

1 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘

2 ระเบียบวาระที่ ๒.๔

### 4 นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

#### 6 ๑. นิยามศัพท์

7 **เกลือ (โซเดียมคลอไรด์: NaCl)** เป็นสารปรุงแต่งรสชาติอาหารให้มีความเค็มหรือใช้ในการถนอม  
8 อาหาร ซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญของเกลือ คือ โซเดียม (คิดเป็นประมาณร้อยละ ๔๐ ของน้ำหนัก) โดยเกลือ  
9 โซเดียมนั้นมีประโยชน์ในการปรับสมดุลของเหลวและเกลือแร่ในร่างกาย พบว่าการบริโภคเกลือปริมาณ  
10 เพียงเล็กน้อยก็เพียงพอสำหรับการทำงานของระบบร่างกาย

11 **โซเดียม** เป็นแร่ธาตุชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของเกลือบริโภคหรือโซเดียมคลอไรด์  
12 และโซเดียมยังเป็นส่วนประกอบของสารปรุงแต่งรสชนิดอื่น ๆ เช่น ผงชูรส (โมโนโซเดียมกลูตาเมต) ผงฟู  
13 (โซเดียมไบคาร์บอเนต) องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้บริโภคโซเดียมไม่เกิน ๒ กรัมต่อวัน หรือเกลือไม่  
14 เกิน ๕ กรัมต่อวัน

15 **โรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable diseases, NCDs)** หมายถึงกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติ  
16 หรือการเสื่อมของร่างกาย ซึ่งไม่ติดต่อไปยังบุคคลอื่น โรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยเรื้อรัง  
17 ความพิการและการเสียชีวิตของประชาชนไทย

18 “โรคไม่ติดต่อ” โดยทั่วไปหมายถึง ๔ กลุ่มโรค คือ (๑) โรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น หัวใจขาด  
19 เลือด ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดตีบหรือแตกในสมอง และโรคต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากเส้นเลือดตีบตันหรือ  
20 เปราะ) (๒) โรคเบาหวานและโรคอ้วน (๓) โรคมะเร็ง และ (๔) โรคปอดเรื้อรัง สำหรับในเอกสารนี้ คำว่า  
21 “โรคไม่ติดต่อ” ครอบคลุมเฉพาะ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และ  
22 โรคเบาหวาน

#### 23 ๒. อันตรายต่อสุขภาพจากการบริโภคเกลือและโซเดียมมากกว่าระดับที่ควรบริโภค

24 มนุษย์ใช้เกลือ (โซเดียมคลอไรด์) เป็นสารปรุงแต่งรสชาติอาหารให้มีความเค็มหรือใช้ในการถนอม  
25 อาหารซึ่งส่วนประกอบที่สำคัญของเกลือ คือ โซเดียม โดยโซเดียมนี้มีประโยชน์ในการปรับสมดุลของเหลว  
26 และเกลือแร่ในร่างกาย พบว่าการบริโภคเกลือปริมาณเพียงเล็กน้อยก็เพียงพอสำหรับการทำงานของระบบ  
27 ร่างกาย

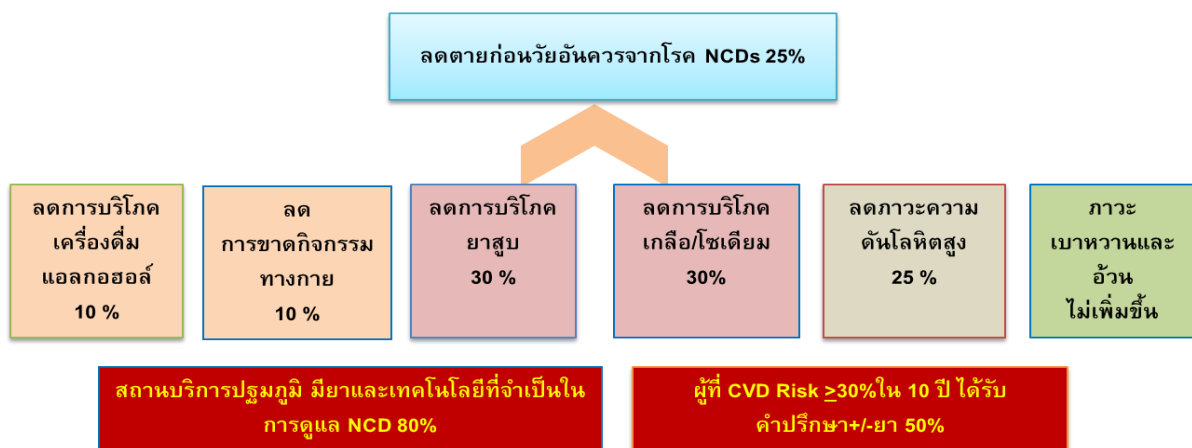
28 การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการนั้น มีผลกระทบต่อระบบการทำงานตามปกติ  
29 ของร่างกายในหลายระบบ โดยเฉพาะระบบการควบคุมสมดุลของเหลวและเกลือแร่ในร่างกาย และข้อมูลทาง  
30 วิชาการในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า การบริโภคเกลือมากเกินไป การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงอย่าง  
31 ต่อเนื่อง ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายประการ โดยเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)  
32 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น<sup>๑-๖</sup> ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลัก  
33 ของประชากรโลก และยังก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

34 การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเกลือโซเดียมกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง  
35 เริ่มต้นโดย Louis Dahl และคณะ ใน พ.ศ. ๒๕๐๓ พบว่า การได้รับเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

1 ระหว่างปริมาณเกลือที่ได้รับและความชุกของโรคความดันโลหิตสูง<sup>๗</sup> ซึ่งจะนำไปสู่โรคอื่น ๆ ที่เป็น  
 2 ภาวะแทรกซ้อน ศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกาแนะนำปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคได้โดยไม่เกิด  
 3 อันตราย คือโซเดียม ๒ กรัมต่อวันหรือเท่ากับเกลือ ๕ กรัมต่อวัน<sup>๘</sup> ในทางปฏิบัติปริมาณข้างต้นจะเทียบเท่า  
 4 เกลือแกง ๑ ช้อนชา หรือเทียบเท่าน้ำปลา ๓-๔ ช้อนชาต่อวัน นอกจากนี้ผลการสำรวจที่เกี่ยวกับปริมาณการ  
 5 ได้รับเกลือโซเดียมแสดงให้เห็นว่า ประชากรทั่วโลกได้รับปริมาณเกลือโซเดียมสูงกว่าแนะนำมากกว่า ๒ เท่า  
 6 การที่ร่างกายได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงทำให้มีผลกระทบโดยตรงต่อไตซึ่งเป็นอวัยวะหลักที่ทำให้  
 7 หน้าที่กำจัดโซเดียม โดยทำให้โปรตีนรั่วในปัสสาวะและไตเสื่อมเร็วขึ้นจากการทำงานหนัก และความเสื่อม  
 8 นั้นจะคงอยู่ตลอดไปแม้จะมีการลดปริมาณโซเดียมลงในภายหลัง นอกจากนี้ ภาวะความดันโลหิตสูงก็เป็นอีก  
 9 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไตเสื่อมด้วย ซึ่งล้วนแต่มีสาเหตุจากการได้รับเกลือและโซเดียมปริมาณสูง ดังนั้น การลด  
 10 ความดันโลหิตและโปรตีนในปัสสาวะจะป้องกันการสูญเสียการทำงานของไต<sup>๙</sup> และภาวะแทรกซ้อน เช่น  
 11 โรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>๑๐</sup> รวมทั้งในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีความบกพร่องของการทำงานของอินซูลินนั้น  
 12 การลดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมลง มีผลต่อการเพิ่มระดับการทำงานของอินซูลินดีขึ้น ส่งผลให้  
 13 ควบคุมโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น

14 จากสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับนานาชาติ องค์กรการ  
 15 อนามัยโลกจึงได้กำหนดให้การลดเกลือโซเดียม เป็น ๑ ใน ๙ เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรคไม่  
 16 ติดต่อกัน (NCDs) ภายใน พ.ศ. ๒๕๖๘<sup>๑๑</sup> โดยกำหนดให้ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลงร้อยละ ๓๐ ภายใน  
 17 พ.ศ. ๒๕๖๘ (ดังแสดงในแผนภาพที่ ๑) ซึ่งประเทศไทยในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ.  
 18 ๒๕๕๖ ได้รับรองทั้ง ๙ เป้าหมายดังกล่าวให้เป็นเป้าหมายในการดำเนินงานของประเทศตามมติสมัชชา  
 19 สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ เรื่อง “เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อกันของประเทศไทย” ซึ่งถือ  
 20 เป็นความท้าทายของสังคมไทยในการจัดการปัญหา NCDs อย่างยิ่ง

21 **แผนภาพที่ ๑** แสดง ๙ เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อลดการเกิดโรคไม่ติดต่อกัน NCDs ในระดับโลก



22 **๓. ความรุนแรงและผลกระทบของการลดบริโภคเกลือและโซเดียมต่อระบบสุขภาพ**

23 การบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทยได้ก่อให้เกิดปัญหาและความรุนแรงของกลุ่มโรคไม่  
 24 ติดต่อกัน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเรื้อรัง

25 กลุ่มโรคไม่ติดต่อกันเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในปัจจุบัน ทั้งของประชากรโลก  
 26 และประชาชนไทยและยังมีแนวโน้มว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร  
 27 (คือก่อนอายุ ๗๐ ปี) ถึงร้อยละ ๖๓ ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก และร้อยละ ๗๓ ของการ

1 เสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรไทย คาดการณ์ว่าการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อของประชากรโลกจะ  
2 เพิ่มขึ้นจาก ๓๖ ล้านคนใน พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็น ๔๔ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ นอกจากนี้ยังเป็นภาระด้าน  
3 สุขภาพจากการเจ็บป่วยและทุพพลภาพ

4 ในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในที่  
5 เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในระยะเวลาเพียงสิบสองปีระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๑-  
6 ๒๕๕๒ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจากกลุ่มโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้น โดยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่ม ๔.๒ เท่า โรคความ  
7 ดันโลหิตสูงเพิ่ม ๗.๑ เท่า โรคหลอดเลือดสมองเพิ่ม ๓.๙ เท่า โรคเบาหวานเพิ่ม ๔.๘ เท่า โรคมะเร็งตับเพิ่ม  
8 ๑.๒ เท่า และโรคถุงลมโป่งพอง ๑.๒๓ เท่า<sup>๑๒</sup>

9 ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่า มีผู้เสียชีวิต  
10 จากสาเหตุความดันโลหิตสูง จำนวน ๕,๑๖๕ คน ซึ่งสูงกว่าข้อมูลการตายปี ๒๕๕๕ ที่มีจำนวนเพียง  
11 ๓,๖๘๔ คน และมีแนวโน้มของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข  
12 ด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบ จากปี ๒๕๔๖ และปี ๒๕๕๖  
13 พบว่า อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจาก ๓๘๙.๘ ต่อประชากรแสนคน (จำนวน ๒๑๘,๒๑๘  
14 ราย) เป็น ๑,๖๒๑.๗๒ ต่อประชากรแสนคน (จำนวน ๑,๐๔๗,๙๗๙ ราย) หรือเพิ่มขึ้นกว่า ๔ เท่า  
15 เช่นเดียวกับโรคเบาหวานที่มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ในปี ๒๕๕๖ จำนวน ๙,๖๔๗ ราย หรือเฉลี่ยวันละ  
16 ๒๗ คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ๑๔.๙๓ ต่อแสนประชากร และมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัว  
17 ในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖๙๘,๗๒๐ ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วย  
18 โรคเบาหวาน ๑,๐๘๑.๒๕ ต่อแสนประชากร

19 สำหรับกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี ๒๕๕๗ มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคดังกล่าว ๕๘,๖๘๑ คน  
20 หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๗ คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ ๙๐.๓๔ ต่อแสนประชากร  
21 โดยแบ่งเป็นสาเหตุโรครหลัก ดังนี้ สาเหตุจากโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน ๑๘,๐๗๙ คน หรือเท่ากับ ๒๗.๘๓  
22 ต่อแสนประชากรและโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๒๕,๑๑๔ คน

23 โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease หรือ CKD) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญโรคหนึ่ง  
24 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา แต่ประเทศเหล่านี้  
25 ไม่ให้ความสำคัญกับโรคไตเรื้อรังดังกล่าว โรคไตเรื้อรังมักเป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือความดัน  
26 โลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่ค่อนข้างชุกในวิถีชีวิตของคนในเมืองปัจจุบัน โดยพบว่าไตเรื้อรังร้อยละ ๔๐ เกิดจาก  
27 เบาหวาน และร้อยละ ๒๐ เกิดจากความดันโลหิตสูง สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้ดำเนินโครงการคัด  
28 กรองและประเมินเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคไตในช่วง พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยได้ทำการสุ่มตัวอย่างประชากรจาก ๑๐  
29 จังหวัดจากทุกภาคทั่วประเทศ พบความชุกของโรคไตเรื้อรังในทุกะยะในประชากรผู้ใหญ่อยู่ที่ประมาณ  
30 ร้อยละ ๑๗.๕<sup>๑๓</sup>

31 จากข้อมูลข้างต้นคาดว่า มีโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไปทั่วประเทศ  
32 จำนวนประมาณ ๗ ล้านคน โดยครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น และอีกครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไต  
33 เรื้อรังระยะปานกลางถึงรุนแรง แต่ที่น่ายกย่องคือความตระหนักของผู้ป่วยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังนั้นมีอยู่น้อยมาก  
34 กล่าวคือในบรรดาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ซึ่งมีอยู่ประมาณ ๓ ล้านคนนั้น มีเพียงร้อยละ ๕.๐ เท่านั้นที่รู้  
35 ว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง แม้กระทั่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ มีอยู่เพียงร้อยละ ๒๐.๐ ที่รู้ว่าตนเองเป็น

1 โรคไตเรื้อรัง ซึ่งจัดว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลการชะลอการเสื่อมของไต นอกจากนั้นจำนวนผู้ป่วยโรคไต  
2 เรื้อรังยังคงเพิ่มขึ้นทุกปี และมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายทั้งหมด ซึ่งต้องการรักษาด้วยการฟอก  
3 เลือดด้วยเครื่องไตเทียม ล้างไตทางช่องท้อง หรือปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้นจาก ๔๑๙.๙ ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็น  
4 ๙๐๕.๙ ต่อประชากร ๑,๐๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๕๕ (ข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย)

5 ปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่อง  
6 ไตเทียมเฉลี่ยประมาณ ๒๔๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี โดยค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้วยยา ค่าใช้จ่าย  
7 ทางอ้อมอื่น ๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้งบประมาณในการล้างไตเป็นการเฉพาะแยก  
8 จากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (Capitation) โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๕ สูงถึง ๕,๒๔๗ ล้าน  
9 บาทและจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๖,๓๑๘ ล้านบาท ใน พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งถ้ารวมงบประมาณ สำหรับบริการผู้ป่วยไต  
10 วายเรื้อรังในสิทธิอื่น ๆ ได้แก่ สิทธิประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการแล้ว รัฐจำเป็นต้องใช้งบสูงกว่า  
11 ๑๐,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี

12 สาเหตุหนึ่งของความชุกของโรคไตเรื้อรังของคนไทยมาจากการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณ  
13 สูง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ภาวะดังกล่าวยังเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด  
14 และเพิ่มความรุนแรงของโรคเบาหวานซึ่งจัดเป็นปัญหาโรคไม่ติดต่อที่กำลังก่อให้เกิดผลกระทบทาง  
15 เศรษฐกิจอย่างมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุของการสูญเสียผลิตภาพ (productivity) หลายประเภท ทั้งการ  
16 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร การขาดงาน การขาดประสิทธิภาพขณะทำงาน เกิดความพิการ การสูญเสียโอกาสใน  
17 การถูกจ้างงานเนื่องจากการเจ็บป่วย และยังรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลอีกด้วย การ  
18 บริโภคเกลือและโซเดียมในระดับสูงจึงเป็นปัจจัยเสริมความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ซึ่งสูงถึงปีละ ๗๘,๙๗๖  
19 ล้านบาทจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และ ๒๔,๔๘๙ ล้านบาทจากโรคเบาหวาน

#### 20 ๔. สถานการณ์ปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประเทศไทย

21 จากการสำรวจอาหารและโภชนาการของประเทศไทย พบว่าคนไทยมีการบริโภคเครื่องปรุงรส  
22 เพิ่มขึ้นจากคนละ ๗.๐ กรัมต่อวัน ใน พ.ศ. ๒๕๐๓ เป็น ๒๐.๕ กรัมต่อวัน ใน พ.ศ. ๒๕๓๘ และจากการ  
23 สำรวจการบริโภคโซเดียมของประชากรไทย โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ  
24 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า พ.ศ. ๒๕๕๐ ประชากรไทยได้รับโซเดียมจากอาหารที่  
25 บริโภคสูงถึง ๔.๓๕ กรัมต่อคนต่อวัน<sup>๑๔-๑๖</sup> ปริมาณโซเดียมที่สำรวจได้นี้น่าจะมีค่าต่ำกว่าปริมาณที่บริโภค  
26 จริงเพราะไม่ได้รวมปริมาณโซเดียมที่มีอยู่ในอาหารอื่น ๆ ที่บริโภค แหล่งของโซเดียมส่วนใหญ่มาจาก  
27 ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส ที่ใช้ในครัวเรือน โดยกลุ่มที่มีใช้ปริมาณมากใน ๕ ลำดับแรก ได้แก่ น้ำปลา ๑๑.๕๙  
28 กรัมต่อวัน ซีอิ๊วขาว ๓.๑๕ กรัมต่อวัน เกลือ ๓.๐๕ กรัมต่อวัน กะปิ ๒.๙๑ กรัมต่อวัน และซอสหอยนางรม  
29 ๒.๑๗ กรัมต่อวัน นอกจากนี้ประชาชนยังได้รับเกลือโซเดียมจากน้ำจิ้มต่าง ๆ บนโต๊ะอาหาร ชุปก้อน ผงชูรส  
30 ผงปรุงรสต่าง ๆ ขนมที่มีส่วนผสมของผงฟู อาหารแปรรูป อาหารหมักดอง ปลาจืด ขนมกรุบกรอบ  
31 อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป บะหมี่ และไอ้กึ่งสำเร็จรูป ซึ่งจากผลการสำรวจต่าง ๆ สรุปได้ว่า คนไทย  
32 ส่วนใหญ่ได้รับปริมาณโซเดียมสูงกว่าค่าที่ควรบริโภค การลดการบริโภคเกลือหรือโซเดียม ทั้งใน  
33 ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นและรีบเร่งดำเนินการในประเทศไทย

1 **๕. แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม**

2 ข้อมูลปัจจุบัน พบว่าการใช้นโยบายสาธารณะเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรนั้น  
3 มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าต่อการลงทุน การศึกษาในหลายประเทศให้ผลสอดคล้องกันโดยแสดงให้เห็นถึงผล  
4 ของการลดบริโภคเกลือต่อสุขภาพ รวมทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ใน  
5 ประเทศสหรัฐอเมริกา การลดการบริโภคเกลือในประชากรเหลือวันละ ๓ กรัม จะเพิ่มให้ประชากรมีชีวิตอยู่  
6 โดยมีคุณภาพชีวิตดี ถึง ๑๙๔,๐๐๐ - ๓๙๒,๐๐๐ ปีแห่งสุขภาพ และประหยัดค่ารักษาพยาบาล ๑๐,๐๐๐ -  
7 ๒๔,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี นั้นหมายถึงการได้รับผลตอบแทน ๖-๑๒ ดอลลาร์ต่อทุกดอลลาร์ที่ใช้ใน  
8 มาตรการควบคุม<sup>๑๗</sup> และการลดการบริโภคเกลือมีความคุ้มค่ามากกว่าการใช้จ่ายลดความดันโลหิต ในประเทศ  
9 ที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง การลดบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรจะป้องกันการเสียชีวิตและใช้ค่าใช้จ่าย  
10 น้อย<sup>๑๘,๑๙</sup> ตัวอย่างจากการลดบริโภคเกลือในประเทศอินเดียนั้นสามารถลดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

11 ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ องค์การอนามัยโลกเชิญผู้เชี่ยวชาญประชุมที่เมืองปารีสประเทศฝรั่งเศส กำหนด  
12 ทิศทางในการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายของการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม<sup>๒๐</sup> ซึ่งมีการให้  
13 ความสำคัญกับ ๓ เรื่องหลักที่น่าจะเป็นกุญแจนำไปสู่ความสำเร็จในการลดปริมาณการบริโภคโซเดียมใน  
14 ประชากร คือ (๑) การปรับเปลี่ยนและพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีปริมาณเกลือโซเดียมลดลง (๒) การให้ความรู้  
15 และทำให้ผู้บริโภคตระหนักรู้และ (๓) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลือกอาหารที่มีผลดีต่อสุขภาพ

16 การลดบริโภคเกลือและโซเดียมจะไม่ส่งผลต่อโรคขาดสารไอโอดีน ซึ่งมีมาตรการหลักสำคัญในการ  
17 ส่งเสริมให้บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนนั้น ในประชาชนอาจทำให้เกิดความสับสนในเรื่องการสื่อสารที่ขัดแย้ง  
18 กันกับการลดโรคไม่ติดต่อ ซึ่งสนับสนุนให้ลดการบริโภคเกลือ อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้  
19 มีการดำเนินการร่วมกันของการลดโรคไม่ติดต่อ และการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน โดยการสื่อสารให้  
20 ชัดเจนว่าประชากรควรบริโภคเกลือน้อยกว่า ๕ กรัมต่อวัน และเกลือที่บริโภคนั้นต้องเป็นเกลือเสริมไอโอดีน  
21 โดยไม่กระทบต่อโครงการเสริมไอโอดีนเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีน<sup>๒๑</sup> และยังแนะนำว่าการลดบริโภค  
22 และโซเดียมลงร้อยละ ๓๐ ของปริมาณที่เคยบริโภค จะไม่กระทบต่อโครงการเสริมไอโอดีนเพื่อป้องกันภาวะ  
23 ขาดไอโอดีน ในกรณีที่ประชาชนมีการบริโภคเกลือและเครื่องปรุงรสเสริมไอโอดีนอย่างแพร่หลายเป็นประจำ  
24 อยู่แล้ว

25 จากการวิเคราะห์กลไกและกระบวนการจัดการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พบ  
26 ข้อจำกัดและความท้าทายในแทบทุกด้าน ตั้งแต่การขาดกลไกการยกระดับการแก้ปัญหาการลดบริโภค  
27 และโซเดียม ไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ชัดเจน ขาดความเป็นเจ้าของและการมีส่วนร่วมของภาคส่วน  
28 ต่าง ๆ ในการจัดการปัญหา รวมถึงกลไกการประสานงานและการบูรณาการผู้เกี่ยวข้องในหน้าที่ดำเนินงาน  
29 อยู่ในปัจจุบัน เป็นการดำเนินงานตามภารกิจและหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งขาดความเชื่อมโยงใน  
30 การทำงานร่วมกัน บางส่วนที่ทับซ้อนกัน อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ด้านทรัพยากรบุคคลและ  
31 ข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ระบบข้อมูลการทำการวิจัย และการนำความรู้ไปใช้ไม่นำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์  
32 และนโยบายไปปฏิบัติการ รวมถึงการติดตามประเมินผล

1 **๖. ความสอดคล้องของการลดบริโภคเกลือและโซเดียมกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ**  
2 **พ.ศ. ๒๕๕๒**

3 นโยบายการลดบริโภคเกลือเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ  
4 แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ในด้านของปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ (หมวด ๑) ข้อ ๙ ระบบสุขภาพ  
5 จะต้องให้ความสำคัญสูงกับการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของ  
6 ประชาชน และสอดคล้องกับหมวดที่ ๔ การสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากสามารถก่อให้เกิดสุขภาพะอย่าง  
7 องค์กรรวมทั้งทั้งสังคมนอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับหมวดอื่น ๆ อาทิ หมวด ๕ การป้องกันและ  
8 ควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ หมวด ๘ การคุ้มครองผู้บริโภคหมวด ๙ การสร้างและเผยแพร่องค์  
9 ความรู้ด้านสุขภาพ และหมวด ๑๐ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

10 **๗. บทบาทขององค์กร/หน่วยงาน/เครือข่าย/ผู้ที่มีส่วนได้เสียในประเด็นนั้น ๆ และความสัมพันธ**  
11 **เกี่ยวข้อง**

12 ปัจจุบัน กรมควบคุมโรค เครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ และสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดี  
13 วิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับเครือข่ายลดการบริโภคเค็ม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง  
14 เสริมสุขภาพ (สสส.) และหน่วยงานสนับสนุนกว่า ๒๐ องค์กรกำลังจัดทำร่างยุทธศาสตร์ลดบริโภคเกลือ  
15 (โซเดียม) ในประเทศไทย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากลไกการดำเนินงาน การรณรงค์สื่อสารเชิงนโยบาย ทั้งใน  
16 ภาครัฐและภาคเอกชน/อุตสาหกรรม และสนับสนุนการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อควบคุมการบริโภคเกลือและ  
17 โซเดียมในระดับต่าง ๆ ในด้านการรณรงค์สร้างการตระหนักรู้ในหมู่ประชาชน แม้เครือข่ายลดบริโภคเค็ม  
18 และ สสส.ได้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ในการลดการบริโภคเกลือแต่ก็ยังไม่เพียงพอ ประชาชนทุกช่วงวัย  
19 ยังไม่มีความรู้และความเข้าใจที่ดีพอในการนำไปใช้ปฏิบัติ ซึ่งความร่วมมือจากสื่อสารมวลชน สถานศึกษาทุก  
20 ระดับและประชาชนในท้องถิ่นในการกระจายความรู้และรณรงค์สร้างค่านิยมลดการบริโภคเกลือในท้องถิ่นเพื่อ  
21 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีความสำคัญ ผู้ผลิตอาหารทั้งธุรกิจอุตสาหกรรมอาหารและร้านค้าในชุมชนยังไม่มี  
22 การปรับเปลี่ยนสูตรอาหารให้ลดปริมาณเกลือทำให้ผู้บริโภคไม่มีทางเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพะ องค์กร  
23 ปกครองส่วนท้องถิ่นและส่วนกลางควรเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการควบคุมปริมาณเกลือในอาหารสำเร็จรูป  
24 และอาหารที่ปรุงขึ้นตามร้านค้าภัตตาคารเพื่อให้มีอาหารที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ รวมทั้งควรพัฒนาฉลากและ  
25 สัญลักษณ์โภชนาการหน้าผลิตภัณฑ์ให้มีความชัดเจนในปริมาณเกลือและโซเดียมที่ควรได้รับตามมาตรฐาน  
26 และง่ายต่อการเข้าใจของผู้บริโภค นอกจากนี้ควรส่งเสริมและสนับสนุนสถาบันการศึกษาในการสร้างและ  
27 พัฒนาเครื่องมือเพื่อการติดตามประเมินการบริโภคเกลือ รวมทั้งวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการใช้สารทดแทน  
28 เกลือ ภาครัฐร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการเฝ้าระวัง กำกับและประเมินผลภาระโรค พฤติกรรมและ  
29 สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชาชน

30 **๘. ข้อสรุป**

31 การลดบริโภคเกลือและโซเดียมเป็นเป้าหมายระดับโลกที่องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าว่าจะลดลงร้อย  
32 ละ ๓๐ ใน ๑๐ ปี (ภายใน พ.ศ. ๒๕๖๘) การจัดทำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อการลดการบริโภคเกลือ  
33 และโซเดียมจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นและเหมาะสมยิ่ง เพราะนอกจากเป็นมาตรการที่ให้ความคุ้มครองในการลดโรค  
34 เรื้อรังที่สำคัญ อันได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด และความรุนแรงของ

1 โรคเบาหวานแล้ว ยังเป็นการแสดงให้เห็นถึงการเอาจริงเอาจังของประเทศในการดำเนินการให้ถึงเป้าหมาย  
2 ตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อ ที่ยอมรับกันในระดับชาติและนานาชาติ

### 3 ๙. ประเด็นเพื่อพิจารณาสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

4 ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๘ / ร่างมติ ๔ นโยบายการลด  
5 บริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่เรื้อรัง (NCDs)

6

### 7 เอกสารอ้างอิง

- 8 ๑. INTERSALT Cooperative Group. INTERSALT: an international study of electrolyte excretion and  
9 blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. Br Med J 1988;  
10 297:319–328.
- 11 ๒. He J et al . Dietary sodium intake and subsequent risk of cardiovascular disease in overweight  
12 adults. JAMA 1999; 282:2027–2034.
- 13 ๓. Nagata C et al. Sodium intake and risk of death from stroke in Japanese men and women.  
14 Stroke 2004; 35:1543–1547. Epub 2004.
- 15 ๔. Tuomilehto J et al. Urinary sodium excretion and cardiovascular mortality in Finland: a  
16 prospective study. Lancet 2001; 17;357:848–851.
- 17 ๕. Cohen HW et al. Sodium intake and mortality in the NHANES II follow-up study. Am J Med  
18 2006; 119:275.e7–e14.
- 19 ๖. Smyth A, O'Donnell MJ, Yusuf S, et al. Sodium intake and renal outcomes: a systematic review.  
20 Am J Hypertens 2014;27:1277–1284.
- 21 ๗. Dahl LK. Possible role of salt intake in the development of essential hypertension. In: P Cottier, D  
22 Bock, editors. Essential Hypertension - An International Symposium. Berlin: Springer-Verlag;  
23 1960.
- 24 ๘. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sodium Reduction Toolkit: A Global  
25 Opportunity to Reduce Population-Level Sodium Intake [Internet]. 2012 [cited 2013 Jul 20].  
26 Available from: [http://www.cdc.gov/salt/sodium\\_toolkit.htm](http://www.cdc.gov/salt/sodium_toolkit.htm).
- 27 ๙. Vogt L, Waanders F, Boomsma F, de Zeeuw D, Navis G. Effects of dietary sodium and  
28 hydrochlorothiazide on the antiproteinuric efficacy of losartan. Journal of the American Society of  
29 Nephrology : JASN 2008;19:999-1007.
- 30 ๑๐. Aburto NJ, Ziolkovska A, Hooper L, Elliott P, Cappuccio FP, Meerpohl JJ. Effect of lower  
31 sodium intake on health: systematic review and meta-analyses. BMJ 2013;346:f1.
- 32 ๑๑. World Health Organisation (WHO). Global action plan for the prevention and control of  
33 noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. [cited 2013 May 22]. Available from:  
34 <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>

- 1 ๑๒. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. Cited from <http://bps.ops.moph.go.th/III/ป่วย>  
2 [52/ผู้ป่วยในปี2552.xls](#)
- 3 ๑๓. Ingsathit A, Thakkinthian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al.  
4 Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK  
5 study. Nephrol DialTransplant 2010;25:1567-1575.
- 6 ๑๔. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์  
7 ของประชากรไทย. กรุงเทพมหานคร: ๒๕๕๒.
- 8 ๑๕. ประไพศรี ศรีจักษรวาล และคณะ. อาหารลดเค็มช่วยลดความดันโลหิต[อินเทอร์เน็ต].  
9 [เข้าถึงเมื่อ ๒๒ พ.ค. ๒๕๕๕]. แหล่งข้อมูล: <http://www.freewebs.com/1stopservice/salt.pdf>
- 10 ๑๖. ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. สถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในประเทศไทย:การศึกษาเชิงปริมาณ  
11 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ๒๒ พ.ค. ๒๕๕๕].  
12 แหล่งข้อมูล: <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/download1no167.pdf>
- 13 ๑๗. Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, et al. Projected effect of dietary salt reductions  
14 on future cardiovascular disease. N Engl J Med 2010;362:590–9.
- 15 ๑๘. Rubinstein A, Garcia MS, Souto A, et al. Generalized cost-effectiveness analysis of a package  
16 of interventions to reduce cardiovascular disease in Buenos Aires, Argentina. Cost  
17 Effectiveness Resource Allocation 2009;7:10.
- 18 ๑๙. Asaria P, Chisholm D, Mathers C, et al. Chronic disease prevention: health effects and financial  
19 costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. Lancet 2007;370:2044–53.
- 20 ๒๐. World Health Organization. Reducing salt intake in populations: report of a WHO forum and  
21 technical meeting. WHO forum on reducing salt in populations; 2006 Oct 5-7; Paris, France.  
22 Geneva: World Health Organization: 2007.
- 23 ๒๑. WHO. Salt reduction and iodine fortification strategies in public health. Report of a joint technical  
24 meeting convened by WHO and The George Institute for Global Health in collaboration with the  
25 International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders Global Network, Australia,  
26 March 2013. 2014