาพ รวมทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น

ในประเทศสหรัฐอเมริกา การลดการบริโภคเกลือในประชากรวันละ 3 กรัมจะส่งผลให้เพิ่มชีวิตคุณภาพ 194,000-392,000 ปีสุขภาพะที่มีคุณภาพ หรือ quality-adjusted life years (QALYs) และประหยัดค่ารักษาพยาบาล 10,000-24,000 ล้านดอลลาร์ต่อปี นั้นหมายถึงการได้รับผลตอบแทน 6-12 ดอลลาร์ต่อทุกดอลลาร์ที่ใช้ในมาตรการควบคุม และการลดการบริโภคเกลือมีความคุ้มค่ามากกว่าการใช้จ่ายลดความดันโลหิต ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา มาตรการที่ได้ผลต้องอาศัยการลดเกลือในอาหารแปรรูปหรือสำเร็จรูป เช่นเดียวกับประเทศอาเจนติน่าที่พบว่า การลดบริโภคเกลือในประชากรเป็นมาตรการที่คุ้มค่าที่สุดในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง การลดบริโภคเกลือร้อยละ 15 ในประชากรจะป้องกันการเสียชีวิตได้ 13.8 ล้านคนในเวลา 10 ปีโดยใช้ค่าใช้จ่ายเพียง 0.4 ดอลลาร์ต่อคนต่อปี ซึ่งการศึกษานี้ ยังไม่ได้รวมผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากการลดการเจ็บป่วย ความพิการ และการเสียชีวิต รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการปรับสูตรอาหารในภาคอุตสาหกรรม ตัวอย่างจากการลดบริโภคเกลือในประเทศอินเดียสามารถลดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ โดยไม่กระทบต่อโครงการเสริมไอโอดีนเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีน

ประเทศแถบตะวันออกกลาง การรณรงค์โดยใช้ทั้งมาตรการให้ความรู้ การติดฉลากที่ผลิตภัณฑ์อาหาร และการบังคับปรับสูตรเพื่อลดเกลือในอาหารสำเร็จรูป สามารถลดการบริโภคเกลือได้ประมาณร้อยละ 30 และมีความคุ้มค่าโดยประมาณว่าในระยะเวลา 10 ปี จะประหยัดค่าใช้จ่ายประมาณ 6 ล้านดอลลาร์ และส่งผลให้เพิ่มชีวิตคุณภาพ 2,700 QALYs ในประเทศปาเลสไตน์ ประหยัดค่าใช้จ่าย 39 ล้านดอลลาร์และส่งผลให้เพิ่มชีวิตคุณภาพ 6,450 QALYs ในประเทศซีเรีย ประหยัดค่าใช้จ่าย 235 ล้านดอลลาร์และส่งผลให้เพิ่มชีวิตคุณภาพ 31,000 QALYs ในประเทศตูนิเซีย และประหยัดค่าใช้จ่าย 1,300 ล้านดอลลาร์และส่งผลให้เพิ่มชีวิตคุณภาพ 308,000 QALYs ในประเทศตุรกี

1.2 สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียม

1.2.1 สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับโลก

มีการศึกษาจากหลายประเทศทั่วโลกยืนยันว่าประชากรในแต่ละประเทศทั่วโลกได้รับเกลือและโซเดียมเกินความต้องการต่อวัน (ปริมาณโซเดียมที่บริโภคเพียงพอต่อวัน องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน) จากการประเมินการบริโภคเกลือและโซเดียมด้วยการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกแนะนำพบว่า ในสหรัฐอเมริกามีการบริโภคโซเดียม 4,202 มิลลิกรัมต่อวันในชาย และ 3,272 มิลลิกรัมต่อวันในหญิง (1998), ประเทศสหราชอาณาจักร อยู่ที่ 3,818 มิลลิกรัมในชาย และ 3,013 มิลลิกรัมในหญิง (2006), ประเทศแอฟริกาใต้ อยู่ที่ 3,112 มิลลิกรัมในชาย และ 3,393 มิลลิกรัมในหญิง (2006)

การศึกษาภาพรวมที่เป็นตัวแทนของประชากรทั่วโลก คือการศึกษา INTERSALT Study ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อประเมินปริมาณการได้รับโซเดียมในประชากรด้วยวิธีการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงเพื่อสร้างฐานข้อมูลมาตรฐานของปริมาณการได้รับโซเดียมของประชากรทั่วโลกโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหญิงและชาย ในช่วงอายุ 20-59 ปี ใน 52 กลุ่มประชากรใน 32 ประเทศทั่วโลก ใช้เวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 2 ปี ผล

การศึกษา พบว่าผู้ชายได้รับโซเดียมมากกว่าผู้หญิง โดยผู้ชายอยู่ในช่วง 100-250 มิลลิโมล (2,400-6,000 มิลลิกรัม) ต่อวัน ในขณะที่ผู้หญิงอยู่ในช่วง 100-200 มิลลิโมล (2,400-4,800 มิลลิกรัม) ต่อวัน กลุ่มประชากรที่ได้รับโซเดียมต่ำสุด คือ กลุ่ม Yanomamo ในประเทศบราซิล โดยในผู้ชาย พบ 0.8 มิลลิโมล (19.2 มิลลิกรัม) ต่อวัน และ 1.0 มิลลิโมล (24 มิลลิกรัม) ต่อวันในผู้หญิง และสูงสุดที่ Tianjin ประเทศจีนโดยในผู้ชาย พบ 259 มิลลิโมล (6,216 มิลลิกรัม) ต่อวัน และ 233 มิลลิโมล (5,592 มิลลิกรัม) ต่อวันในผู้หญิง

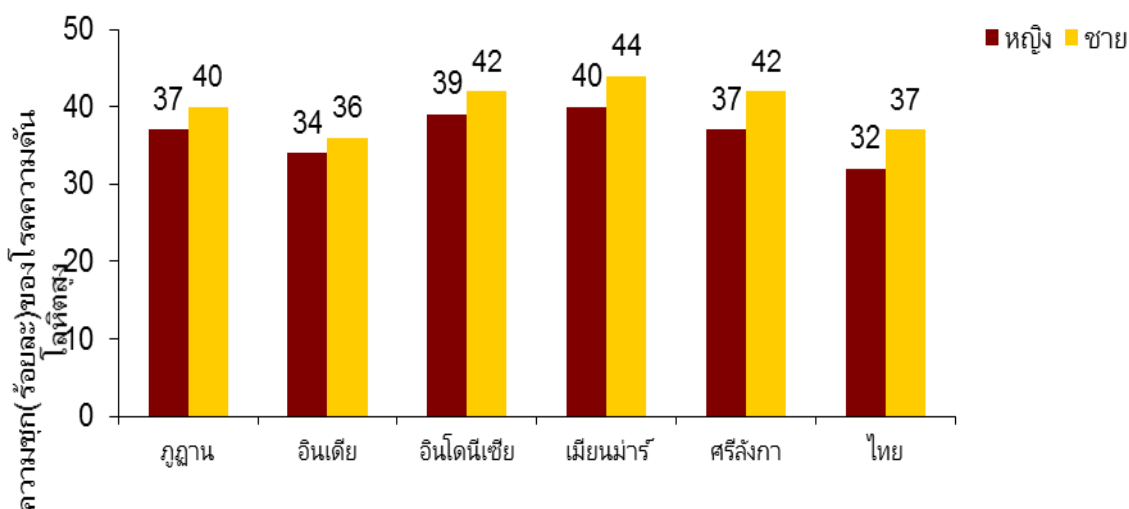
แหล่งของเกลือและโซเดียมที่สำคัญในการบริโภคของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันตามลักษณะภูมิประเทศ และวัฒนธรรม เช่น กลุ่มของประเทศพัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่ได้รับเกลือจากอาหารที่ผ่านกระบวนการสูงถึงร้อยละ 75 ซึ่งอาหารกลุ่มนี้มีโซเดียมอยู่ในปริมาณสูง แม้จะไม่มีรสเค็มก็ตาม และจากการวิเคราะห์ผลประโยชน์ พบว่า ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบในปริมาณที่สูงแล้วเป็นที่ยอมรับของผู้บริโภคนั้น ประโยชน์ทางการค้าไม่ได้ตกอยู่เฉพาะผลิตภัณฑ์ หรือผู้ประกอบการจำหน่ายเกลือเท่านั้น แต่ขยายผลประโยชน์ไปกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารอื่นด้วยโดยการประชุม Mobilizing for Dietary Salt Reduction Policies and Strategies in the Americas: Expert & Country Consultation แสดงให้เห็นถึงวงจรถ่วงกล่าวไว้ดังนี้ ถ้าผลิตภัณฑ์อาหารมีเกลือเป็นส่วนประกอบร้อยละ 40 โดยปริมาตรหากเป็นผลิตภัณฑ์กลุ่มเนื้อสัตว์ การมีเกลือปริมาณมาก ทำให้น้ำหนักมากขึ้น จากโปรตีนที่อุ้มน้ำ และการบริโภคผลิตภัณฑ์ดังกล่าวจะกระตุ้นให้กระหายน้ำ ส่งผลดีต่อกลุ่มผลิตภัณฑ์เครื่องดื่ม ไม่ว่าจะเป็นน้ำอัดลม น้ำแร่ และความเค็มต่อรสเค็ม ทำให้ผลิตภัณฑ์กลุ่มอื่นๆ ที่มีเกลือในปริมาณมากได้รับการยอมรับไปด้วย

ดังนั้นการดำเนินยุทธศาสตร์เพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในอังกฤษจึงได้กำหนดเป้าหมายให้สอดคล้องกับแหล่งในการได้รับโซเดียม โดยกำหนดเป้าหมายลดลงร้อยละ 40 ในกลุ่มอาหารที่ผ่านกระบวนการและการเติมบนโต๊ะอาหาร นอกจากนี้ยังมีการพัฒนารูปแบบการสื่อสารสาธารณะที่หลากหลายอีกด้วย ผลจากการดำเนินงาน 3 ปี สามารถลดการบริโภคเกลือจาก 9.5 เหลือ 8.6 กรัมต่อวัน หรือลดลงร้อยละ 10 เช่นเดียวกับออสเตรเลียที่ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญ คือ ยุทธศาสตร์ด้านอุตสาหกรรมอาหาร ด้านการสื่อสาร และด้านการสนับสนุนการดำเนินงานภาครัฐ เพื่อลดการได้รับเกลือเหลือ 6 กรัมต่อวันผ่านมาตรการการสื่อสารสาธารณะ การผลักดันฉลากโภชนาการ และการลดเกลือในสูตรอาหาร

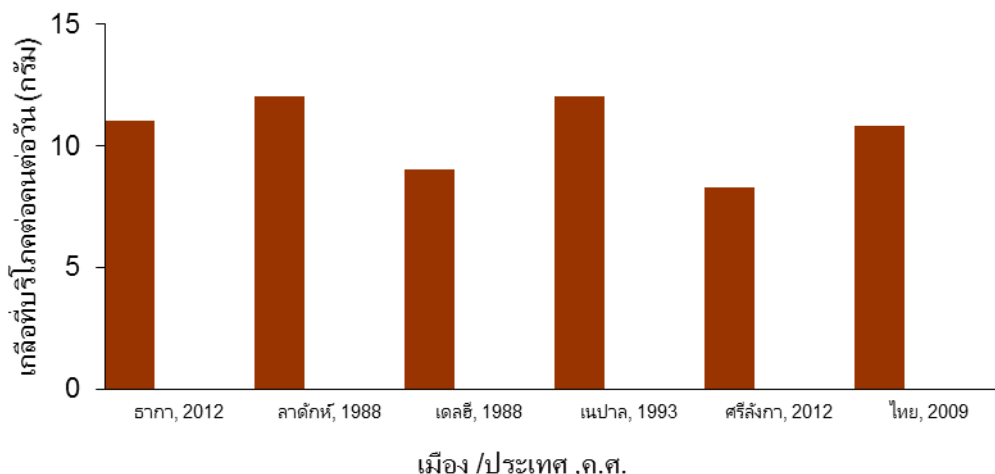
1.2.2 สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ประชากรในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกว่า 7.9 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2008 ในจำนวนนี้ 3.6 ล้านคนมีเหตุมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นการเสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี ถึงร้อยละ 34 ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลักจากภาวะความดันโลหิตสูง และการได้รับเกลือและโซเดียมในปริมาณที่สูงกว่าความต้องการเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิตอย่างชัดเจนโดยความชุกของความดันโลหิตสูงในประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ปีค.ศ.2008 พบว่า 1 ใน 3 ของประชากรวัยผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูงแสดงตามแผนภาพที่ 2 และแผนภาพที่ 3

แผนภาพที่ 2 ปริมาณเกลือที่บริโภคเฉลี่ยต่อคนต่อวันสูงกว่าปริมาณอ้างอิงที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ



แผนภาพที่ 3 ปริมาณเกลือที่บริโภคเฉลี่ยต่อคนต่อวันในบางประเทศของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้



1.2.3 สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย

การศึกษาวินิจฉัยหรือสำรวจปริมาณโซเดียมในระดับประชากรของประเทศไทยนั้น ไม่ได้มีการวางแผนหรือดำเนินการในเรื่องนี้อย่างจริงจังเหมือนในต่างประเทศ แต่เนื่องจากแนวโน้มของโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดการประเมินการได้รับเกลือที่ได้นั้นได้มีการดำเนินการและข้อมูลอยู่บ้างโดยกรมอนามัย ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีหน้าที่ในการดำเนินงานสำรวจภาวะโภชนาการของประเทศโดย การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยโดยกรมอนามัยนั้นพบว่าคนไทยส่วนมากร้อยละ 98 บริโภคเครื่องปรุงรสทุกวันโดยเครื่องปรุงรสที่นิยมมากที่สุดคือน้ำปลา รองลงมาคือกะปิและเกลือตามลำดับ ทั้งนี้การบริโภคเครื่องปรุงรสได้เพิ่มขึ้นจากวันละ 7.0 กรัมต่อคนต่อวัน ในปี พ.ศ. 2503 (ครั้งที่ 1) เป็น 20.5 กรัมต่อคนต่อวัน ในปี พ.ศ. 2538 (ครั้งที่ 4) สำหรับในปี พ.ศ. 2546 ครั้งที่ 5 นั้น ปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสที่สำรวจนั้นพบว่าการบริโภคเพียง 4.1 กรัมต่อคนต่อวัน

ซึ่งข้อมูลรายงานที่มีปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสที่ต่ำลงนี้น่าจะเป็นผลมาจากวิธีการสำรวจอาหารที่เปลี่ยนไป อย่างไรก็ตามปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสที่มีรายงานดังกล่าวนี้ไม่สามารถคำนวณหาปริมาณโซเดียมที่มีการบริโภคได้เนื่องจากไม่มีรายละเอียดมากพอของเครื่องปรุงรสที่กล่าวถึง โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งน้ำปลาและเกลือ ซึ่งเป็นแหล่งของโซเดียมหลักในอาหารที่คนไทยนิยมบริโภค ไม่ได้มีการคำนวณเป็นปริมาณโซเดียมแต่อย่างใด

ในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการริเริ่มในการสำรวจการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย ดำเนินการโดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทยที่สำรวจในปี พ.ศ. 2550 ประชากรไทยได้รับโซเดียมคลอไรด์โดยเฉลี่ย 10.9 ± 2.6 กรัม โดยมาจากเครื่องปรุงรสต่างๆ 8.0 ± 2.6 กรัม คิดเป็นร้อยละ 80.3 ของโซเดียมคลอไรด์ทั้งหมดที่ได้รับ และเมื่อคำนวณเทียบกลับเป็นปริมาณของโซเดียม (ร้อยละ 40 ของปริมาณโซเดียมคลอไรด์) พบว่า ประชากรไทยได้รับโซเดียมจากอาหารที่บริโภคสูงถึง 4,351.7 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน แต่มีข้อสังเกตว่า ปริมาณโซเดียมที่ได้นี้จะมีค่าต่ำกว่าปริมาณโซเดียมที่บริโภคจริง เนื่องจากเป็นปริมาณโซเดียมที่ได้จากเครื่องปรุงรสและแหล่งอาหารที่มีโซเดียมคลอไรด์สูงเท่านั้น ไม่ได้มีการรวมปริมาณโซเดียมที่มีอยู่ในอาหารอื่นๆ ที่มีการบริโภคหรือจากผงชูรส (โมโนโซเดียมกลูตาเมต) ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย

นอกจากการสำรวจของกรมอนามัยแล้ว ยังมีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ เรื่อง สถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในประเทศไทย ของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2550 เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริโภคและแบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม และความเชื่อที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการบริโภคโซเดียมกับภาวะสุขภาพและการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย อายุระหว่าง 15-59 ปีจากพื้นที่ในการศึกษาทั้งสิ้น 4 จังหวัด คือ เชียงใหม่ นครราชสีมา นครปฐม และสุราษฎร์ธานี จำนวน 2,227 ตัวอย่างด้วยเครื่องมือและวิธีการต่างๆ 2 ชนิดในการเก็บข้อมูล คือ

- การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม
- การเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เพื่อหาปริมาณโซเดียมที่ได้จากการขับทิ้งทางปัสสาวะ และ

เป็นการศึกษาวิจัยเดียวที่มีการเก็บข้อมูลจากปัสสาวะร่วมด้วย พบว่า

(1) กลุ่มตัวอย่างมีความถี่ของการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูงมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

(2) ในเรื่องความรู้ความเข้าใจนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ระบุว่ารู้จัก “โซเดียม” และสามารถระบุประเภทอาหารที่พบโซเดียมได้ คือ อาหารและเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็ม ผงปรุงรสและอาหารสำเร็จรูป แต่มีส่วนน้อยเท่านั้นที่ระบุได้ว่า มีตามธรรมชาติของอาหารด้วย

(3) ค่ามัธยฐานของปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงเท่ากับ 2,955.5 มิลลิกรัมต่อวัน โดยพบว่าร้อยละ 87.5 ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าสูงกว่า 2300 มิลลิกรัมต่อวัน

(4) กลุ่มตัวอย่างอายุ 36-45 ปีมีปริมาณการขับออกของโซเดียมคือ 149.0 มิลลิโมลต่อวัน สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างวัยอื่นๆ สะท้อนให้เห็นว่าเป็นกลุ่มอายุที่มีการบริโภคโซเดียมสูงกว่าช่วงอายุอื่น

(5) เพศชายมีปริมาณการขับออกของโซเดียมคือ 131.0 สูงกว่าเพศหญิงคือ 128.5 มิลลิโมล ต่อวันเล็กน้อย กลุ่มพ่อบ้านแม่บ้านมีปริมาณโซเดียมขับออกในปัสสาวะมากกว่ากลุ่มอื่น (155 มิลลิโมลต่อวัน)

(6) กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเทศบาลมีการขับโซเดียม 128.0 มิลลิโมลต่อวัน สูงกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลที่มีการขับโซเดียม 130.0 มิลลิโมลต่อวัน

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้รายงานการสำรวจการบริโภค

อาหารของประชาชนไทย'ออกมาเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2554 โดยได้สัมภาษณ์เกี่ยวกับความถี่ในการบริโภคอาหาร (frequency of food consumption) ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 2-14 ปี จำนวน 8,462 คนและ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 20,470 คน สัมภาษณ์เกี่ยวกับอาหารบริโภคทบทวนความจำย้อนหลัง 24 ชั่วโมงจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2,969 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบแบบแผนการบริโภคอาหารประเภทต่างๆ และประเมินปริมาณ ของการได้รับพลังงานและสารอาหารของกลุ่มตัวอย่างประชากรไทยในการสำรวจครั้งนี้ได้มีการประเมินปริมาณการบริโภคโซเดียมด้วย โดยใช้วิธีการชักประวัติการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง พบว่ามีการบริโภคโซเดียมสูงกว่าปริมาณที่แนะนำกล่าวคือ ได้รับมากกว่า 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน โดยค่ามัธยฐานของการบริโภคโซเดียมอยู่ที่ 3,264 มิลลิกรัมต่อวันโดยที่ผู้ใหญ่มัธยฐานการบริโภคอยู่ระหว่าง 2,961.9-3,633.8 มิลลิกรัมต่อวัน รายละเอียดปริมาณการบริโภค แยกตามอายุและเพศ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการบริโภคโซเดียม (มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน) จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

| อายุ (ปี) | เพศชาย | | | | เพศหญิง | | | |
|-----------|-----------|---------|-----------|---------------------|-----------|---------|-----------|---------------------|
| | จำนวน (n) | มัธยฐาน | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | จำนวน (n) | มัธยฐาน | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
| 1-3 | 69 | 1,804.6 | 2,154.4 | 1,604.1 | 55 | 1,468.9 | 2065.1 | 1,344.2 |
| 4-5 | 69 | 2,262.6 | 2,569.8 | 1,643.0 | 63 | 1,819.5 | 2131.1 | 1,401.2 |
| 6-8 | 101 | 2,682.5 | 3,017.7 | 1,873.7 | 91 | 2,523.5 | 2904.5 | 2,087.8 |
| 9-12 | 159 | 2,651.1 | 3,194.3 | 2,806.3 | 196 | 2,720.0 | 3242.5 | 2,252.1 |
| 13-15 | 86 | 2,776.5 | 3,147.7 | 2,070.4 | 84 | 2,746.3 | 2824.5 | 1,701.8 |
| 16-18 | 43 | 3,386.9 | 4,602.7 | 3,581.2 | 34 | 2,890.6 | 3536.9 | 2,098.2 |
| 19-30 | 72 | 3,633.8 | 3,926.0 | 2,127.7 | 55 | 3,337.6 | 4249.2 | 3,299.9 |
| 31-50 | 248 | 3,470.1 | 4,259.6 | 2,937.4 | 313 | 3,471.2 | 4119.7 | 4,556.3 |
| 51-59 | 132 | 2,961.9 | 3,947.0 | 3,121.7 | 115 | 3,251.9 | 3682.5 | 2,740.2 |
| 60-69 | 287 | 3,366.9 | 4,001.5 | 2,741.9 | 274 | 3,237.9 | 3814.5 | 2,687.0 |
| 70-79 | 160 | 2,831.8 | 3,606.1 | 2,483.1 | 170 | 2,963.0 | 3735.1 | 2,768.7 |
| >80 | 41 | 3,249.1 | 4,059.8 | 3,617.5 | 43 | 2,851.6 | 3625.5 | 2,828.5 |

และรายงานวิจัยการสำรวจสถานการณ์การแสดงข้อมูลโภชนาการและปริมาณโซเดียมบนฉลากอาหาร ในผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที ปี 2555-2558 โดยการสำรวจปริมาณโซเดียมที่แสดงบนฉลากโภชนาการของผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิท ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่า แหล่งของเกลือและโซเดียมที่ประชาชนไทย ได้รับจากผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันทีมากที่สุด คือ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โดยอยู่ในช่วง 1,000-1,200 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค และน้อยที่สุด คือ ซ็อกโกแลต โดยอยู่ในช่วง 0-300 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงปริมาณโซเดียมที่แสดงบนฉลากโภชนาการของผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิท (มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค) จำแนกตามกลุ่มผลิตภัณฑ์

| ผลิตภัณฑ์ | ปริมาณโซเดียม |
|---|---------------|
| บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป | 1,000 - 2,000 |
| อาหารแช่เย็นแช่แข็ง | 400 - 1,500 |
| โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป | 400 - 1,200 |
| ผลิตภัณฑ์กลุ่มปลาเส้น | 300 - 900 |
| เครื่องปรุงรส เช่น ซอส ซีอิ๊ว น้ำปลา ผลปรุงรส | 201 - 300 |
| ขนมอบ เช่น ขนมปังกรอบ เวเฟอร์คุกกี้ เค้ก | 20 - 300 |
| สาหร่าย | 30 - 400 |
| ขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งอบกรอบ ข้าวโพดคั่วทอด ข้าวเกรียบ | 100 - 600 |
| เครื่องดื่ม เช่น น้ำผัก น้ำผลไม้ ซากาแฟ | 0 - 300 |
| นมและผลิตภัณฑ์นม | 0 - 200 |
| ซีอิ๊วโกแลต | 0 - 100 |

แหล่งข้อมูล : รายงานวิจัยการสำรวจสถานการณ์การแสดงข้อมูลโภชนาการและปริมาณโซเดียมบนฉลากอาหาร ในผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที ปี 2555-2558

2. มาตรการและความสำคัญของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือ (โซเดียม) แบบมีส่วนร่วม

2.1 แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมโดยองค์การอนามัยโลก

ข้อมูลปัจจุบัน พบว่าการใช้นโยบายสาธารณะเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรนั้นมีประสิทธิภาพและคุ้มค่าต่อการลงทุน การศึกษาในหลายประเทศให้ผลสอดคล้องกันโดยแสดงให้เห็นถึงผลของการลดบริโภคเกลือต่อสุขภาพ รวมทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2549 องค์การอนามัยโลกเชิญผู้เชี่ยวชาญประชุมที่กรุงปารีสประเทศฝรั่งเศส กำหนดทิศทางในการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายของการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ซึ่งมีการให้ความสำคัญกับ 3 ยุทธศาสตร์หลักที่น่าจะเป็นกุญแจนำไปสู่ความสำเร็จในการลดปริมาณการบริโภคโซเดียมในประชากรคือ

- (1) การปรับเปลี่ยนและพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีปริมาณเกลือโซเดียมลดลง
- (2) การให้ความรู้และทำให้ผู้บริโภคตระหนักรู้
- (3) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลือกอาหารที่มีผลดีต่อสุขภาพ

กลไกและกระบวนการจัดการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย จากการวิเคราะห์พบว่าในปัจจุบันนี้ยังมีข้อจำกัดและความท้าทายในแทบทุกด้าน ตั้งแต่ขาดกลไกการยกระดับการแก้ปัญหาการลดบริโภคเกลือและโซเดียม ไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ชัดเจน ขาดความเป็นเจ้าของและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการจัดการปัญหา รวมถึงกลไกการประสานงานและการบูรณาการผู้เกี่ยวข้องการดำเนินงานที่มีอยู่ ในปัจจุบันเป็นการดำเนินงานตามภารกิจและหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบซึ่งขาดความเชื่อมโยงในการทำงานร่วมกัน บางส่วนที่ทับซ้อนกัน อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านระบบข้อมูลงบประมาณ

ทรัพยากรบุคคลและองค์ความรู้ การทำการวิจัยและการนำความรู้ไปใช้ไม่นำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายไปปฏิบัติการ รวมถึง การติดตามประเมินผลการวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ได้มีการจัดตั้ง เครือข่ายลดบริโภคเค็ม โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีบทบาทในการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่สำคัญ จากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมวิชาชีพต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานจากภาคส่วนต่างๆ การพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรม การวิจัย และการรณรงค์สื่อสารเตือนภัยผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งพัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน

ผลงานในระยะที่ผ่านมา มีงานวิจัยและองค์ความรู้ที่สามารถนำไปสนับสนุนการดำเนินงานได้ เช่น การปรับสูตรอาหารให้มีความเค็มลดลง โดยใช้สารทดแทนความเค็ม พัฒนาดันแบบผลิตภัณฑ์อาหารลดโซเดียมโดยใช้การเทคนิคด้านกลั่นรสจากสมุนไพรไทย พัฒนารฐานข้อมูลโภชนาการทั้งส่วนประกอบวัตถุดิบ เครื่องปรุง และอาหารท้องถิ่น การพัฒนาฐานข้อมูลฉลากโภชนาการ หลักสูตรการให้ความรู้เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการพัฒนานวัตกรรมและเครื่องมือที่สำคัญ คือ แถบจุ่มปัสสาวะวัดปริมาณเกลือ และเครื่องวัดปริมาณโซเดียมในอาหารแต่พบว่ายังไม่เพียงพอ ประชาชนทุกช่วงวัยยังไม่มีความรู้และความเข้าใจที่ดีพอในการนำไปใช้ปฏิบัติ การได้รับความร่วมมือจากสื่อสารมวลชน สถานศึกษาทุกระดับและประชาชนในท้องถิ่นในการกระจายความรู้และรณรงค์สร้างค่านิยมลดการบริโภคเกลือในท้องถิ่นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีความสำคัญ ผู้ผลิตอาหารทั้งธุรกิจอุตสาหกรรมอาหารและร้านค้าในชุมชนยังไม่มี การปรับเปลี่ยนสูตรอาหารให้ลดปริมาณเกลือทำให้ผู้บริโภคไม่มีทางเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการควบคุมปริมาณเกลือในอาหารสำเร็จรูปและอาหารที่ปรุงขึ้นตามร้านค้าภัตตาคารเพื่อให้มีอาหารที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ รวมทั้งควรพัฒนาฉลากและสัญลักษณ์โภชนาการหน้าผลิตภัณฑ์ให้มีความชัดเจนและง่ายต่อการเข้าใจของผู้บริโภค นอกจากนี้ควรส่งเสริมและสนับสนุนภาควิชาการในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือเพื่อการติดตามประเมินการบริโภคเกลือ รวมทั้งวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการใช้สารทดแทนเกลือ ภาครัฐร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง ต้องดำเนินการเฝ้าระวัง กำกับและประเมินผลภาระโรค พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชาชนเลิศ

2.2 กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

แผนยุทธศาสตร์ หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางปฏิบัติตามพันธกิจและภารกิจ (Mission) ให้สัมฤทธิ์ผลตามวิสัยทัศน์ (Vision) และเป้าประสงค์ขององค์การ (Corporate Goal) แผนยุทธศาสตร์ที่ได้นั้น จะต้องถูกกำหนดขึ้นตามวิสัยทัศน์ขององค์การ อันเป็นผลผลิตทางความคิดร่วมกันของสมาชิกในองค์การที่ได้ทำงานร่วมกัน หรือจะทำงานร่วมกัน โดยวิสัยทัศน์นี้เป็นความเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นจุดหมายปลายทางที่องค์การประสงค์จะไปให้ถึง และวิสัยทัศน์นี้มีการแปลงออกมาเป็นวัตถุประสงค์ (Objective) ที่เป็นรูปธรรม และสามารถวัดได้ ทั้งนี้้องค์การสามารถใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการประเมินผลงานประจำปีงบประมาณ ยิ่งไปกว่านั้น้องค์การยังสามารถใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีได้อีกด้วย

2.3 แนวคิด ความสำคัญ และกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

แผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานภาครัฐก็คือ กระบวนการตัดสินใจอย่างเป็นระบบในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด รวมถึงการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติ เพื่อบรรลุเป้าประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ อันเป็นผลประโยชน์ของส่วนรวม หรือประโยชน์สาธารณะ (Public Interest) ทั้งยังเป็นการสนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนอีกด้วย

2.4 ความสำคัญของแผนยุทธศาสตร์

1. แผนยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติที่ช่วยให้องค์กรสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้เพราะการกำหนดแผนยุทธศาสตร์นั้นให้ความสำคัญกับการศึกษาวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ทั้งสภาพแวดล้อมภายในและสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร

2. แผนยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติที่ช่วยให้หน่วยงานในภาครัฐกิจตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนที่มีส่วนเอื้ออำนวยความสำเร็จและความล้มเหลวล้มเหลวต่อเป้าประสงค์ขององค์กร

3. แผนยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติที่ช่วยส่งเสริมการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management, NPM) ที่ให้ความสำคัญการปรับปรุงการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐวิสาหกิจทั้งระบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยในประเทศไทยเรียกว่า การปฏิรูประบบราชการ อีกทั้งหน่วยงานภาครัฐกิจยังต้องดำเนินงานตามแนวทางการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดีหรือธรรมาภิบาล (Good Governance) ซึ่งเป็นกระแสหลักในการบริหารรัฐกิจปัจจุบัน

4. แผนยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติที่มีส่วนช่วยยกระดับระบบการจัดทำงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน (Performance-based Budgeting)

5. แผนยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติที่มีส่วนช่วยในการสร้างนวัตกรรมการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นการพินิจพิเคราะห์ วางแผน และนำเสนอทางเลือกในการบริหารจัดการแบบใหม่ๆ ที่หลุดพ้นจากกรอบพันธนาการทางความคิด อันเกี่ยวข้องกับระเบียบปฏิบัติราชการที่ล้าสมัยและไม่เป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชน

6. แผนยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติที่มีส่วนช่วยสนับสนุนหลักการประชาธิปไตย ในแง่ของการมีส่วนร่วม (Participation) และการกระจายอำนาจ (Decentralization)

2.5 กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ มีขั้นตอนดังนี้

1. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางยุทธศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย

- การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน (Internal Environment)
- การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก (External Environment)

2. การจัดวางทิศทางขององค์กร ซึ่งประกอบด้วย

- การกำหนดวิสัยทัศน์ (Vision)
- การกำหนดภารกิจ (Mission)
- การกำหนดเป้าประสงค์ขององค์กร (Corporate Goal)
- การกำหนดวัตถุประสงค์ (Objectives)
- การกำหนดดัชนีชี้วัดผลงานระดับองค์กร (Organization's Key Performance Indicators, KPIs) และการกำหนดยุทธศาสตร์ (Strategy)

3. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เป็นการดำเนินการเพื่อทำให้ยุทธศาสตร์ที่ได้ถูกกำหนดขึ้น มีความเป็นรูปธรรม ปฏิบัติได้จริง อันจะนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ ภารกิจ และเป้าประสงค์ขององค์กร โดยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์นั้น ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคามขององค์กร หรือที่มักนิยมเรียกกันว่า การทำ SWOT Analysis อันประกอบไปด้วยการวิเคราะห์จุดแข็ง (Strengths)

การวิเคราะห์จุดอ่อน (Weakness) การวิเคราะห์โอกาส (Opportunities) และการวิเคราะห์ภัยคุกคาม (Threats) ขององค์การ

2. การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์
3. การกำหนดวัตถุประสงค์ (Objective) ในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งหน่วยงานรับผิดชอบและหน่วยงานสนับสนุน
4. การกำหนดดัชนีชี้วัดผลงานระดับองค์การและระดับหน่วยงาน (Strategic Plan's KPIs)
5. กำหนดยุทธวิธี (Tactics) หรือแผนงานในการปฏิบัติ และ
6. การกำหนดเป้าหมาย (Targets) ของแต่ละกิจกรรม (Activities) พร้อมกับดัชนีชี้วัดผลงานระดับแผนปฏิบัติการ (Action Plan's KPIs)

2.6.การมีส่วนร่วม (participation)

หลักของการมีส่วนร่วมในความหมายของการบริหารจัดการจะมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับ “การตัดสินใจ” นั่นคือ การมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีคุณค่าและอย่างชอบธรรม และต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (meaningful participations) ไม่วางระบบไว้ให้ดูเหมือนว่าได้จัดกระบวนการให้มีส่วนร่วมแล้วเท่านั้น ถ้าการตัดสินใจที่เกิดจากการมีส่วนร่วมมีความสมเหตุสมผลและชอบธรรมก็ต้องนำไปปฏิบัติ

Chapin (1997, p. 317) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมในงานออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือการเริ่มตัดสินใจดำเนินการ การมีอิทธิพลในการตัดสินใจดำเนินการหรือออกเสียงคัดค้าน และตัดสินใจปฏิบัติการในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับงานที่ปฏิบัติ ไม่ว่าจะเรื่องของการจัดระบบการทำงาน วิธีการทำงาน ใครเป็นผู้กระทำและทำอย่างไร
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ คือ การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร การประสานความร่วมมือ การทำกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนการปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ ผลประโยชน์ทางสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล คือ การมีส่วนร่วมในงานในการให้ข้อมูล การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การเสนอผลการปฏิบัติงาน ตลอดจนการเสนอแนวคิดในการปรับปรุงและแก้ไขงานต่างๆ ให้ดียิ่งขึ้น

การมีส่วนร่วมก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย เพราะมีผลในทางจิตวิทยาเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็น ถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาเครือข่าย และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่าย ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุด สรุปได้ดังนี้

1. ทำให้การบริหารหรือการพิจารณาแนวทางในการแก้ปัญหา มีความหลากหลายเป็นไปอย่างถี่ถ้วนรอบคอบ เพราะเป็นการระดมแนวคิด จากบุคคลที่มีความหลากหลาย ทั้งความรู้ และประสบการณ์
2. ทำให้มีการถ่วงดุลอำนาจซึ่งกันและกัน โดยมีให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีอำนาจมากเกินไป ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้อำนาจในทางที่ไม่ถูกต้องอันเกิดผลเสียหายแก่เครือข่ายได้
3. เป็นการขจัดปัญหา มิให้การดำเนินนโยบายใดๆ มีผลต่อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมากเกินไป ซึ่งจะก่อให้เกิดความยุติธรรมในการดำเนินการต่อทุกฝ่ายได้

4. ก่อให้เกิดการประสานงานที่ดี ทำให้การบริหารเครือข่ายเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ขอความร่วมมือง่าย

5. การรวมตัวกันของบุคคลเป็นเครือข่ายจะก่อให้เกิดพลังที่เข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และตรงเป้าหมาย โดยทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

3. การวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินการเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์ลดบริโภคน้ำเค็ม ด้วยแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping)

แผนที่ผลลัพธ์ หรือ Outcome mapping ถูกพัฒนาขึ้นโดยสถาบันวิจัยและพัฒนา (IDRC) ซึ่งเหมาะกับแผนงานที่เน้น “การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความสัมพันธ์ กิจกรรม หรือการกระทำของคน กลุ่มคนหรือองค์กร” เป็นแผนงานที่เน้น สิ่งสำคัญเหล่านี้

1. การพัฒนาต้องดำเนินการโดยคนในพื้นที่ คนนอกเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือ ดังนั้น การพัฒนาจะยั่งยืนได้ต้อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในพื้นที่

2. เทคนิคเพื่อเปลี่ยนแรงบันดาลใจให้ออกมาเป็นจริง

3. เทคนิคการสร้างสิ่งที่ปรารถนาด้วยการพัฒนา “เหตุปัจจัย”

4. ศิลปะในการบริหารโครงการ (The Art of Project Management)

โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานสำคัญ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การกำหนดกรอบการพัฒนา (Intentional Design) เป็นการสร้างเป้าหมายร่วมกันในภาพรวม ซึ่งจะนำมาสู่แผนและยุทธศาสตร์ที่จะใช้ในการทำงานของแผนงาน เป็นการตอบคำถาม “วิสัยทัศน์” (Why) “ผู้เกี่ยวข้องในแผนงาน” (Who) “การเปลี่ยนแปลงอะไรที่ต้องการ” (What) และ “แผนงานจะทำให้เกิดกระบวนการการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างไร” (How) ขั้นตอนที่ 1 มี 7 ขั้นตอนย่อย คือ

ขั้นย่อยที่ 1 สร้างวิสัยทัศน์ของแผนงาน (Vision)

ขั้นย่อยที่ 2 กำหนดพันธกิจ (Mission)

ขั้นย่อยที่ 3 ระบุภาคีหุ้นส่วนที่เกี่ยวข้องในแผนงาน (Boundary partners)

ขั้นย่อยที่ 4 กำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ (Outcome challenges)

ขั้นย่อยที่ 5 สร้างเกณฑ์วัดความก้าวหน้า (Progress markers)

ขั้นย่อยที่ 6 กำหนดแผนยุทธศาสตร์ (Strategy maps)

ขั้นย่อยที่ 7 การดำเนินการระดับองค์กร (Organizational practices)

ขั้นตอนที่ 2 : การติดตามผลลัพธ์และการดำเนินงานของแผนงานและผู้เกี่ยวข้อง เน้นการประเมินตนเองเป็นหลัก ขั้นตอนนี้มี 4 ขั้นตอนย่อย คือ

ขั้นย่อยที่ 8 จัดลำดับการติดตามการทำงานของแผนงาน (Monitoring priorities)

ขั้นย่อยที่ 9 สร้างแบบบันทึกการติดตามผลลัพธ์ (Outcome Journal)

ขั้นย่อยที่ 10 สร้างแบบบันทึกยุทธศาสตร์ที่ใช้ในแผนงาน (Strategy Journal)

ขั้นย่อยที่ 11 สร้างแบบบันทึกการดำเนินงานของแผนงาน (Performance Journal)

ขั้นตอนที่ 3 : การจัดทำแผนการประเมินผล จัดลำดับความสำคัญในการประเมินผล และการสร้างแผนการประเมินผล ระยะนี้มี 1 ขั้นตอนย่อย คือขั้นย่อยที่ 12 แผนการประเมินผล (Evaluation plan)

แผนที่ผลลัพธ์ถูกพัฒนาขึ้นมาบนหลักคิดที่ว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแผนงานพัฒนาเป็นผู้ “ควบคุม” การเปลี่ยนแปลงที่พึงเกิดจากการพัฒนา ส่วนคนนอกเป็นเพียงคนที่อำนวยความสะดวกให้เกิดกระบวนการการเปลี่ยนแปลง โดยการช่วยให้เข้าถึงความรู้ โอกาส และทรัพยากรใหม่ๆ ในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น การให้

ความสำคัญที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้องในแผนงานพัฒนา ไม่ได้หมายความว่าแผนงานเป็นผู้ตัดสินใจว่าคนเหล่านั้นจะเปลี่ยนแปลงอย่างไร และเปลี่ยนแปลงไปทำไม แต่ต้องเป็นความต้องการของคนเหล่านั้นเอง ที่จะเปลี่ยนแปลงเพื่อทำให้เกิดการพัฒนาในพื้นที่ของเขาเอง นั่นคือ การพัฒนาที่ประสบความสำเร็จนั้น ต้องทำและรับผิดชอบโดยคนในพื้นที่เองเท่านั้นและการปฏิบัติงานของแผนงาน แผนทีผลลัพธ์ จึงเน้นที่ผลลัพธ์ (outcome) มากกว่าที่ผลกระทบระยะยาว (impact)

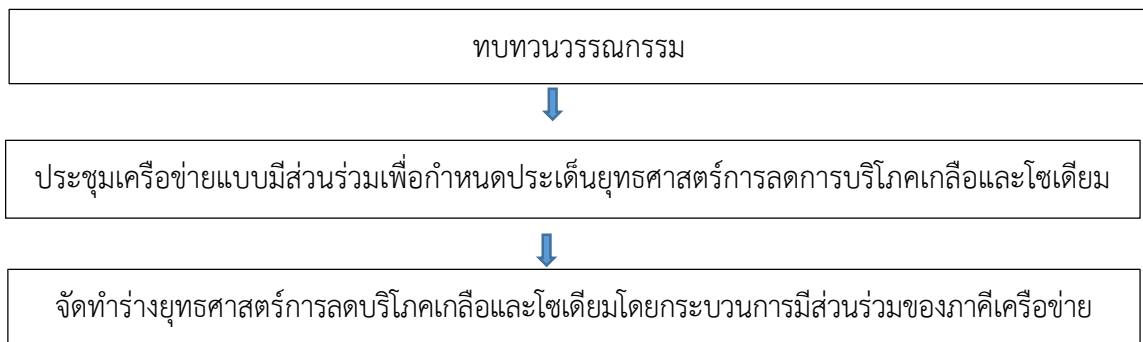
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา

วัตถุประสงค์การศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับภาคีเครือข่ายสำคัญ เพื่อจัดทำร่างยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ในประเทศไทยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย วัตถุประสงค์สำคัญของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อ

1. ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาความเป็นไปได้ วิเคราะห์ความสามารถ ความพร้อมในการดำเนินงาน รวมถึงวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. ศึกษาการกำหนดกรอบและเป้าหมายของการจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย
3. ศึกษา คำนวณมาตรการและประเด็นสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อมุ่งผลให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยสอดคล้องตามบทบาทภารกิจขององค์กร

การออกแบบและวิธีการ



การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้เป็นการค้นหาแนวปฏิบัติที่ให้ผลดีที่สุดต่อการดำเนินการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทยจากความร่วมมือของภาคีเครือข่าย โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจึงกำหนดขั้นตอนในการศึกษา เป็นระยะ โดยผลลัพธ์ในแต่ละระยะของการศึกษาเป็นข้อมูลนำเข้าไปในระลอกถัดไป

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ในประเทศไทย เป็นการวิเคราะห์ถึงดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมเกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิจัยในประเด็น ดังนี้

1. ความสำคัญการลดการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ต่อสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ
2. มาตรการสำคัญของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือ(โซเดียม) แบบมีส่วนร่วม
3. การวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินการเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์ลดบริโภคโซเดียม ด้วยแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิต การจำหน่าย การสื่อสาร การพัฒนาความรู้แก่ประชาชน การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค การออกกฎหมาย-ข้อบังคับ และอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ทั้งทางตรงและทางอ้อม จำนวน 54 หน่วยงาน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. พันธมิตรเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic partner) หน่วยงาน องค์กร ที่ต้องการให้เข้าร่วมดำเนินการ ได้แก่

1. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
2. เครือข่ายลดบริโภคเค็ม สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
3. แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD network)
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
5. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
7. กลุ่มบริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย
8. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
9. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
10. สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
11. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
12. กรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์
13. กระทรวงศึกษาธิการ หน่วยงานที่กำกับสถานศึกษาทุกระดับ
14. กรมประชาสัมพันธ์ สำนักนายกรัฐมนตรี
15. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
16. กองทุนบริหารจัดการโรคเรื้อรัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
17. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (เคหะกิจเกษตร)
18. กระทรวงวัฒนธรรม
19. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
20. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย
21. กรุงเทพมหานคร (สำนักอนามัยสำนักการศึกษาสำนักพัฒนาชุมชน)
22. องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WHO Thailand Representative)
23. สถาบันอุดมศึกษา
24. สมาคมวิชาชีพ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, สภากายาบาล, กลุ่มสหวิชาชีพ ฯลฯ)
25. ผู้แทนสมาคมผู้ประกอบการอาหาร (ระดับผู้ผลิต, ภัตตาคาร, ร้านอาหาร และโรงแรม)
26. กลุ่มความร่วมมือผู้ประกอบการ (สภาอุตสาหกรรม สมาคมพ่อครัวไทย สมาคมภัตตาคาร

สมาคมผู้ค้าปลีก)

27. สมาคมสื่อสารมวลชนแห่งประเทศไทย
28. สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย
29. สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย
30. สมาคมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางอาหารแห่งประเทศไทย
31. มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

2. ภาควิชาส่วน (Direct partner) หมายถึง หน่วยงาน องค์กร ที่ต้องให้การสนับสนุนการดำเนินงานของ ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประเทศไทย ได้แก่

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด
3. เขตบริการสุขภาพที่ 1-12
4. ศูนย์อนามัยที่ 1-12
5. ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 1-12
6. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. สถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
8. หน่วยงานภาคีเครือข่ายของ NCD network
9. เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข และ อาสาสมัครสุขภาพกรุงเทพมหานคร
10. ศูนย์อนามัยกรุงเทพมหานคร
11. โรงเรียน หลักสูตรอบรมระยะสั้น/สถานศึกษาทุกสังกัด/
12. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
13. โรงพยาบาลทุกระดับ
14. กองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
15. สมาคมพยาบาล Case manager (ระดับโรงพยาบาลทั่วไป)
16. เครือข่ายนักกำหนดอาหาร
17. สมาคมผู้ประกอบการร้านอาหาร
18. กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค
19. สมาคมผู้ประกอบการร้านอาหาร
20. กลุ่มผู้ผลิตภาคอุตสาหกรรม
21. กลุ่มบุคลากรวิชาชีพ สมาคมวิชาชีพ
22. กลุ่มสื่อมวลชน
23. กลุ่มผู้ค้าปลีก ร้านสะดวกซื้อ

วิธีการศึกษา

ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

กลวิธี/การดำเนินงาน

แบ่งการศึกษาเป็นระยะ ได้แก่

1. ระยะการทบทวนและเตรียมการโดยผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis)
2. ระยะการพัฒนากรอบและรูปแบบของยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม โดยการระดมสมองผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop)

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อกำหนดกรอบและเป้าหมายของการจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย และค้นหามาตรการและประเด็นสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อมุ่งผลให้บรรลุวิสัยทัศน์ และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยสอดคล้องตามบทบาทภารกิจขององค์กรโดยระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ แบ่งการศึกษาเป็นระยะ ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) เพื่อศึกษาความเป็นไปในการจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม, จากประชุมเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ผู้วิจัยใช้แผนที่ผลลัพธ์ หรือ Outcome mapping เป็นเครื่องมือในการสร้างยุทธศาสตร์ร่วมกับภาคีเครือข่าย จำนวน 54 หน่วยงาน และการจัดทำร่างยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผลลัพธ์จากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) เพื่อศึกษาความเป็นไปในประเด็นสำคัญคือทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อประเมินความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

การดำเนินงานเพื่อการลดการบริโภคเกลือในประเทศไทย พบว่า ปี 2530 องค์การอนามัยโลก มีการตอบสนองต่อเรื่องการบริโภคเกลือสูงเกินโดยมีคำแนะนำให้ “หลีกเลี่ยงอาหารรสชาติเค็ม” ซึ่งต่อมาในปี 2535 ประเทศไทยได้รับข้อเสนอแนะดังกล่าว มาจัดทำข้อปฏิบัติในการบริโภคอาหาร ผ่านการจัดทำแผนการดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการครั้งที่ 4 ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 7 (2535-2539) และในปี 2539 ได้มีการปรับข้อปฏิบัติจากเดิมเป็นข้อปฏิบัติในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี (Food-base dietary guideline) และในปีต่อมาก็เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านโภชนาการและงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีสาระสำคัญ คือการกำหนดให้การบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การได้รับเกลือโซเดียมในปริมาณสูง การได้รับผัก ผลไม้ น้อย เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการบริโภคเกลือที่เหมาะสมนั้นกำหนดไว้ไม่เกิน 6 กรัมต่อคนต่อวัน มีการจัดทำธงโภชนาการ ใช้เป็นเครื่องในการสื่อสารเตือนภัย รวมถึงเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจ เรื่องปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับต่อวันเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ในปี 2538-2539 แม้ว่าในระบายนั้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) จะยังไม่มีชัดเจน แต่ก็ได้รับเริ่มในการให้ความสำคัญถึงความสัมพันธ์ของปริมาณเกลือต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้การได้รับเกลือโซเดียมมากเกินไปจากการบริโภคอาหารนั้นเป็นจุดสำคัญในการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีการรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักรู้โรคความดันโลหิตสูง “Hypertension awareness campaign” ที่มีการกำหนดประเด็นในการสื่อสารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียม อันเป็นสาเหตุของเกิดโรคความดันโลหิตสูง ด้วยพฤติกรรม “ชิมก่อนเติม” มีวัตถุประสงค์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการได้รับโซเดียมจากการปรุงเพิ่มในการบริโภคอาหารลงในระดับประชากร

ปี 2548 โรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีความจำเป็นต้องดำเนินงานเร่งด่วนและแก้ไขเดี๋ยวมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคดังกล่าว จึงมีการเริ่มการดำเนินงานเพื่อการลดบริโภคเกลือในระดับประเทศอย่างเป็นทางการ โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้สรุปสาระสำคัญ คือ

- หลักฐานทางระบาดวิทยา พบว่า การได้รับเกลือในปริมาณสูง มีความสัมพันธ์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิต

- การถอดบทเรียนของความสำเร็จในการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะใช้ประกอบการจัดทำยุทธศาสตร์

- กระบวนการสร้างความตระหนัก เน้นที่ เรื่องผลกระทบและอันตรายของการบริโภคเกลือ

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อประเมินความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงาน

ปี 2547 มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย ได้สร้างเครือข่ายความร่วมมือ ในการดำเนินงานโครงการอาหารไทยหัวใจดี ภายใต้แนวคิด อาหารรักษหัวใจ และได้กำหนดให้มีตราสัญลักษณ์ “อาหารรักษหัวใจ” ที่ส่งผลดีต่อหัวใจ การลดปริมาณเกลือจะเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ก็เป็นโอกาสอันดีที่ได้สร้างความร่วมมือกับอุตสาหกรรมผู้ผลิตในการลดปริมาณเกลือ

ปี 2551 มีการจัดตั้งเครือข่ายที่สำคัญอีกหนึ่งเครือข่าย คือ เครือข่ายคนไทยไร้พุง ภายใต้นโยบายสุขภาพวิถีชีวิตไทย โดยมีวัตถุประสงค์ในการลดภาวะอ้วนและส่งเสริมการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิต และมีการผลักดันเรื่องของอาหารให้เป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติอีกด้วยเนื่องจากด้านอาหารของประเทศไทย ที่มีความอุดมสมบูรณ์ และมีศักยภาพการผลิตสู่การเป็นครัวของโลก จึงนำไปสู่การกำหนดพระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. 2551 โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2551 ให้มีคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ เพื่อดูแลเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอาหารตลอดห่วงโซ่ของอาหาร

ปี 2554 มีการพัฒนาการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ ขึ้นอีกครั้ง หลังจากเครือข่ายเดิมขาดความต่อเนื่องไป โดยมีผู้ประสานงานหลักในการจัดตั้งเครือข่าย คือ แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ ซึ่งได้จัดตั้งขึ้นเมื่อปี 2553 โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก และเพื่อให้การดำเนินงานสนับสนุนการลดบริโภคโซเดียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ จึงได้ร่วมกับ สมาคมโรคไต ในการจัดตั้ง “เครือข่ายลดบริโภคเค็ม” โดยมีประเด็นสารในการสื่อสาร คือ ลดเค็มครึ่งหนึ่ง คนไทยห่างไกลโรค ซึ่งเป็นประเด็นหลักที่ทุกหน่วยงานในภาคีเครือข่ายจะใช้ในการขับเคลื่อน สื่อสารเตือนภัยไปในทิศทางเดียวกัน

จากการศึกษา ค้นหาแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อในวิถีชีวิตที่ดีด้วยการลดการบริโภคเกลือ สรุปได้ว่า

- 1) แนวทางการดำเนินงานในปัจจุบันและอนาคตของการจัดการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อในวิถีชีวิต โดยการดำเนินงานร่วมขับเคลื่อนการบริโภคเกลือ มีความจำเป็นต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เร่งด่วน เนื่องจากหากพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น และด้วยสาเหตุของการเกิดโรคนั้น มาจากการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน/น้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และความเครียด ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ ล้วนแล้วแต่เป็นผลจากพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นพื้นฐานของเหตุในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- 2) การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม (Unhealthy diet) เป็นหนึ่งของสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรค และโซเดียมจัดเป็นแร่ธาตุชนิดหนึ่งที่ร่างกายควรมีในปริมาณที่เหมาะสม แต่ในปัจจุบันการบริโภคโซเดียม

ของประชากรทั่วโลกนั้นมากกว่าปริมาณที่ร่างกายต้องการจำนวนมาก โดยประชากรประเทศไทยได้รับโซเดียมมากกว่าค่าที่กำหนดกว่า 2 เท่า ซึ่งการได้รับโซเดียมในปริมาณสูงนั้น ส่งผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญอีกทั้งองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน คือ ลดปริมาณโซเดียมให้ได้ ร้อยละ 30 ในปี 2025 (WHO, 2013) เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมายระดับโลก โดยมีการทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ มาตรการ และรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับการได้รับโซเดียม เพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการตัดสินใจในการออกแบบวางแผนการดำเนินงาน ตลอดจนเพื่อสนับสนุน ผลักดันการออกนโยบาย ซึ่งนำไปสู่การจัดทำ “ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคและโซเดียมในประเทศไทย”

ผลลัพธ์จากประชุมเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมโดยกระบวนการมีส่วนร่วม

โดยผลจากขั้นตอนแรกนำไปสู่การดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) ซึ่งเหมาะกับแผนงานที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความสัมพันธ์ กิจกรรม หรือการกระทำของคนกลุ่มคนหรือองค์กร ขั้นตอนการทำแผนที่ผลลัพธ์ ประกอบด้วย กำหนดกรอบพัฒนา การติดตามผลลัพธ์และการดำเนินงานตามแผนงาน การจัดทำแผนติดตามประเมินผล และมีหลายประเทศที่ใช้แนวทางดังกล่าว มากำหนดเป็นยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนการลดบริโภคโซเดียมระดับประเทศ เช่น ฟินแลนด์ สหราชอาณาจักร แคนาดา เป็นต้น ซึ่งแต่ละประเทศได้มีการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์และรายละเอียดตามบริบทของประเทศและแหล่งของการกระจายโซเดียมเป็นสำคัญ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานเพื่อการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม มีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมจำนวนมาก มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีทิศทางในการดำเนินงานให้ชัดเจน เพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการดำเนินงานให้บรรลุวิสัยทัศน์ ถูกต้องตามภารกิจ และสัมฤทธิ์ผลตามเป้าประสงค์ รวมถึงกำหนดรูปแบบการขับเคลื่อนและทิศทางการดำเนินงาน

ผู้วิจัยสร้างการมีส่วนร่วมในการระดมสมองเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย โดยใช้เครื่องมือแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) ในการสร้างการมีส่วนร่วมผ่านการระดมสมองจากภาคีเครือข่าย เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ ให้การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เป็น 1 ใน 9 เป้าหมายในการดำเนินการเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และองค์การอนามัยโลกได้มีการกำหนดแนวทาง เพื่อลดการบริโภคเกลือในประชากรไว้ 3 แนวทาง ของการประชุม WHO Forum and Technical meeting ระหว่างวันที่ 5-7 ตุลาคม 2006 ณ ปารีส ประเทศฝรั่งเศส ดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนสูตร ในผลิตภัณฑ์อาหาร (Product reformulation)
2. การสร้างความรู้ ความตระหนักให้กับผู้บริโภค (Consumer Awareness)
3. การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (Environmental Change)

และมีหลายประเทศที่ใช้แนวทางดังกล่าวมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนการลดบริโภคโซเดียมระดับประเทศ เช่น ฟินแลนด์ สหราชอาณาจักร แคนาดา เป็นต้น ซึ่งแต่ละประเทศได้มีการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์และรายละเอียดตามบริบทของประเทศและแหล่งของการกระจายโซเดียมเป็นสำคัญ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียม มีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมจำนวนมาก มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีทิศทางในการดำเนินงานให้ชัดเจน เพื่อกำหนดประเด็น

ยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการดำเนินงานให้บรรลุวิสัยทัศน์ ถูกต้องตามภารกิจ และสัมฤทธิ์ผลตามเป้าประสงค์ รวมถึงกำหนดรูปแบบการขับเคลื่อนและทิศทางการดำเนินงาน

การประชุมระดมสมองในครั้งนี้ ใช้วิธีแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) ซึ่งเหมาะกับแผนงานที่เน้น “การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความสัมพันธ์ กิจกรรม หรือการกระทำของคน กลุ่มคนหรือองค์กร” โดยมีการระดมสมองใน 8 ขั้นตอน (ตามการทบทวนวรรณกรรม) เพื่อนำสู่ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุมระดมสมองประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อลดโรคไม่ติดต่อ

ผลลัพธ์สำคัญ

การลดบริโภคเกลือและโซเดียมมีความเป็นอยู่อย่างเร่งด่วน เพื่อลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไต กำหนดเป้าหมาย คือ ประชาชนบริโภคโซเดียมลดลง 30% ในการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ผ่านการจัดการตนเองและสิ่งแวดล้อม ภายในปี 2568

กลุ่มที่ 2 กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวิสัยทัศน์และสัมฤทธิ์ผลตามเป้าประสงค์

ผลลัพธ์สำคัญ

1. การสร้างและพัฒนาขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือลดการบริโภคโซเดียม
2. การเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และเสริมทักษะให้ประชาชน ชุมชน ผู้ผลิต ผู้ประกอบการ บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องรวมถึงผู้กำหนดนโยบาย
3. การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการผลิต ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง เกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ รวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่ปริมาณโซเดียมต่ำ
4. การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้เพื่อนำสู่ปฏิบัติ
5. การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล เน้นกระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์

กลุ่มที่ 3 รูปแบบการขับเคลื่อนและทิศทางการดำเนินงานในภาพรวม

ผลลัพธ์สำคัญ

1. การจัดตั้งกลไกการดำเนินงานระดับชาติ ในการประสานงานและบูรณาการการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย โดยกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ
2. จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในทุกกระดับ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ
3. กำหนดมาตรฐานและออกกฎระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหารประเภทต่างๆ ที่ผลิตในประเทศและนำเข้าจากต่างประเทศ รวมทั้งการจัดทำฉลากแสดงข้อมูลปริมาณเกลือหรือโซเดียมในรูปแบบที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย
4. รมรงค์ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตลอดจนขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการสนับสนุนผู้ประกอบการที่ปฏิบัติตามมาตรการได้อย่างถูกต้อง
5. เฝ้าระวัง กำกับ ติดตาม และประเมินพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน วิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมและภาวะโรค รวมทั้งติดตามปริมาณเกลือหรือโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารที่ประชาชนบริโภค
6. ผลิตและกระจายชุดทดสอบอย่างง่ายในการวัดปริมาณโซเดียม

ผลลัพธ์การจัดทำร่างยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

หลังจากประชุมระดมสมอง ได้มีการประมวลผลและตกลงร่วมกัน ในเนื้อหาของ แผนยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในประเด็นต่างๆ ได้ข้อสรุปดังนี้

วิสัยทัศน์ ประชาชนมีสุขภาพดีจากการบริโภคเกลือและโซเดียมลดลง

เป้าประสงค์ ประชาชนบริโภคเกลือและโซเดียมลดลง ร้อยละ 30 ภายในปี 2568

พันธกิจหลัก ได้แก่

- 1) สร้างและขยายภาคีเครือข่าย ความร่วมมือลดการบริโภคโซเดียม
- 2) ส่งเสริมให้ความรู้และสร้างวัฒนธรรมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำ
- 3) เพิ่มช่องทางในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ
- 4) ผลักดันภาคอุตสาหกรรมอาหารและร้านอาหารให้ผลิตอาหารลดปริมาณโซเดียม
- 5) ส่งเสริม สนับสนุนการวิจัย นวัตกรรมเพื่อลดการบริโภคโซเดียม รวมทั้งการติดตามด้วยตนเอง

และได้ร่วมกันกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องตามพันธกิจการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ ในนาม “SALTS” ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ S (Stakeholder network) หมายถึง การสร้างและพัฒนาขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือ

มาตรการสำคัญ

- การสร้างความร่วมมือเพื่อขยายภาคีเครือข่าย
- การจัดสัมมนา เพื่อขยายภาคีเครือข่าย

2. ยุทธศาสตร์ A (Awareness) หมายถึง การเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และเสริมทักษะให้ประชาชน ชุมชน ผู้ผลิต ผู้ประกอบการ บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องรวมถึงผู้กำหนดนโยบาย

มาตรการสำคัญ

- การสื่อสารนโยบาย (ระดับนโยบาย)
- การเพิ่มแบบเรียนเสริมในประเด็น “การลดบริโภคเกลือ และโซเดียม”
- การศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้มาตรการทางภาษีแปรผันตามปริมาณโซเดียม
- การขยายเครือข่ายระดับนโยบาย
- การเผยแพร่ความรู้และการพัฒนาสู่ร้านอาหาร
- การเผยแพร่ความรู้และการพัฒนาสู่ระดับประชาชน

3. ยุทธศาสตร์ L (Legislation and environmental reform) หมายถึง การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการผลิต ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง เกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ รวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่ปริมาณโซเดียมต่ำ

มาตรการสำคัญ

- การปรับปรุงฉลากและสัญลักษณ์
- การปรับสูตรอาหารลดโซเดียมทุกช่วงวัย

4. ยุทธศาสตร์ T (Technology and innovation) หมายถึง การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่ปฏิบัติ

มาตรการสำคัญ

- การกำหนดมาตรฐานอาหารที่มีความเสี่ยง
- การจัดทำ Model Food Service System
- การสร้างเครื่องมือ เพื่อการประเมินร้านอาหาร
- การวิจัยและพัฒนาเทคนิคเทคโนโลยีเพื่อทดแทนเกลือ
- การสร้างเครื่องมือวัดปริมาณเกลือและ Self monitoring

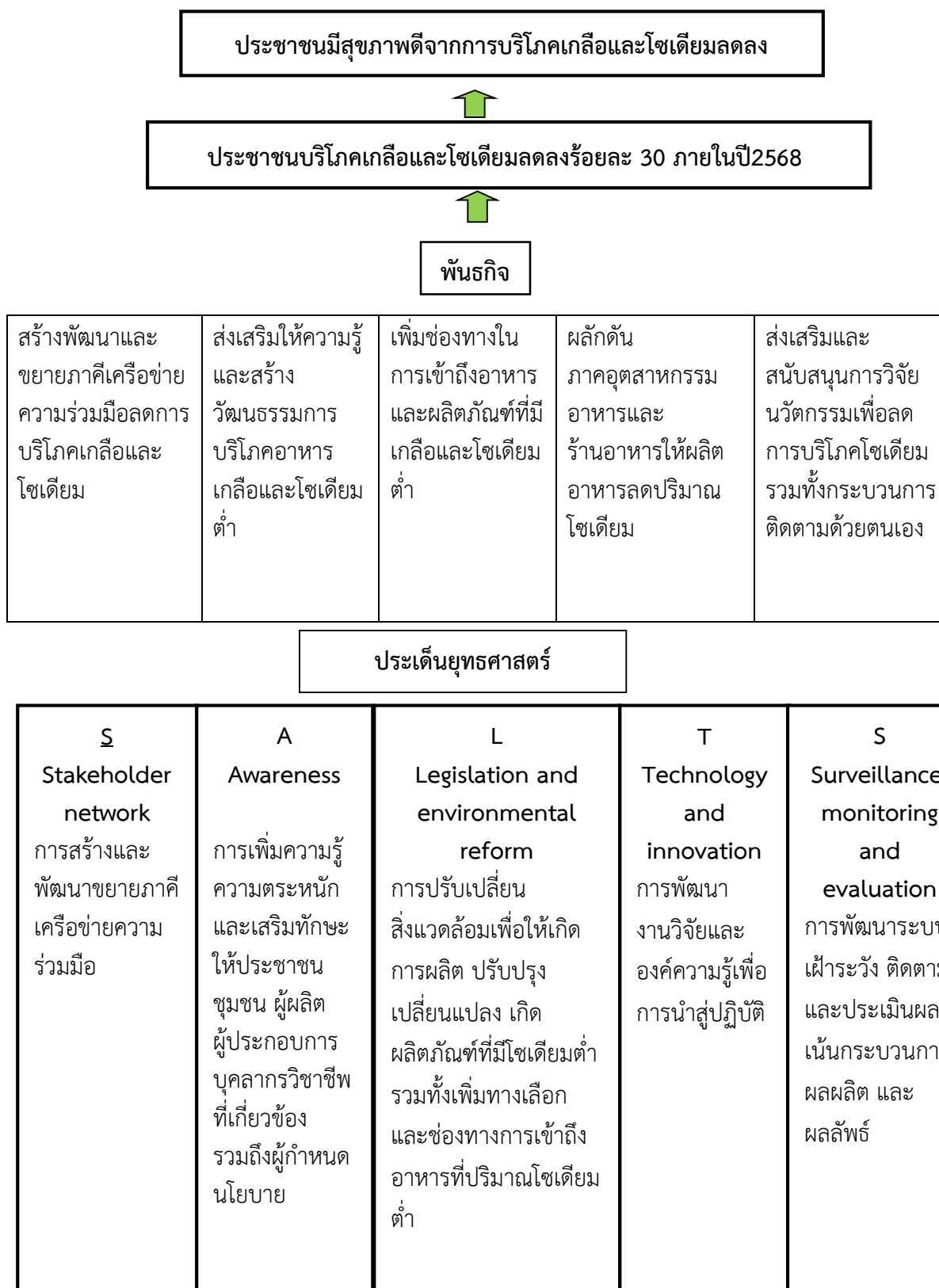
5. ยุทธศาสตร์ S (Surveillance, monitoring and evaluation) หมายถึง การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล เน้นกระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์

มาตรการสำคัญ

- การสำรวจปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร
- การสำรวจปริมาณโซเดียมในระดับบุคคล

ผังแผนภาพที่ 4 ที่แสดงความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย

แผนภาพที่ 4 ความเชื่อมโยงประเด็นยุทธศาสตร์ SALTS เพื่อบรรลุตามเป้าประสงค์ วิสัยทัศน์ พันธกิจ



และภายใต้แผนยุทธศาสตร์การบริโภคเกลือในประเทศไทย ได้มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักตามลักษณะภารกิจของภาคีเครือข่าย ที่สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ ตามตารางแผนภาพที่ 5 ดังนี้

แผนภาพที่ 5 การมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักตามลักษณะภารกิจของภาคีเครือข่าย ที่สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์

| ยุทธศาสตร์ | ผู้รับผิดชอบหลัก |
|---|--|
| ยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 5 Stakeholder network Surveillance, monitoring and evaluation | 1. กรมควบคุมโรค (คร) 2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) 3. เครือข่ายลดบริโภคเค็ม |
| ยุทธศาสตร์ที่ 2 Awareness | 1. สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) 2. กรมอนามัย 3. Thai NCD network |
| ยุทธศาสตร์ ที่ 3 และ 4 Legislation and environmental reform Technology and innovation | 1. คณาจารย์และบุคลากรทางการศึกษา 2. สภาอุตสาหกรรม |

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและคันทามาตรการสำคัญเพื่อมุ่งผลให้บรรลุวิสัยทัศน์ และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยสอดคล้องตามบทบาทภารกิจขององค์กร โดยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งการศึกษาเป็นระยะ ได้แก่ ระยะการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ระยะกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยใช้แผนที่ผลลัพธ์ หรือ Outcome mapping เป็นเครื่องมือในการสร้างยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของประเทศไทย ผ่านการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) มีผลการศึกษารายละเอียดดังนี้

การทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) เพื่อศึกษาความเป็นไปในประเด็นสำคัญต่างๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลการศึกษา พบว่า

- ข้อปฏิบัติในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี (Food-base dietary guideline) ในการจัดทำแผนการดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการครั้งที่ 4 ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 7 (2535- 2539) กำหนดให้การบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การได้รับเกลือน้ำตาลในปริมาณสูง การได้รับผักผลไม้ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการบริโภคเกลือที่เหมาะสมนั้นกำหนดไว้ไม่เกิน 6 กรัมต่อคนต่อวัน มีการจัดทำธงโภชนาการ ใช้เป็นเครื่องในการสื่อสารเตือนภัย รวมถึงเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจ เรื่องปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับต่อวันเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

- หลักฐานทางระบาดวิทยา พบว่า การได้รับเกลือในปริมาณสูง มีความสัมพันธ์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิต

- การถอดบทเรียนของความสำเร็จในการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะใช้ประกอบการจัดทำยุทธศาสตร์

- กระบวนการสร้างความตระหนัก ควรเน้นที่เรื่องผลกระทบและอันตรายของการบริโภคเกลือ

- การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม (Unhealthy diet) เป็นหนึ่งของสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคและโซเดียมจัดเป็นแร่ธาตุชนิดหนึ่งซึ่งร่างกายควรมีในปริมาณที่เหมาะสม แต่ในปัจจุบันการบริโภคโซเดียมของประชากรทั่วโลกนั้นมากกว่าปริมาณที่ร่างกายต้องการจำนวนมาก โดยประชากรประเทศไทยได้รับโซเดียมมากกว่าค่าที่กำหนดกว่า 2 เท่า ซึ่งการได้รับโซเดียมในปริมาณสูงนั้น ส่งผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญ

- การจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อสนับสนุนการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเป็นวาระระดับชาติ ความสำเร็จมาแล้วในหลายประเทศ และเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับรูปแบบการได้รับโซเดียมของคนไทย ที่มีที่มาจากหลายแหล่ง ทั้งจากการปรุงประกอบเอง การรับประทานอาหารนอกบ้าน และ การบริโภคอาหารอุตสาหกรรม นอกจากนี้ยังมีมิติด้านค่านิยมและวัฒนธรรมการบริโภคเข้ามาเกี่ยวข้องอีกด้วย ภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดทำ “ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย”

การประชุมเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม โดยนำผลจากขั้นตอนแรกไปสู่การดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) เป็นเครื่องมือในการดำเนินกิจกรรมจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม และมีหลายประเทศที่ใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนสูตรในผลิตภัณฑ์อาหาร การสร้างความรู้ ความตระหนักให้กับผู้บริโภค การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม มากำหนดเป็นยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนการลดบริโภคโซเดียมระดับประเทศ เช่น ฟินแลนด์ สหราชอาณาจักร แคนาดา เป็นต้น ซึ่งแต่ละประเทศได้มีการกำหนดประเด็น ยุทธศาสตร์และรายละเอียดตามบริบทของประเทศและแหล่งของการกระจายโซเดียมเป็นสำคัญ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานเพื่อการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม มีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมจำนวนมาก มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ ต้องมีทิศทางการทำงานให้ชัดเจน เพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการดำเนินงานให้บรรลุวิสัยทัศน์ ถูกต้องตามภารกิจ และสัมฤทธิ์ผลตามเป้าประสงค์ รวมถึงกำหนดรูปแบบการขับเคลื่อนและทิศทางการทำงาน

ผู้วิจัยใช้การระดมสมอง ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่มีความหลากหลาย ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในการกำหนดยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม กำหนดเป้าหมาย มาตรการ และผลลัพธ์ที่ต้องการ รวมถึงสร้างข้อตกลงจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานตามบทบาทและภารกิจของหน่วยงานบนเข็มมุ่งเดียวกัน โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่มตามบทบาทภารกิจของประชากรกลุ่มเป้าหมาย หลังจากกิจกรรมกลุ่ม มีการประมวลผลและตกลงร่วมกันในแต่ละประเด็น ซึ่งมีการประชุมระดมสมองหลายรอบ ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่หลากหลายและเกิดมุมมองที่แตกต่าง

การจัดทำร่างยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในประเด็นต่างๆ ได้ข้อสรุปดังนี้

วิสัยทัศน์ ประชาชนมีสุขภาพดีจากการบริโภคเกลือและโซเดียมลดลง

เป้าประสงค์ ประชาชนบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568

พันธกิจ

1. สร้างและขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือลดการบริโภคเกลือและโซเดียม
2. ส่งเสริมให้ความรู้และสร้างวัฒนธรรมการบริโภคอาหารเกลือและโซเดียมต่ำ
3. เพิ่มช่องทางในการเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์ที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ
4. ผลักดันภาคอุตสาหกรรมอาหารและร้านอาหารให้ผลิตอาหารลดปริมาณโซเดียม
5. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย นวัตกรรมเพื่อลดการบริโภคโซเดียม รวมทั้งกระบวนการ

ติดตามด้วยตนเอง

ประเด็นยุทธศาสตร์ในนาม “SALTS” ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ S (Stakeholder network) การสร้าง พัฒนาและขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือ

2. ยุทธศาสตร์ A (Awareness) การเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และเสริมทักษะให้ประชาชน ชุมชน ผู้ผลิต/ผู้ประกอบการ บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้กำหนดนโยบาย

3. ยุทธศาสตร์ L (Legislation and environmental reform) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการผลิต ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และเกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ รวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่ปริมาณโซเดียมต่ำ

4. ยุทธศาสตร์ T (Technology and innovation) การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้และ นำสู่การปฏิบัติ

5. ยุทธศาสตร์ S (Surveillance, monitoring and evaluation) การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล เน้นกระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์

การอภิปราย

จะเห็นได้ว่า Outcome Mapping เป็นเครื่องมือสำคัญในการวางแผนงานเพราะว่าจะเริ่มจากการ กำหนดวิสัยทัศน์ที่แผนงานอยากเห็น แล้วก็ขอบเขตของพันธกิจ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติตาม แผนงาน Outcome Mapping ช่วยให้เราเห็นความสำคัญของเพื่อนร่วมงาน เครือข่ายพันธมิตร และที่สำคัญ ทำให้เรารู้ว่าเราเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความสำเร็จ และเป็นตัวกำกับว่ามีข้อบ่งชี้อะไร ต้องทำอะไร เพื่อให้ บรรลุเป้าหมาย เห็นประโยชน์จากการทำงานผ่านภาคี พันธมิตร และเป็นกระบวนการระบุดการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้น คือการออกแบบกรอบการติดตามรวมถึงแผนการประเมินผล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ ส่วนเสียกับทุกขั้นตอนของแผนงาน นอกจากนี้การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ร่วมผ่านการระดมสมองจากภาคีเครือข่ายโดยกระบวนการกลุ่ม ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจทำให้ได้ความหลาย หลาย ในการกำหนดยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม กำหนดเป้าหมาย มาตรการ และ ผลลัพธ์ที่ต้องการ รวมถึงสร้างข้อตกลงจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม บทบาทและภารกิจของหน่วยงานบนเข็มมุ่งเดียวกัน

จะเห็นว่าเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมมี จำนวนมาก ทั้งจากภาคสาธารณสุข ภาคอุตสาหกรรม สมาคมต่างๆ NGO ทำให้เกิดความหลากหลายทั้ง ความคิดเห็นและมุมมอง บางครั้งต่างคำนึงถึงส่วนได้ส่วนเสียของตนเอง ทำให้เกิดความขัดแย้ง ลักษณะการ วิจัยหรือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อระดมสมองอาจมีการแยกในแต่ละครั้งตามบทบาท ภารกิจของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มุมมองของแต่ละกลุ่ม แล้วนำมาวิเคราะห์ หา ข้อสรุป เพื่อออกแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ระดมสมองในภาพภาคีเครือข่ายทั้งหมดที่ เกี่ยวข้อง เพื่อลดความขัดแย้งหรือมุมมองที่แตกต่างมากเกินไป

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแต่ละยุทธศาสตร์ ในระยะต่อไปควรให้ความสำคัญกับการมี ส่วนผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย และขับเคลื่อนผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Assembly) เพื่อกำหนดเป็นนโยบายระดับประเทศนำสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผลโดยความร่วมมือของทุกภาค ส่วน

เอกสารอ้างอิง

- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *รายงานการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย*. นนทบุรี.
- “เกลือบริโภค.” *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข*. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 41 ง, 7 เมษายน 2554.
- ทักษพล ธรรมรังสี และคณะ. (2557). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิถีสุขภาพ วิถีสังคม*. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- ธิดารัตน์ อภิญญา. (2556). *รายงานผลการทบทวนรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อในวิถีชีวิตด้วยการลดการบริโภคเกลือ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- “ประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการย่อยโปรตีนของถั่วเหลือง.” *สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา*. 14 ธันวาคม 2553.
- ยุพาพร รูปงาม. (2545). *การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงบประมาณ ในการปฏิรูป ระบบราชการ*. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- รายงานสรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือ(โซเดียม)ในประเทศไทย ระหว่างวันที่ 24-26 พฤศจิกายน 2557 เวลา 09.00-16.30 น. ณ โรงแรมฟูราม่า สีสลม กรุงเทพมหานคร โดย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เครือข่ายลดบริโภคเค็ม สมาคมโรคไต.
- ลือชัย ศรีเงินวงธนิตา วงษ์ จินดาและธรรณิดา อภิชนะกุลชัย. (ม.ป.ป.). *สถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในประเทศไทย: การศึกษาเชิงปริมาณ*. สืบค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2555, จาก <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/download1no167.pdf>.
- วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ และคณะ. (2548). *การวางแผนกลยุทธ์ : ศิลปะการกำหนดแผนองค์การสู่ความเป็นเลิศ*. เพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- วันทนี เกียงสินยศ. (2555). *ลดโซเดียม ยืดชีวิต*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วิชัย เอกพลากร. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดตีไซน์.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2559). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องน้ำปลา(ฉบับที่ 2)*. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. 1(2).
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (ม.ป.ป.). *รายงานวิจัยการสำรวจสถานการณ์แสดงข้อมูลโภชนาการและปริมาณโซเดียมบนฉลากอาหารในผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันทีปี2555-2558*. ม.ป.ท.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2555). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยพ.ศ. 2552*. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิก ชิสม์ส์ จำกัด.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *การสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย*. สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2559, จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3363>.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. *สาเหตุการเสียชีวิต*. (ม.ป.ป.). สืบค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2559, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/ill/ป่วย52/ผู้ป่วยในปี2552.xls>.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 1-5*. สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2559, จาก <http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/upbook/files/910.pdf>.
- อศินรพีพัฒน์. (2527). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคม และวัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.