



สถานการณ์การรับประทานอาหารโซเดียมสูงและการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภค อาหารโซเดียมสูงกับการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วาสนา รวยสูงเนิน PhD** ดลวิวัฒน์ แสนโสม PhD** นงลักษณ์ เมฆากาญจนศักดิ์ PhD** สมจิต แดนสีแก้ว ศศ.ด.***
นพนันท์ ชัยภูมิ พย.ม.**** รุ่งทิวา ชันธมุล พย.ม.**** เกษม ดำนอก พย.ม.*****

บทคัดย่อ

การศึกษาระยะที่ 1 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มุ่งศึกษาสถานการณ์การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงและการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโซเดียมสูงกับการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน 7 หมู่บ้านของอำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวม 100 คน 2) ผู้ดูแลในครอบครัว 100 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและผู้นำชุมชน 100 คน และ 4) เจ้าหน้าที่สุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 4 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มผู้ป่วย 10 ครั้ง การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยจำนวน 10 ครั้ง การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการประชุมร่วมวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ในหมู่บ้าน 7 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคอาหารโซเดียมสูงในผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า สถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเชื่อมโยงกับวิถีการบริโภคอาหารของครอบครัวและชุมชน โดยการคงรสชาติความอร่อยแบบที่เคี้ยวรับประทาน และการใช้เครื่องปรุงรสหลากหลายชนิดในอาหารที่ปรุงแต่ละประเภท เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรวมทั้งคนในชุมชนปฏิบัติกันทั่วไป นอกจากนี้การบริโภคแบบเดิม ๆ ไม่เปลี่ยนแปลงวิธีรับประทาน ทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่แตกต่างจากคนอื่น ๆ ในชุมชน และเป็นการลดความยุ่งยากในการปรุงอาหาร นอกจากนี้ การใช้ความรู้สึกลัวรสชาติไม่เค็มเป็นเกณฑ์ในการกำหนดปริมาณโซเดียมในอาหารที่รับประทาน โดยไม่มีแนวทางในการเสาะแสวงหาข้อมูลในการตรวจปริมาณเกลือโซเดียมเพิ่มเติม ผนวกกับการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดไตเรื้อรังว่าเป็นผลมาจากการใช้ยารักษาโรคมากกว่าการบริโภคเกลือโซเดียม ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบในปริมาณสูง และการไม่ยึดมั่นต่อการรับประทานยาตามแผนการรักษา ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่ศึกษา ผลการศึกษาในระยะที่ 1 จะเป็นข้อมูลสำคัญนำไปสู่การดำเนินการวิจัยในระยะการเพิ่มศักยภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อป้องกันภาวะไตเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: การบริโภคโซเดียม การรับรู้ โรคไตเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการเพิ่มศักยภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อป้องกันภาวะไตเรื้อรัง และได้รับการสนับสนุนทุนจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กรรมการสภาการพยาบาล และนายกิตติมศักดิ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสือเผ่า อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

***** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพลอง อำเภอจักษ์ราช จังหวัดนครราชสีมา



High sodium consumption situation and perception relevant to high sodium consumption associated with chronic kidney disease among people with chronic non-communicable disease

Wasana Ruaisungnoen PhD** Donwivat Saensom PhD** Nonglak Methakanjanasak PhD**
Somjit Daenseekaew PhD*** Noppanan Chaiyapoom MNS**** Rungtiwa khamthamoon MNS*****
Kasem Damnok MNS*****

Abstract

The first phase of participatory action research aims to explore situation of high sodium consumption and perception relevant to high sodium consumption associated with chronic kidney disease among people with chronic non-communicable disease (CNCD) in 7 villages of Chiang Yuen District, Mahasarakham province. Study participants include 1) 100 patients with hypertension and/or type 2 diabetes mellitus 2) 100 family caregivers 3) 100 village health volunteer and community leaders and 4) 4 public health personnel working in local hospital. Ten focus group discussions, 10 in-depth interviews, participatory and non-participatory observation, and 7 brainstorming meetings to share and discuss relevant community situation are conducted in this phase. Data analysis uses content analysis method.

Results from sodium consumption situation analysis among the patients with CNCD in this study demonstrate that sodium consumption among people with CNCD is relevant to family and community eating custom and pattern. Maintaining typical taste of the food by adding several kinds of sodium containing food seasoning is general in the community. Preserving usual cooking and eating habit makes no difference between patients and other family and community members as well as reduces daily burden. Additionally, the study participants use their sense from food tasting to limit sodium consumption. The participants do not put effort in searching for the information concerning salt restriction that they do not know. Perceptions among study participants that taking diabetes and antihypertensive medications has more impact on their kidneys comparing with reduced salt consumption is associated with medication nonadherence among the patients with CNCD. Consequently, this perception contributes to less awareness to restrict dietary sodium among the participants. In conclusion, findings from Phase I will inform the plan to support self-management among people with non-communicable disease for chronic kidney disease prevention for next research phase.

Keywords: sodium consumption, perception, chronic kidney disease, chronic non-communicable disease

*This study is a part of a research project titled "Community empowerment to support self-management among people with non-communicable disease for chronic kidney disease prevention" Funded by the Research and Training Center to Promote the Quality of Working Life, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Associated Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**** Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***** Register Nurse, Saue Thou Health Promoting Hospital, Muaeng, Mahasarakham

***** Register Nurse, Doung Phong Health Promoting Hospital, Chakrah, Nakhonrahchasi



บทนำ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนสะสมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพมากยิ่งขึ้น¹ ในประเทศไทย พบว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคไตเรื้อรังที่พบมากที่สุด โดยปี พ.ศ. 2551 พบผู้ป่วยจำนวน 494,809 คน อัตราความชุกเป็น 860.53 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยจำนวน 1,009,835 คน อัตราความชุกเป็น 1,570.63 ต่อแสนประชากร² รายงานสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังโดยองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2560 แสดงให้เห็นว่าโรคไตเรื้อรังคร่าชีวิตของประชากรโลกถึงปีละประมาณ 41 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ โดยประมาณร้อยละ 40 ของผู้เสียชีวิตดังกล่าวเป็นกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 30-69 ปี ของประชากรในประเทศที่กำลังพัฒนา¹

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรังทั้งในประเทศที่มีรายได้ต่ำ ปานกลาง และสูง³ โดยโรคไตเรื้อรังระยะแรกมักไม่แสดงอาการผิดปกติให้เห็นชัดเจน เป็นอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น เบื่ออาหาร ไม่สดชื่น คันตามผิวหนัง เป็นต้น ซึ่งอาการชัดเจนมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้วหรือเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD)³ โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านผลกระทบจากระบบการรักษาต่อความพึงพอใจในการดูแลรักษา⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตด้านที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการรักษาเพื่อการบำบัดทดแทนหน้าที่ของไต ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายระยะยาว กระบวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลกระทบต่อมิติอื่นๆ ของคุณภาพชีวิต เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ขากรรตุก และภาวะอ่อนเปลี้ย (fatigue) หลังการฟอกเลือด หรือภาวะซึมเศร้าและแยกตัวจากสังคมในผู้ป่วยฟอกเลือด เป็นต้น⁴ ดังนั้น การชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากโรคไตเรื้อรังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ผลการศึกษาใน 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาล้วนสนับสนุนประสิทธิภาพของการลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารที่

บริโภคต่อการลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง⁵ การชะลอการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการลดระดับความดันโลหิต⁶ และผลลัพธ์การรักษาที่ดีกว่าในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) เมื่อเปรียบเทียบการลดเกลือโซเดียมที่บริโภคกับการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม⁷ แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าการลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีดังกล่าวมาแล้วเบื้องต้น การปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารดังกล่าวไม่ใช่เรื่องง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากขัดแย้งกับวิถีชีวิตดั้งเดิมและวัฒนธรรมของสังคม งานวิจัยที่ผ่านมาจึงคงพบปัญหาในการลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงในหลากหลายกลุ่ม⁸⁻¹⁰

ตำบลเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม มี 7 หมู่บ้าน มีประชากร 3,674 คน มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ 105 คน ซึ่งแบ่งเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว จำนวน 55 คน และผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจำนวน 50 คน ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 58.18, 69.09, และ 72.72 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 5 ราย¹¹

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นโดยการสังเกตและสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเจ้าหน้าที่สุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสื่อเฒ่าร่วมกับผู้วิจัย พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวยังคงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งเจ้าหน้าที่ได้เน้นการให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมลดการรับประทานอาหารเค็มแล้วก็ตาม นอกจากนี้เมื่อทำการสำรวจพฤติกรรมการรับประทานอาหารของคนในชุมชนโดยรวม พบว่าชาวบ้านส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการปรุงอาหารและซื้ออาหารปรุงสำเร็จมารับประทานโดยไม่ได้อ่านถึงระดับเกลือโซเดียมในอาหาร เช่น การรับประทานส้มตำซึ่งปรุงตามปกติไม่ได้ลดปริมาณเครื่องปรุงที่มีเกลือโซเดียม การใช้ผงชูรสในการปรุงอาหารร่วมกับน้ำปลาและน้ำปลาร้า เป็นต้น จากข้อมูลนี้ผู้ป่วยและญาติได้ให้เบื้องต้นแสดงให้เห็นถึงมุมมองเกี่ยวกับอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมรับ



ประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง ได้แก่ การต้องซื้ออาหารรับประทานเพราะประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ไม่รู้สึกรว่าอาหารที่รับประทานอยู่มีรสเค็มแต่อย่างใด และไม่แน่ใจว่ารับประทานแค่นั้นจึงเรียกว่าเกลือโซเดียมไม่สูงเพราะทุกคนในหมู่บ้านก็รับประทานเหมือนกัน ไม่อยากแตกต่างจากคนอื่น ๆ เป็นต้น จากข้อมูลที่ได้ในการสำรวจสถานการณ์เบื้องต้น นำมาสู่ปัญหาการวิจัย คือ การศึกษาสถานการณ์การบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงในชุมชนที่ศึกษา และการสำรวจการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและญาติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและการเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งการศึกษานี้เป็นระยะที่ 1 ของโครงการวิจัยเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการเพิ่มศักยภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อป้องกันภาวะไตเรื้อรัง ซึ่งมีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัวสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อการศึกษาสถานการณ์การบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงในชุมชนที่ศึกษา และการสำรวจการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและญาติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและการเกิดโรคไตเรื้อรัง ใน 7 หมู่บ้านของเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสื่อเผ่า อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม¹² เนื่องด้วยปัญหาการวิจัยดังกล่าวเบื้องต้นเกิดขึ้นในบริบทสังคมที่ส่งผลต่อการรับรู้ และการตัดสินใจจัดการเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง โดยมีปัจจัยทางสังคมเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มองเห็นปัญหา ผลกระทบของปัญหา และแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ภายใต้แนวความคิดที่ว่าทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในปัญหานั้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม ได้แก่ 1) การร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis)

แลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้วยความเคารพต่อกันและมีความเท่าเทียมกัน 2) ร่วมกันวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหา (planning a change) ตามบริบททางสังคมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จากนั้น 3) ร่วมลงมือเปลี่ยนแปลง (acting) ติดตามสังเกตกระบวนการ (observing the process) และผลที่เกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลง (consequences of the change) เพื่อนำมา 4) สะท้อนผลลัพธ์ (reflecting) และนำไปสู่ 5) การปรับปรุงแผนการเปลี่ยนแปลง (replanning) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้นไป¹² โดยในการศึกษาที่นำมารายงานนี้เป็นผลการศึกษาระยะที่ 1 ซึ่งผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน (facilitators) ในการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสุขภาพ ได้ร่วมกันเรียนรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานการณ์โรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนตามข้อเท็จจริงที่ปรากฏ เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องระดมสมอง แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน และการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันในระยะต่อไปของการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยที่ศึกษานี้เป็นระยะแรกของวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและทำความเข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ดูแล และคนในชุมชนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่ศึกษา ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการประชุมระดมสมอง ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 4 กลุ่ม จำนวน 304 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวม 100 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วย 100 คน จาก 100 ครอบครัว 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนรวม 100 คน 4) เจ้าหน้าที่สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 4 คน คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยโดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติประกอบด้วย มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ที่ศึกษาวิจัย สามารถอ่านออก



เขียนได้ และเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) การสนทนากลุ่ม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวาน 10 ครั้งๆ ละ 10 คน ครั้งละ 90 นาที 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวาน 10 คนๆ ละ 45-60 นาที 3) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม โดยสังเกตสภาพแวดล้อมและวิถีชุมชน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานในชุมชน และ 4) การจัดประชุมระดมสมอง ระหว่างผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน หมู่บ้านละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 90 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก 3) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม 4) แนวทางการจัดประชุมระดมสมอง ซึ่งเครื่องมือวิจัยทั้งหมดผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะที่ 1 คือ เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์การบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เพื่อศึกษาบริบทของปัญหาดังกล่าวจากมุมมองของผู้ป่วยและชุมชน และเพื่อทำความเข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และคนในชุมชนต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงกับการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยการนำบันทึกภาคสนามในทุกกิจกรรมมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล จัดรวมประเด็นหลัก ประเด็นย่อย วิเคราะห์เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นที่ค้นพบ จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า¹³ กล่าวคือตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน และจากคนละแหล่งข้อมูล เพื่อยืนยันความถูกต้องและน่าเชื่อถือ จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนและคุณภาพของข้อมูลโดยให้เจ้าของข้อมูลคือผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์แล้ว ข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมีความคลาดเคลื่อน ผู้วิจัยตรวจสอบจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมอีกครั้งเพื่อทำการวิเคราะห์ใหม่

จริยธรรมการวิจัย ผ่านการรับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัย กล่าวคือ หลังจากที่ผู้วิจัย

ได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยจนอาสาสมัครเข้าใจถ่องแท้แล้ว อาสาสมัครเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจเท่านั้น โดยรับทราบว่าตนเองสามารถออกจากการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีการสอบถามเหตุผลใดๆจากผู้วิจัย และการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ทั้งนี้การนำเสนอข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้

ผลการศึกษา

ผลการศึกษารายงานตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งเป็น 1) การศึกษาสถานการณ์การบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน และ 2) การทำความเข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ดูแล และคนในชุมชนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่ศึกษายังคงมีการบริโภคอาหารโดยไม่ได้อ่านฉลากโภชนาการ พบว่าสถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ศึกษาเป็นปัญหาที่เกิดจากวัฒนธรรมการบริโภคและการใช้ชีวิต กล่าวคือ ในการประกอบอาหารรับประทานเอง ทุกครั้งมีการใช้เครื่องปรุงรสหลากหลายประเภท เครื่องปรุงรสที่ใช้โดยทั่วไป ได้แก่ ผงชูรส หรือผงปรุงรส เกลือแกง ปลาจืด น้ำปลา และน้ำซอสปรุงรส ซึ่งใช้เป็นประจำจนเกิดความเคยชิน หากไม่ใช้จะทำให้ส่งผลต่อรสชาติอาหาร นอกจากนี้ยังมีการใช้เกลือแกงหรือเครื่องปรุงที่มีเกลือโซเดียมประเภทอื่น ๆ ในการถนอมอาหารหรือแปรรูปอาหารไว้รับประทานตามความชื่นชอบ รวมถึงวัฒนธรรมการใช้ชีวิตประจำวันโดยการปรุงอาหารแบบเดียวกันเพื่อรับประทานทั้งบ้าน และในชุมชนที่มีกิจกรรมร่วมกันรับประทานเหมือนกัน ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีผลศึกษาที่ค้นพบ ดังนี้

“ไม่ใส่ ไม่อร่อย ยิ่งใส่ ยิ่งอร่อย” เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ กล่าวถึงการเติมเครื่องปรุงรสเมื่อปรุงอาหาร โดยอธิบายเหตุผลสำคัญคือ เมื่อไม่ได้ปรุงรสด้วยเครื่องปรุงดังกล่าว รสชาติอาหารจะไม่ถูกปากสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุไม่ยอมรับประทาน การเติมเครื่องปรุงรสดังกล่าว



จะเติมเพียงเล็กน้อยตามความเข้าใจของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ได้มีการกำหนดปริมาณที่ชัดเจน ใช้เกณฑ์คือ ไม่รู้สึกหิว เค็ม และส่วนใหญ่จะใช้ในการปรุงอาหารทุกประเภท ทั้งการ ผัด ทอด ต้ม บิง ย่าง หรือทำน้ำพริก (แจ่ว) โดยหากเป็น ประเภท ผัด ทอด ต้ม จะเป็นการเติมเครื่องปรุงลงในอาหาร โดยตรงขณะปรุงเพื่อเพิ่มรสชาติ แต่ประเภทบิง หรืออย่างมี การใช้เกลือในการหมักอาหาร เครื่องปรุงรสอาหารที่นิยมใช้ ในการปรุงแต่งรสอาหารในครอบครัวและร้านอาหาร ประกอบด้วย ผงปรุงรส ประเภทผงชูรส รสดี น้ำปลาร้า น้ำปลา และซอสปรุงรสประเภทต่าง ๆ เช่น ซอส ซีอิ๊วขาว น้ำมันหอย เป็นต้น ส่วนเกลือแกง ใช้ในการถนอมอาหาร หรือหมักอาหาร ดังคำกล่าวของผู้เข้าร่วมวิจัยรายหนึ่งให้ ข้อมูลเกี่ยวกับการเติมเครื่องปรุงรสอาหาร ว่า

“ใส่นิดเดียวเอง ผงชูรส แต่ปลายช้อน พอให้มีรสชาติ ส่วนใหญ่จะใส่(ผงชูรส)ในพวกผัดผัก ผัดเนื้อ

บางที่ก็รสดี ใส่พวกไข่เจียว ผัดผัก อาหารไทยพวกผัด ทอด ใส่รสดี แล้วก็ผงชูรส นิดหน่อย ไม่เค็มหรอก”

โดยในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ สังเกตเห็นญาติผู้ป่วยทำอาหารโดยเทผงชูรสจากซองลงในกระทะที่ผัดอาหารครั้งแรกปรุงพร้อมเครื่องปรุงอื่น ๆ ซึ่งมีเกลือโซเดียมเป็นส่วน ประกอบอยู่แล้ว และเทใส่อีกครั้งก่อนปิดไฟเมื่อทำอาหารเกือบเสร็จสิ้น

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งให้ข้อมูลในการเติมเครื่องปรุงลงในอาหารที่ปรุง ดังนี้

“ฉันทำเองแกงหนึ่ง เช่น แกงอ่อม ก็จะใส่ทั้งเกลือ น้ำปลา ปลาร้า ซีอิ๊ว ถ้าผัดก็ใส่ทั้งผงปรุงรส น้ำมันหอย เกลือ ใส่ 4-5 อย่างถึงจะครบ มันถึงอร่อย....พวกส้มตำ ก็ต้องใส่ ทั้งปลาร้า น้ำปลา เกลือ กะปิ ผักดอง ปูดอง ถึงจะอร่อย”

จากข้อมูลและการสังเกตพฤติกรรมการปรุงอาหารดังกล่าว สะท้อนมุมมองและวิถีชีวิตในการบริโภคเกลือโซเดียม โดยไม่ได้ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพด้านอื่น ๆ ยกเว้น ด้านรสชาติอาหาร ซึ่งหากลดปริมาณการบริโภคเกลือ โซเดียมมีผลให้รับประทานได้น้อยลง นอกจากนี้ ในชีวิตประจำวันของผู้ให้ข้อมูลมีการบริโภคเกลือโซเดียมในหลากหลายรูปแบบ โดยในอาหาร 1 ประเภทมักใช้เครื่องปรุงที่มี โซเดียมเป็นส่วนประกอบร่วมกันมากกว่า 4 ชนิด

“ไม่ต้องยุ่งยาก กินให้เหมือนกัน” เป็นคำกล่าวที่ผู้ เข้าร่วมวิจัยหลาย ๆ คนให้ข้อมูลที่คล้ายคลึงกัน ในลักษณะ ที่เป็นเหตุผลของการไม่ได้แยกปรุงอาหารที่จำกัดปริมาณ

เกลือโซเดียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการปรุงอาหารรับประทานเองในครอบครัว ดังข้อมูลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยรายหนึ่ง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เกลือแกงในชีวิตประจำวัน ว่า

“บิงปลานี้ ลูกทำให้ จักเขาใส่ไหมหละ ใส่เกลืออยู่ เขากลับเราไม่อร่อย เขาก็ใส่มา หมักปลาใส่เกลือ ใส่ผงชูรส นิด หน่อย ไม่ใส่ไม่อร่อย มันจืด คนแก่กินไม่ได้ คนในบ้าน ลูก หลาน สามี่ น้อง ๆ เขาไม่(ต้อง)กินจืดเหมือนเรา เขากินเค็ม ชูรส เกลือ ปลาร้า ก็ต้องใส่จ้า เราก็กินด้วย ไม่ต้องยุ่งยาก กิน เหมือนๆกัน เขาทำปลาต้ม ผักดอง ก็ใช้เกลือหมักหน่อไม่ต้อง ก็นะ เกลือเกลือหมักเองจ้า มันเค็มอยู่หรือมันเปรี้ยวนะ...”

ส่วนผู้ร่วมวิจัยอีกรายหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้ปรุงอาหารเองให้ สมาชิกในครอบครัวรับประทาน กล่าวว่

“แม่ทำอาหารเอง ปรุงด้วยน้ำปลา น้ำตาล ผงชูรส นิด เดียว รู้ว่าไม่ดี ก็ไม่ใส่มาก แต่ไม่ใส่เลยคงไม่ได้ส่วนใหญ่เรา ทำอาหารหม้อเดียวให้กินกันทั้งบ้าน ไม่ได้แบ่งทำให้คนป่วย โดยเฉพาะ แม่ทำให้ลูก ให้ตา กินด้วย จะทำหลายครั้งแยก หม้อก็เหนื่อย ก็กินไปเลย เค็มหน่อยก็ไม่ชดน้ำเอา”

ข้อมูลที่ผู้ร่วมวิจัยทั้งสองรายนี้ให้สอดคล้องกับข้อมูล จากผู้ร่วมวิจัยทั้งที่เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวหลาย ราย กล่าวตรงกันในลักษณะของวิถีชุมชนในการหมักดอง อาหารไว้รับประทานเอง และการไม่แบ่งปรุงอาหารเฉพาะ โรคนครวเรือน เพราะไม่ต้องการทำตัวให้แตกต่าง สมาชิก ในครอบครัวและในชุมชนต่างก็บริโภคเหมือนกัน เป็น วัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งการทำตัวแตกต่างจากบุคคลรอบ ข้างในการบริโภคอาหารผู้เข้าร่วมวิจัยบางรายกล่าวว่า เป็น สิ่งที่ยุงยาก เพิ่มภาระ บางรายกล่าวว่าไม่ชินรู้สึกแปลก เพราะใคร ๆ ก็รับประทานแบบนี้ (ไม่ได้ลดเค็ม) โดยเฉพาะ อย่างยิ่งในกิจกรรมทางสังคมของชุมชน ดังคำกล่าวของผู้ ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่มรายหนึ่ง กล่าวว่า “งานบุญ ส้มตำ ไม่ขาด (ใส่ปลาร้า) น้ำยาขนมจีนก็ใส่น้ำปลา ไม่มีงานบุญก็ ทำกินบ้าง น้ำยาลาวก็ใส่ปลาร้าปรุงให้อร่อย นัว” หรือข้อมูลที่ กล่าวว่ “ต้มหน่อไม่ต้องใส่ไก่ กินประจำ อาหารคนแถวนี้ ชอบนะ คนชอบเขาจะกิน เราก็กินบ้าง เวลาไปงานบุญ แม่ ครวก็ใช้ผงชูรสปรุงนะ กินกันทั้งหมู่บ้านเลย ทั้งงานวัด งาน แต่ง งานขึ้นบ้านใหม่ ขนมจีน อาหารในงาน ใส่หมด ทั้งผง ปรุง น้ำซอส น้ำปลา เกลือ ปลาร้า ใส่ทุกอย่างที่ทำให้อร่อย” ผลการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ดูแล และคนในชุมชนเกี่ยวกับการบริโภค อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงกับการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่า



“โรคไตเกิดจากยาหอม” ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนหนึ่งเชื่อมโยงและเปรียบเทียบผลกระทบที่เกิดต่อไตระหว่างการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมและการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ตนเองใช้อยู่ในชีวิตประจำวัน ในลักษณะที่รับรู้ว่ายาก็รับประทานทุกวัน เป็นสาเหตุของการเกิดไตเสื่อมได้มากกว่าการรับประทานเกลือโซเดียมในอาหาร ดังนั้นยาจึงน่ากลัวกว่าเกลือในมุมมองของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังข้อมูลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยรายหนึ่งกล่าวไว้

“โรคไตเกิดจากยาหอมนะ ผมว่า ไปโรงพยาบาลที่ไต่ยามาทีละตะกร้าใหญ่ๆ ใครจะกล้ากิน ใครไม่กลัว กลัวเป็นไต ไม่กล้ากินหรืออก ให้มาบางคนก็กินสม่ำเสมอแต่ก็กินแบบกลัวๆ บางคนกินบ้างไม่กินบ้าง เพราะกลัวเป็นไตวายต้องฟอกไต...ผมปรุรงรกกิ่งก็ยวมั้ง หมอบอกว่ามันเกี่ยวกับโรคไต ให้ลดๆ แต่จะให้ลดยังไง มันเกี่ยวกับโรคไตหรือไม่ใช่ยาหรือหอม ช่วยบอกหน่อย”

ซึ่งข้อมูลดังกล่าว ได้รับการยืนยัน ในการสนทนากลุ่มว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนไม่น้อยมีการรับรู้ที่สอดคล้องกัน เนื่องจากการที่ต้องได้รับการตรวจเลือดเป็นระยะ ๆ เพื่อดูค่าการทำงานของไตเมื่อไปพบแพทย์ ผู้ป่วยจึงมีความเข้าใจว่าเป็นผลกระทบจากยามากกว่าจากโรค การรับรู้ดังกล่าวถูกนำมาเชื่อมโยงกับคำแนะนำในการจำกัดเกลือในอาหารที่บริโภค และมีการรับรู้ที่คล้ายคลึงกันว่า ประโยชน์จากการลดปริมาณยาที่รับประทานลงมีผลดีต่อไตมากกว่าการจำกัดเกลือในอาหาร ในขณะเดียวกันผลจากการรับรู้ดังกล่าวยังทำให้ผู้ป่วยขาดความยึดมั่นต่อการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังคำกล่าวเบื้องต้น

นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยยังได้ใช้ประสบการณ์ตรงในการเชื่อมโยงสิ่งที่เคยประสบในชีวิตประจำวัน เพื่อทำความเข้าใจตามการรับรู้ของตนเองเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังและการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและยารักษาโรคดังนี้

“ในบ้านเรามีคนได้ฟอก(ไต) ตายก่อนฟอกก็มี ฟอกอยู่ก็ตายก็มี คนเป็นไต(วาย)จะเหนื่อยมากนะ บวม ไปไหนก็ไม่ได้ ยิ่งใกล้วาระสุดท้ายเหนื่อยไปไหนไม่ได้เลย มีคนเป็นหลายคนแล้ว ได้ยินกันแต่ว่าน่าจะเพราะแกป่วยหนัก เพราะได้ยาหอมมาเยอะมาก คนก็คุยกันว่าเกิดจากยาหอมนี้แหละ ยิ่งกินยิ่งอาการหนัก แต่ผงซุรกกิ่งมีส่วน แต่เกี่ยวกับยังไงทำให้ไตวายได้ยังไง ก็ไม่รู้เหมือนกัน”

จากคำกล่าวเบื้องต้นสะท้อนการรับรู้ในทิศทางที่อาจกลับกันกับข้อมูลทางการแพทย์ว่า ยาที่รับประทานจำนวนเพิ่มขึ้นทำให้อาการของโรคไตเรื้อรังยิ่งทวีความรุนแรงมากกว่าการที่อาการรุนแรงขึ้นเป็นเหตุให้ต้องใช้ยาจำนวนมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญต่อการค้นคว้าข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมและการเกิดโรคไตค่อนข้างน้อย

“ฉันไม่รู้หรอก แคชิมว่าไม่เค็ม” การรับรู้ข้อมูลที่จำกัดดังกล่าวเบื้องต้น ยังส่งผลต่อการขาดข้อมูลที่น่าไปสู่การปฏิบัติตัวด้านการควบคุมเกลือโซเดียมเพื่อป้องกันโรค ดังนี้

“ปรุรงอย่างไรงี้จะบอกว่าเค็มน้อย เค็มไม่เค็ม ฉันไม่รู้หรืออกหอม แคชิมว่าไม่เค็ม พอหัว ๆ มีรสชาติ ไม่ได้กินเค็มๆ เหมือนก่อนๆ ยังไม่ปลอดภัยจากโรคไตหรือ ใคร ๆ ก็กิน ใส่ชนิดเดียว ไม่เคยดวงวัด ใส่ตามความรู้สึกว่าใส่ชนิดเดียว ไม่รู้ว่าจะต้องดวงอย่างไร”

ผู้ร่วมวิจัยส่วนมากใช้ความรู้สึกเป็นเกณฑ์ในการคาดคะเนปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารที่บริโภค ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การควบคุมปริมาณเกลือโซเดียมไม่เป็นไปตามแผนการรักษา การรับรู้และพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้สถานการณ์การป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่ศึกษาเป็นประเด็นที่ต้องอภิปรายเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันในชุมชนต่อไป

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และทำความเข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ดูแล และคนในชุมชนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและการเกิดโรคไตเรื้อรัง สรุปได้ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความความคิดเห็นร่วมกัน และพบว่าสถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมยังคงเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากวิถีชีวิตและการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดไตเรื้อรังเป็นผลมาจากการใช้ยารักษาโรคมากกว่าการบริโภคเกลือโซเดียม การบริโภคแบบเดิม ๆ ทำให้ตนเองไม่แตกต่างจากคนอื่น ๆ ในชุมชน ลดความยุ่งยากในการปรุงอาหาร การใช้ความรู้สึกว่ารสชาติไม่เค็มเป็นเกณฑ์ในการกำหนดปริมาณโซเดียมในอาหารที่รับประทาน โดยยังคงรสชาติความอร่อยแบบที่เคยรับประทาน และการใช้เครื่องปรุงรสหลากหลายชนิดในอาหารที่ปรุงแต่ละประเภท ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม



บริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบในปริมาณสูงในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่ศึกษา

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์บริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง และการรับรู้เกี่ยวกับอาหารโซเดียมสูงที่บริโภคกับการเกิดโรคไตเรื้อรัง มีข้อค้นพบที่สำคัญและนำมาอภิปรายได้ ดังนี้คือ

พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง เป็นสิ่งที่ปฏิบัติกันทั่วไปในครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการรับรู้และความเชื่อที่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลที่คล้ายคลึงกัน คือ “ยิ่งใส่ยิ่งอร่อย ไม่ใส่ไม่อร่อย” หมายถึง การไม่เติมเครื่องปรุงรสอาหารใดๆ ลงในอาหารเลย ทำให้รสชาติอาหารไม่อร่อย ทำให้คนในครอบครัว หรือคนในชุมชน (ในกรณีที่เป็นผู้ประกอบอาหารจำหน่าย) ไม่สามารถรับประทานได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเอง โดยลักษณะการปรุงแต่งรสอาหารมีการใช้เครื่องปรุงที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบหลายชนิดร่วมกันในการปรุงอาหารแต่ละประเภท ผลการศึกษาส่วนนี้อธิบายได้ว่า ทั้งผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งชุมชน ให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งรสชาติอาหารดั้งเดิม มากกว่าผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมรวมทั้งความเชื่อดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงอุปสรรคในการลดการบริโภคเกลือโซเดียมอันเนื่องมาจากการขาดความตระหนัก และการจัดลำดับความสำคัญของพฤติกรรมกับเหตุผลจำเป็นอย่างอื่น ๆ ซึ่งคล้ายคลึงกับรายงานขององค์การอนามัยโลกร่วมกับรัฐบาลแคนาดา¹⁴ ทำการศึกษากลยุทธ์ในการเฝ้าระวังและประเมินการบริโภคโซเดียม รวมถึงแหล่งที่มาของโซเดียมในอาหารจากการศึกษาในกลุ่มประชากรต่าง ๆ และพบว่าแหล่งของโซเดียมในอาหารมาจากการเติมลงในอาหารระหว่างการปรุง และการเติมเพื่อปรุงแต่งรสเพื่อจะรับประทาน ตามวัฒนธรรมการกินของแต่ละที่ โดยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานเกลือโซเดียมพบว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ต้องทำการสำรวจร่วมด้วยเสมอเมื่อศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคเกลือ รายงานดังกล่าว¹⁴ ยังระบุอีกว่าปัจจัยสำคัญต่อการไม่ประสบความสำเร็จในการลดการบริโภคเกลือโซเดียม คือการไม่เกิดความตระหนักในปัญหา การขาดความรู้ และการไม่สามารถจัดลำดับความสำคัญของการลดเกลือโซเดียมไว้ในลำดับต้น ๆ

เมื่อเทียบกับความต้องการอื่น ๆ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพ และการส่งเสริมความตระหนักในปัญหา รวมทั้งการสนับสนุนด้วยแหล่งทรัพยากรต่างๆ เป็นปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จที่สำคัญในการศึกษาที่ผ่านมา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยระบุเหตุผลที่สำคัญของการไม่ปรับเปลี่ยนปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารที่รับประทาน แม้ว่าตนเองเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเสี่ยงมี 2 ประการคือ “ไม่ต้องยุ่งยาก กินให้เหมือนกัน” หมายถึง การที่ปรุงอาหารแล้วสมาชิกในครอบครัวรับประทานอาหารชนิดเดียวกัน ผู้ป่วยไม่ต้องการแตกต่างจากคนอื่น ๆ ในครอบครัว หรือในหมู่บ้าน เพราะใคร ๆ ก็รับประทานแบบเดียวกัน และในขณะเดียวกันเป็นการลดความยุ่งยากในการปรุงอาหารหลายประเภท อีกประการหนึ่งคือการเชื่อมโยงกับการรับรู้ที่ว่า “โรคไต(เรื้อรัง)เกิดจากยาหมอ” จึงทำให้ขาดความตระหนักในการจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง เพราะเกิดจากยาที่รับประทานมากกว่า การรับรู้ดังกล่าว ยังส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขาดความเชื่อมั่นในการรับประทานยา เพราะกลัวไตเสื่อมจากยา จึงรับประทานบ้าง ไม่รับประทานบ้าง ข้อค้นพบนี้มีความสอดคล้องบางส่วนและแตกต่างบางส่วนกับการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง¹⁵ โดยการใช้ Leventhal's Common Sense Model of self-regulation¹⁶ ในการศึกษาต่าง ๆ พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งรับรู้ว่าการใช้ยารักษาโรคในระยะยาวเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังของตน แต่มีบางส่วนที่ระบุว่าอาหารที่รับประทานเป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง ซึ่งในการศึกษาเดียวกันนี้อธิบายว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รับรู้สาเหตุของโรคเกิดจากสิ่งที่ตนเองสามารถควบคุมได้ จะมีส่วนร่วมในการรักษาเพื่อควบคุมโรคดีกว่ากลุ่มที่รับรู้สาเหตุอยู่เหนือการควบคุม อาจนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมลดหรืองดยาที่รับประทานบางส่วน เพื่อควบคุมการเกิดโรคไตเรื้อรังในการศึกษาครั้งนี้ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 นี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการดำเนินการศึกษาในระยะต่อไป โดยทำให้เข้าใจการรับรู้และปัจจัยที่มีผลต่อการปรับพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังจากมุมมองและประสบการณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกในชุมชน การวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน



ในชุมชนโดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญในการศึกษา
ระยะต่อไป เนื่องจากพื้นฐานของปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจาก
วัฒนธรรมการใช้ชีวิตในชุมชน และพฤติกรรมร่วมของคนใน
ชุมชน ดังนั้นการสร้างควมตระหนักในปัญหาาร่วมกันจึงเป็น
ประเด็นสำคัญในการศึกษาในระยะต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases: progress monitor 2017.
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health of Thailand. Health at a glance Thailand 2017. 2017.
3. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic kidney disease. *The Lancet*. 2017 Mar 25; 389(10075): 1238-52.
4. Finkelstein FO, Wuertth D, Finkelstein SH. Health related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community. *Kidney international*. 2009 Nov 1; 76(9): 946-52.
5. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2006 Feb 1; 47(2): 296-308.
6. Suckling RJ, He FJ, MacGregor GA. Altered dietary salt intake for preventing and treating diabetic kidney disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(12).
7. Kayikcioglu M, Tumuklu M, Ozkahya M, Ozdogan O, Asci G, Duman S, Toz H, Can LH, Basci A, Ok E. The benefit of salt restriction in the treatment of end-stage renal disease by haemodialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2008 Nov 11; 24(3): 956-62.
8. Toda A, Ishizaka Y, Tani M, Yamakado M. Current dietary salt intake of Japanese individuals assessed during health check-up. *Hypertension Research*. 2015 Feb; 38(2): 163-8.
9. Basuray A, Dolansky M, Josephson R, Sattar A, Grady EM, Vehovec A, Gunstad J, Redle J, Fang J, Hughes JW. Dietary sodium adherence is poor in chronic heart failure patients. *Journal of Cardiac Failure*. 2015 Apr 1; 21(4): 323-9.
10. Gheorghide M, Greenberg BH, O'Connor CM, Pieper K. Factors identified as precipitating hospital admissions for heart failure and clinical outcomes. *Arch Intern Med*. 2008; 168(8): 847-54.
11. Saue Thou Health Promoting Hospital, Mueang, Mahasarakham. Number of patients with chronic disease in hospital database. 2016.
12. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin N, Lincoln Y (Eds), *Strategies of Qualitative Inquiry*, Sage, Thousand Oaks 2007; 271-330.
13. Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ. The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*. 2014 Sep 1; 41(5): 545-7.
14. World Health Organization. Strategies to monitor and evaluate population sodium consumption and sources of sodium in the diet: report of a joint technical meeting convened by WHO and the Government of Canada. 2011.
15. Clarke AL, Yates T, Smith AC, Chilcot J. Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: a narrative review. *Clinical kidney journal*. 2016 May 10; 9(3):494-502.
16. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense representation of illness danger. *Contrib Med Psychol* 1980; 2: 7-30