

การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

Food Consumption of Patients With Valvular Heart Disease

สุพัตรา บัวทิ* สุรชาติ สิทธิปรกรณ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ โดยใช้ แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับข้อมูลประชากร ภาวะสุขภาพ การบริโภคและการปรุงอาหารโดยดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73 อายุเฉลี่ย 50 ปี จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 88.5 รายได้เฉลี่ย 3,123.70 บาทต่อเดือน ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารเฉลี่ย 1,925.51 บาทต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 7.33 ปี มีระดับสมรรถภาพหัวใจส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ II ถึง III ร้อยละ 99 และพบว่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 26.92 พลังงานที่ได้รับจากสารอาหารเฉลี่ย 1,292.3 แคลอรีต่อวัน ปริมาณโซเดียมที่ได้จากการปรุงรสประเภท ปลาร้า เกลือ น้ำปลา ปลาร้า ผงชูรส ในแต่ละครั้งเฉลี่ย 3,348.85, 1,872.2, 1,667.49, และ 786.29 มิลลิกรัมตามลำดับ เครื่องปรุงรสที่ใช้เป็นประจำสำหรับการปรุงอาหารมี 4 ชนิด คือ เกลือ น้ำปลา ปลาร้าและผงชูรส ในการประกอบอาหารประเภทที่ทำประจำ คือ ต้ม แกง ปั่น ย่อม ชุบ และส้มตำ ซึ่งมีปริมาณโซเดียม 9,250 มิลลิกรัม ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่บุคคลที่เป็นโรคหัวใจควรได้รับ คือปริมาณโซเดียมไม่เกิน 3,000 มิลลิกรัมต่อวัน

การดูแลด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยในบริบทสังคมต้องคำนึงถึงความมีเอกลักษณ์เฉพาะในเรื่องวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับอาหาร เพื่อให้การจัดการดูแลมีจุดเน้นที่ผู้ป่วย และชุมชนเป็นศูนย์กลางในการจัดการดูแลสุขภาพที่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

คำสำคัญ: โรคลิ้นหัวใจ การบริโภคอาหาร

Abstract

This descriptive research aimed to explore food consumption of people with valvular heart disease by using semi-structured interview to collect demographic data, health status, and food consumption of participants. The data was analyzed by descriptive statistic includes frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Most of participants were female (73%), average aged 50 years, and finished primary school (88.5%). Their average income and food budget per month was 3,123.70 and 1,925.51 baht respectively. Most of them had functional heart class II and III (99%) with average illness duration was 7.33 years and 26.92 % had under standardized body mass index. Average energy from food was 1,292.3 calori perday. Quantity of sodium in seasoning ingredients per time of cooking: phara (mud fish-sauce) (3,348.85mg), salt (1,872.2 mg), fish-sauce (1,667.49mg), and phong-coo-rod (monosodium glutamate) (786.29 mg). Participants used 4 types of seasoning to cook tom or kaeng (boiling), pon (chili paste), aom (Isan curry), soop (Isan chili paste), and som-tom (papaya salad)

* PhD (Nursing) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150 E-mail: supatra.b@msu.ac.th

** PhD (Nursing) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

which were added total sodium at 9,250 mg per one cooking. (The recommendation of sodium intake for people with the heart problem is less than 3,000 milligram per day)

Appropriate food consumption management can support people with valvular heart disease is required to focus and concern clients' context, in particular food consumption culture. Therefore, client-center and community-based may support effectiveness of health care services to enhance quality of life of people with valvular heart disease.

Keywords: Valvular heart disease, Food consumption

Supatra Buatee and Surachat Sittipakorn. Food consumption of patients with valvular heart disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 12(2): 23 - 29.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่พบบ่อย คือ มีอาการอ่อนเพลียและมีอาการหอบเหนื่อย^{1,2} อาการที่เกิดขึ้นส่งผลให้ความอยากอาหารของผู้ป่วยลดลง จึงพบว่าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการรับประทานอาหารได้น้อย บางรายเหนื่อยมากจนทำให้รับประทานได้เพียง 2-3 คำต่อมื้อ ทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ในขณะที่เดียวกันจากภาวะเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้นทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพ อันมีสาเหตุมาจากอัตราเมตาบอลิซึมที่เพิ่มขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค ความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ จากความต้องการสารอาหารที่เพิ่มขึ้นแต่กลับได้รับสารอาหารน้อยลง และผลจากการที่หัวใจสูบฉีดเลือดออกไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ ทำให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหารน้อยลง ส่งผลต่อการย่อยและการดูดซึมสารอาหารไม่มีประสิทธิภาพ ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา^{3,4} ภาวะทุพโภชนาการมีกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จากการขาดสารอาหารทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ผู้ป่วยที่ขาดสารอาหาร อัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่ากลุ่มที่ภาวะโภชนาการปกติ⁵ ผู้ป่วยมีอัตราการเกิดของอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น และในที่สุดอัตราการเสียชีวิตก็เพิ่มมากขึ้น^{6,7,8}

จากปัญหาความอยากอาหารที่ลดลงทำให้ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการหาแนวทางในการที่จะช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร ซึ่งพบว่า การเพิ่มรสเค็มในอาหารเป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้ป่วยบางคนใช้เพื่อทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น ซึ่งการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ทำให้มีการดูดน้ำกลับที่ท่อหน่วยไตปริมาณน้ำในหลอดเลือดจึงเพิ่มมากขึ้น ปริมาณน้ำไหลกลับหัวใจที่มากขึ้นทำให้หัวใจทำงาน ประกอบกับการมีภาวะทุพโภชนาการที่มีระดับของอัลบูมินในพลาสมาต่ำ ทำให้โอกาสที่น้ำจะออกนอกเส้นเลือดไปแทรกอยู่ตามเนื้อเยื่อต่างๆ รวมทั้งเนื้อเยื่อปอด ปัจจุบันเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญทำให้พยาธิสภาพของโรคลิ้นหัวใจพิการมีความรุนแรงขึ้น

ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงเกิดภาวะแทรกซ้อน มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น จากผลกระทบของการบริโภคอาหารต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสำรวจการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้การสนับสนุนการให้การดูแลด้านอาหารให้มีสอดคล้องของกับบริบทของผู้ป่วย คำแนะนำที่พัฒนามาจากข้อมูลในบริบทของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ทำให้อาการและอาการแสดงตลอดจนภาวะแทรกซ้อนของโรคลดลง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

สำรวจการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง
2. ข้อมูลลักษณะทางคลินิกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการที่เกิดขึ้นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ระดับความรุนแรงของโรค ระดับการรบกวนของโรคต่อการดำเนินชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

3. แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ประกอบด้วยจำนวนมื้ออาหาร มื้ออาหารที่รับประทานมากที่สุด ผู้ปรุงอาหาร ลักษณะการปรุงอาหาร รสชาติอาหารที่ชอบ ปริมาณอาหารที่รับประทานใน 1 วัน ปริมาณน้ำดื่ม ปริมาณเกลือที่ได้รับ ปริมาณเครื่องปรุงรสที่ใช้ วิธี

การปรุงอาหารในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงในสัปดาห์ที่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงลักษณะของงานวิจัยและถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการ บอกลิขิตในการตัดสินใจที่จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับปกติไม่ว่าจะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนสามารถปฏิเสธที่จะตอบคำถามหรือยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและบันทึกประวัติการเจ็บป่วย ทำแผนที่บ้าน มอบแบบบันทึกเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร นัดหมายวันเวลา ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อสังเกตและสัมภาษณ์การปรุงอาหาร และการบริโภคอาหาร อภิปรายเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันของข้อมูลที่บันทึกเกี่ยวกับการปรุงและการบริโภคอาหาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ แจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลแต่ละรายการของงานวิจัยและสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้จากการปรุงอาหารและบริโภคอาหารนำเสนอด้วยข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ลักษณะประชากร สังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 73 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 50 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือ ร้อยละ 71 สำเร็จชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 88.5 และมีอาชีพทำนา ร้อยละ 81 สำหรับลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5 คนต่อครัวเรือน รายได้เฉลี่ย 3,123.70 บาทต่อเดือน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 82.7 และมีหนี้สินเฉลี่ย 39,235 บาทต่อครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารเฉลี่ย 1,925.51 บาทต่อเดือน และพบว่า ร้อยละ 41 ของกลุ่มตัวอย่างใช้ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารน้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน

ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 7.33 ปี มีระดับสมรรถภาพหัวใจ ที่ระดับ II-III ร้อยละ 99 อาการที่พบได้แก่ เหนื่อย ร้อยละ 88.5 ไอแห้งๆ ร้อยละ 38.5 วิงเวียน ร้อยละ 34.6 เบื่ออาหาร ร้อยละ 34.6 ใจสั่น ร้อยละ 32.7 นอนราบไม่ได้ ร้อยละ 30.8 อ่อนเพลีย ร้อยละ 28.8 สะดุ้งตื่นหลับสนอนหลับ ร้อยละ 23.1 เจ็บแน่นหน้าอก ร้อยละ 21.2 และบวม ร้อยละ 19.2 ระดับการรบกวนชีวิตโดย 1 ถึง 10 โดย 1 หมายถึงระดับรบกวนชีวิตน้อยที่สุด และ 10 หมายถึงระดับรบกวนชีวิตสูงสุด เฉลี่ยที่ ระดับ 6.32 และร้อยละ 37 รับรู้ถึงระดับการรบกวนชีวิตที่ระดับ 7-10 สำหรับภาวะโภชนาการพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 ร้อยละ 26.92 และสูงกว่า 24.99 ร้อยละ 12

การบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ และมีมื้อเย็นเป็นมื้อที่รับประทานมากที่สุด ร้อยละ 30.8 บริโภคนมเป็นประจำ ร้อยละ 19.2 ปริมาณพลังงานที่ได้รับจากอาหารเฉลี่ย 1,292.3 แคลอรีต่อวัน และได้รับอาหารระหว่าง 400-1,000 แคลอรี ต่อวันร้อยละ 50 ดังตารางที่ 1

ปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสในการปรุงอาหารโดยคำนวณปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงแต่ละชนิดต่อครั้ง พบว่า ในปลาร้า 3,348.85 มิลลิกรัม เกลือมีโซเดียมเฉลี่ย 1,872.2 มิลลิกรัม น้ำปลา 1,667.49 มิลลิกรัม และ ผงชูรส 786.29 มิลลิกรัม ดังตารางที่ 2

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับโซเดียมพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้เครื่องปรุงรสเค็ม คือ น้ำปลา ร้อยละ 100 รองลงมาใช้ปลาร้า ร้อยละ 92.3 และพบว่า ร้อยละ 90.4 ใช้ผงชูรสในการปรุงอาหารให้มีรสชาติดีขึ้น ดังตารางที่ 3

การปรุงอาหารแต่ละครั้งมีการใช้เครื่องปรุงรส 2-4 ชนิด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปรุงอาหารด้วยเครื่องปรุงรสเค็ม 2 ชนิด คือ ปึง ย่าง โดยใช้เกลือกกับผงชูสร้อยละ 94.2 รองลงมา ใช้เครื่องปรุงรส 4 ชนิด โดยใช้ เกลือ น้ำปลา ปลาร้า ผงชูรสในการทำน ส้มตำ แกง อ่อม และ ซุป ปริมาณโซเดียมในการปรุงอาหารแต่ละชนิด พบว่า 1) อาหารประเภทปึง นึ่ง ย่างจะได้รับโซเดียมเฉลี่ย 4,230 มิลลิกรัม 2) ต้ม ลาบ หมก ก้อย ยำ ได้รับโซเดียมเฉลี่ย 5,900 มิลลิกรัม และ 3) อาหารประเภทป่น ส้มตำ แกง อ่อม ซุป อุ คั่ว จะได้รับเฉลี่ย 9,250 มิลลิกรัม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคโลหิตจาง (n=52)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนมื้ออาหารต่อวัน		
2 มื้อ	3	5.8
3 มื้อ	43	82.7
4 มื้อ	3	5.8
5 มื้อ	3	5.8
มื้อที่ได้รับปริมาณอาหารสูงสุด		
เท่าๆกัน	10	19.2
มื้อเช้า	12	23.1
มื้อมีกลางวัน	14	26.9
มื้อเย็น	16	30.8
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร		
ดื่มนมเป็นประจำ	10	19.2
รับประทานอาหารเช้าก่อนนอน	43	82.7
รับประทานผลไม้ต่างๆ เช่น กล้วย ส้ม องุ่น	26	49.9
รับประทานเนื้อแห้ง ไส้กรอก แหนม	43	82.7
เติมน้ำปลา ซอสปรุงรสในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว	43	82.7
ปริมาณพลังงาน (แคลอรีต่อวัน) (X = 1,292.3 , SD = 57.21)		
400-1000	26	49.9
1001 -2000	22	42.3
มากกว่า 2000	5	7.6

ตารางที่ 2 เครื่องปรุงรสและค่าเฉลี่ยโซเดียมในเครื่องปรุงรสที่ใช้ต่อครั้ง

เครื่องปรุงรสที่ใช้	ปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรส (มิลลิกรัม)
ปลาร้า	3,348.85
เกลือ	1,872.2
น้ำปลา	1,667.49
ผงชูรส	786.29

ตารางที่ 3 การใช้เครื่องปรุงรสอาหารของผู้ป่วยโรคโลหิตจาง

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เครื่องปรุงรสเค็ม*		
น้ำปลา	52	100
ปลาร้า	48	92.3
เกลือ	46	88.5
ซอส	23	44.2
ซีอิ๊วขาว	12	23.1
เครื่องปรุงรสที่ทำให้รสชาติอาหาร*		
ผงชูรส	47	90.4
รสดี	27	51.9
เคนอร์	11	21.2

* ใช้ได้มากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 4 การใช้เครื่องปรุงรส และปริมาณโซเดียมที่ได้รับ*

ประเภทอาหาร	เครื่องปรุงรส	ปริมาณโซเดียม (มิลลิกรัม)	จำนวน	ร้อยละ
บึง ย่าง	เกลือ ผงชูรส	4,230	49	94.2
นึ่ง	เกลือ ผงชูรส	4,230	31	59.5
ต้ม	เกลือ น้ำปลา ผงชูรส	5,900	35	67.2
ลาบ	เกลือ น้ำปลา ผงชูรส	5,900	25	48.0
หมก	เกลือ น้ำปลา ผงชูรส	5,900	8	15.4
ก้อย	เกลือ น้ำปลา ผงชูรส	5,900	4	8.6
ยำ	เกลือ น้ำปลา ผงชูรส	5,900	3	5.7
ป่น	เกลือ น้ำปลา ปลาร้า ผงชูรส	9,250	44	84.6
ลัมตำ	เกลือ น้ำปลา ปลาร้า ผงชูรส	9,250	37	71.1
แกง	เกลือ น้ำปลา ปลาร้า ผงชูรส	9,250	28	53.7
อ่อม	เกลือ น้ำปลา ปลาร้า ผงชูรส	9,250	20	38.4
ซุบ(ป่นตำรวมกับผัก)	เกลือ น้ำปลา ปลาร้า ผงชูรส	9,250	10	19.2

* ปรุงมากกว่า 1 ชนิด

การอภิปรายผล

จากปัญหาการมีรายได้น้อยพบว่าผู้ป่วยโรคไตหัวใจพิการใช้เงินในการซื้ออาหารระหว่าง 1,000-3,000 บาทต่อเดือน ต่อครัวเรือนซึ่งมีสมาชิกในบ้าน 3-6 คน ดังนั้น ค่าใช้จ่ายด้านอาหารต่อคนประมาณ 150-1,000 บาทต่อเดือน หรือ ประมาณ 5-33 บาทต่อคนต่อวัน ซึ่งถือว่าต่ำมากเมื่อเทียบกับราคาสินค้าด้วยเงินจำนวนนี้สามารถซื้อโซสดได้ 2-10 ฟอง หากซื้อเนื้อหมูก็ได้ประมาณ 200 กรัม นอกจากนี้ยังต้องใช้เงินซื้ออาหารในหมวดอื่นๆ จึงเป็นไปได้สูงที่ผู้ป่วยโรคไตหัวใจพิการจะไม่สามารถจัดหาอาหารประเภทโปรตีนสูง โดยเฉพาะอาหารประเภทนมที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของเนื้อเยื่อ กลุ่มตัวอย่างได้รับพลังงานจากสารอาหารไม่เพียงพอโดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับพลังงานต่ำกว่า 1,000 แคลอรีต่อวัน ร้อยละ 49.9 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางโภชนาการ กล่าวคือ มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ถึงร้อยละ 40 ส่งผลต่อภาวะความรุนแรงของโรคมากขึ้นกล่าวคือ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (51 รายจาก 52 ราย) มีระดับสมรรถภาพของหัวใจที่ระดับ II-III ผู้ป่วยรายงานการรับรู้ระดับการบวมน้ำที่ระดับ 1 ถึง 10 ที่ระดับความรุนแรงตั้งแต่ 4-10 จำนวน 48 ราย จาก 52 ราย โดยค่าเฉลี่ยการบวมน้ำต่อชีวิตอยู่ที่ระดับ 6.32 ซึ่งการขาดสารอาหารในผู้ป่วยโรคไตหัวใจพิการทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น¹⁰

ปัญหาความยากจนทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสขาดสารอาหารการได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทำให้การดำเนินโรคเลวลง และมีอาการมากขึ้น จากการขาดสารอาหารทำให้ร่างกายขาดวิตามิน

(thiamin) ซึ่งเป็นสารอาหารสำคัญที่ช่วยให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ การขาดสารนี้ทำให้หัวใจทำงานลดลง และมีอาการของโรคหัวใจเพิ่มขึ้น รวมทั้งการใช้ยาขับปัสสาวะในกรณีนี้ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจวายร่วมด้วย ยังทำให้ร่างกายขับโพแทสเซียมออกจากร่างกายมากขึ้นอีกด้วย⁴ นอกจากนี้การบริโภคปลาร้าดิบจะไปขัดขวางการดูดซึมโพแทสเซียม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสขาดโพแทสเซียมมากขึ้น การขาดสารอาหารทำให้ร่างกายต้องสร้างพลังงานจากกรดอะมิโน (amino acid) ที่เรียกว่ากระบวนการกลูโคนีโอเจนีซิส (gluconeogenesis) กรดอะมิโนที่ถูกดึงออกมาจากกล้ามเนื้อคือ อะลานีน (alanine) และกลูตามีน (glutamine) กลูตามีนเป็นกรดอะมิโนจำเป็น (essential amino acid) ที่ไม่สามารถสร้างได้ในร่างกาย อาหารที่มีกรดกลูตามีนสูงได้แก่อาหารประเภทนมและนมถั่วเหลืองและมีการศึกษาพบว่า การให้อาหารที่มีส่วนประกอบของนมจะช่วยให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นและลดการสลายกลูตามีนออกจากกล้ามเนื้อ¹⁰ แต่เนื่องจากความยากจนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสน้อยที่จะจัดซื้ออาหารประเภทนมทำให้พบว่ามีปัญหาทุพโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างไม่ส่งเสริมภาวะสมดุลทางโภชนาการเมื่อเจ็บป่วยโดยโรคไตหัวใจพิการ รวมทั้งเป็นปัจจัยที่ทำให้พยาธิสภาพของโรครุนแรงมากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับประทานเพียง 3 มื้อ จำนวน 43 รายจาก 52 ราย ไม่ได้มีการแบ่งอาหารออกเป็นมื้อย่อยๆ เพื่อลดการทำงานของหัวใจ สำหรับอาหารประเภทนมมีโอกาสได้รับน้อยมาก นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนนอนและพบว่า ผู้ป่วยถึง 16 รายที่รับประทานอาหารในปริมาณมากที่สุดที่มีเอ็นและอาหารในกลุ่มที่มีโซเดียมสูงได้แก่ เนื้อแห้ง ไส้กรอก

และแหมม และยังพบว่าส่วนใหญ่มีการเติมเครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมสูงได้แก่ น้ำปลา และซอสในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว จากการคำนวณพบว่าในการปรุงอาหารแต่ละครั้งมีการใช้เครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมสูง และลักษณะการปรุงอาหารที่บ้านอีสานจะมีการใช้เครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมสูง 2-4 ชนิด การปรุงอาหารที่ทำประจำ ได้แก่ แกง ปั่น ต้ม บั๊ว อ่อม ซุป ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะได้รับปริมาณโซเดียมสูงเกินกว่าข้อกำหนดมาตรฐานการได้รับโซเดียม ซึ่งตามข้อกำหนดในการได้รับโซเดียมสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจของสมาคมดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ (Heart Failure Society of America) คือ 1) ระหว่าง 2,000 ถึง 3,000 มิลลิกรัมต่อวันในรายที่มีอาการเล็กน้อย ที่ระดับสมรรถภาพหัวใจ I-II 2) ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวันในรายที่มีอาการมาก ที่ระดับสมรรถภาพหัวใจ III¹¹ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าประชาชนชาวอีสานในเขตชนบทนิยมปรุงอาหารประเภทป่น ล้มตำ แกง อ่อม ซุป อุ ข้าวซึ่งใช้เครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมจำนวน 4 ชนิด ดังนั้นจะได้รับโซเดียมสูงกว่าข้อกำหนดของการได้รับโซเดียม 3-6 เท่าตามระดับความรุนแรงของโรคกล่าวคือ ที่ระดับสมรรถภาพหัวใจ I-II อยู่ที่ 3 เท่า และที่ระดับสมรรถภาพหัวใจระดับ III อยู่ที่ 6 เท่า ซึ่งการได้รับโซเดียมในปริมาณที่มากเกินไปจะทำให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้นจากปริมาณน้ำไหลกลับหัวใจเพิ่มขึ้น (preload) ซึ่งทำให้พยาธิสภาพของผู้ป่วยเลวลง4 เกิดภาวะหัวใจวายขึ้น ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างทุกรายถูกรบกวนจากอาการ และอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย ได้แก่ เหนื่อย ไอแห้งๆ วิงเวียน เมื่ออาหาร ใจสั้น นอนราบไม่ได้ สะดุ้งตื่นหลังจากนอนหลับไปแล้ว อ่อนเพลีย ใจสั้น เจ็บหน้าอก และบวม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการ

1.1 ดูแลการรับประทานอาหารเพื่อให้ได้พลังงานเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่สำคัญในการใช้สร้างพลังงานโดยดูแลให้คำแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง โดยการเพิ่มสมดุลพลังงานให้เป็นบวก สัดส่วนอาหารที่ควรได้รับควรให้เป็นอาหารที่มีโปรตีนและคาร์โบไฮเดรต หลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยาก ในกรณีที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานอาจแนะนำให้ดื่มน้ำหวานแทนน้ำ ให้รับประทานโปรตีนที่ย่อยง่าย และมีการดื่มน้ำในอัตราจำเป็นครบถ้วน เช่น ชีส นม และถั่วเหลือง ดูแลให้ได้รับพลังงานเพิ่มจากเดิมที่เคยได้รับร้อยละ 30¹² ดูแลให้ได้รับวิตามินซีจากผักและผลไม้ให้เพียงพอ เพื่อให้การดูดซึมโปรตีนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ¹³ และให้รับประทานอาหารหลายมื้อ อาจเป็นวันละ 5-6 มื้อ แทน 3 มื้อ

แทนที่การรับประทานครั้งละมากๆ เพื่อลดการทำงานของระบบย่อยและดูดซึมสารอาหารในแต่ละมื้อ ร่างกายได้รับสารอาหารที่ใช้ในการสร้างพลังงานสม่ำเสมอขึ้น ซึ่งจะช่วยลดการสลายโปรตีนออกจากกล้ามเนื้อหัวใจที่ผิดปกติลงได้

1.2 ดูแลการรับประทานอาหารเพื่อลดปริมาณน้ำที่ไหลกลับหัวใจ ทำได้โดย 1) ดูแลให้ได้รับโซเดียมน้อยที่สุด หรือตามข้อกำหนดการได้โซเดียมคือดูแลให้ได้รับโซเดียม ต่ำ 2) กว่า 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน¹⁴ โดยแนะนำหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง โดยเฉพาะในรายที่มีอาการมากต้องจำกัดเกลือ หรือไม่เค็มเกลือหรือเครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมสูงในอาหารเลย อาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ น้ำปลา ปลาร้า ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว ปลาเจ่า ปลาเค็ม ผงชูรส ของหมักดอง อาหารสำเร็จรูป ถ้ารับประทานผลไม้ก็ไม่ควรจิ้มพริกเกลือ 3) จำกัดปริมาณน้ำเข้าสู่ร่างกาย โดยแนะนำให้ดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของโรคและการทำหน้าที่ของไต ควรประเมินว่ามีอาการของน้ำเกินได้แก่ อาการบวม น้ำหนักเพิ่มขึ้นผิดปกติ อาการไอจากการมีน้ำคั่งในปอด ถ้าประเมินพบว่าภาวะน้ำเกินในร่างกายให้ดื่มน้ำเพียง 600-1,000 มิลลิกรัมต่อวัน ใช้หลักในการคำนวณน้ำดื่ม ดังนี้ ปริมาณน้ำที่ควรดื่ม = จำนวนปัสสาวะ (ซีซี) + 500-700 ซีซี (น้ำจากเหงื่อและลมหายใจ) - 300 ซีซี (น้ำที่เกิดจากกระบวนการเมตาบอลิซึม)

1.3 ดูแลด้านอาหารให้สอดคล้องกับบริบทสังคม ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการในบริบทสังคมอีสานมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการเสียมดุลของภาวะโภชนาการสูง เนื่องจากปัญหาทางด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคม ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพ ผู้ป่วยได้รับสารอาหารในปริมาณที่ต่ำกว่าความต้องการของร่างกาย ได้รับสารอาหารในกลุ่มโปรตีนและไขมันไม่เพียงพอ แต่บริโภคโซเดียมในปริมาณสูง ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากวัฒนธรรมการปรุงอาหารโดยเฉพาะ กล่าวคือ มีการใช้ปลาร้าซึ่งมีปริมาณโซเดียมสูงมากเป็นเครื่องปรุงรสสำคัญ และการใช้ผงชูรสอย่างแพร่หลาย ดังนั้นจึงขาดการศึกษาครั้งนี้ มีการเติมในการปรุงอาหารทุกชนิด ในการให้คำแนะนำเรื่องอาหารแก่ผู้ป่วยเจ้าหน้าที่สุขภาพควรคำนึงถึงลักษณะทางวัฒนธรรมการกินและการปรุงอาหารที่จำเพาะ การแนะนำการลดเกลือในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรให้ความสำคัญในการค้นหาคำปรึกษาหารือกัน กล่าวคือ ลักษณะการปรุงอาหารของแต่ละบุคคลและให้คำแนะนำที่เป็นรูปธรรม และควรมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านเพื่อสังเกตการปรุงอาหารในชีวิตประจำวัน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับปรุงดูแลการปรุงอาหารที่มีปริมาณโซเดียมที่เหมาะสมกับภาวะของโรค ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากความเสี่ยงของโรคที่ลดลง หากยังไม่สามารถติดตามเยี่ยมได้ก็ให้คำแนะนำการปรุงอาหารที่ใช้เครื่องปรุงน้อยชนิดจะทำให้สามารถลดปริมาณโซเดียมในอาหารได้ เช่น

แนะนำอาหารประเภท บั๊ง นึ่ง ย่าง หรือหากเป็นประเภทป่นก็แนะนำให้ใช้เครื่องป่นรสเค็มเพียง 1-2 ชนิด แทน 3-4 ชนิด ดังข้อมูลที่พบในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในบริบทอีสาน ในส่วนของปริมาณอาหาร ซึ่งผู้ป่วยเห็นว่าการได้รับปริมาณสารอาหารที่เพียงพอจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของเนื้อเยื่อ ซึ่งมีผลให้ความรุนแรงของอาการน้อยลง ตลอดจนช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินโรครุนแรงขึ้นทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แนะนำแหล่งอาหารที่มีสารอาหารที่จำเป็นคือโปรตีนและหากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจก็ควรช่วยผู้ป่วยแสวงหาแหล่งโปรตีนราคาถูกที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ กบ เขียด กุ้งฝอย ไข่ แสวงหาเครือข่ายสนับสนุนที่จะส่งเสริมให้สามารถผลิตอาหารประเภทโปรตีนในครัวเรือน เช่น การเลี้ยงปลา การเลี้ยงไก่ไข่ โดยขอความสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเริ่มต้น ได้แก่ การหาพันธุ์ปลา หรือ ลูกไก่ แจกจ่ายให้กับประชาชนที่อาศัยในเขตชนบท โดยเริ่มต้นที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองด้านอาหารได้

เอกสารอ้างอิง

1. Buatee S. The effects of Feminist process approach on dyspnea management in patients with valvular heart disease. Master of Nursing Science (Adult Nursing). Mahidol University ; 2002.
2. Maneesilp W (2000). Dyspnea experience, dyspnea outcomes and management strategies of dyspnea in patients with valvular heart disease. Master of Nursing Science (Adult Nursing). Mahidol University; 2000.
3. Bennett SJ, Welch JL, Eckert GJ, Oldridge NB, Murray MD. (2006) Nutrition in chronic heart failure with coexisting chronic kidney disease. J Cardiovasc Nurs 2006; 21 (1): 56-62.
4. Wooley JA. Characteristics of thiamin and its relevance to the management of heart failure. Nutr Clin Pract 2008; 23 (5): 487-493.
5. Nicol SM, Carroll DL, Homeyer CM, Zamagni CM. The identification of malnutrition in heart failure patients. Euro J Cardiovasc Nurs 2002; 1(2): 139-147.
6. Dunn SP, Bleske B, Dorsch M, Macaulay T, Van Tassel B, Vardeny O. Nutrition and heart failure: Impact of drug therapies and management strategies. Nutr Clin Pract 2009; 24 (1): 60-75.
7. Sullivan DH, Roberson PK, Bopp MM. Hypoalbuminemia 3 months after hospital discharge: Significance for long-term survival. J Am Geriatr Soc. 2005; 53 (7): 1222-6.
8. Witte KA, & Clark AL. Chronic heart failure and micronutrients. J Am Coll of Cardiol 2001; 37 (4): 1765-74.
9. กอบกุล สิทธิชัย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเรื้อรังที่มีอาการผอมแห้ง พยาธิและสรีระของผู้ป่วยโรคหัวใจเรื้อรังที่มีอาการผอมแห้ง. ประชุมวิชาการครั้งที่ 21 เรื่อง ผลผลิต ผลลัพธ์และความก้าวหน้าทางการพยาบาล. 14-15 พฤษภาคม 2553. สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี: 2553
10. Smith RJ, Wilmore DW. Glutamine nutrition and requirements. J parental and enteral nutrition 1996; 4(4): 94s-99s.
11. Heart Failure Society of America. HFSA 2006 comprehensive heart failure practice guidelines. J Card Fail 2006; 21: 10-38.
12. WHO (1995). Expert committee on physical status: The use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report 1995; 854: 1-452.
13. สุนีย์ สหัสโพธิ์. ชีวเคมีทางโภชนาการ. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้งเฮาส์; 2543.
14. Labarte D. American Heart Association: 2010 Dietary Guideline. Division for Heart Disease and Stroke Prevention, Centers for Disease Control and Prevention. Presentation at the Institute of Medicine Committee on Strategies to Reduce Sodium Intake; January 13, 2009.

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในอนาคต

2.1 ศึกษาแนวทางการจัดการดูแลด้านอาหารโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมกับสภาวะของโรค ป้องกันการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นและการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.2 ศึกษาแนวทางในการพัฒนาสื่อการสอนสุขศึกษาเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับลักษณะการดำเนินชีวิตเป็นกรณีเฉพาะในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2.3 ศึกษาการรับรู้ของพยาบาล และบทบาทในการให้ความรู้ด้านอาหารในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมที่มีความเฉพาะ ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก และภาคใต้