การเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง*

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

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นระยะที่ 2 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มุ่งพัฒนากระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ใน 7 หมู่บ้าน ตำบลเสือเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 102 คน 2) ผู้ดูแลในครอบครัว 92 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและผู้นำชุมชน รวม 84 คน และ 4) เจ้าหน้าที่สุขภาพ 4 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม การเสวนากลุ่มผู้ป่วย 14 ครั้ง การประชุมระดมสมองระดับหมู่บ้าน 14 ครั้ง และระดับตำบล 3 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลจากการวิจัย พบว่า ผู้ร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และสะท้อนคิดเรื่องการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ร่วมระดมสมองและกำหนดวิธีการในการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ดังนี้ 1) าผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงโดยปรุงอาหารรับประทานเองแทนการซื้อ 2) ลดปริมาณอาหารรสจัด 3) ลดชนิดของเครื่องปรุงรส 4) เมื่อต้องร่วมกิจกรรมสังคมต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงรสจัด 5) ชุมชนประกาศงานบุญปลอดผงชูรสเพื่อปกป้องสุขภาพผู้ป่วยและ 6) ชุมชนผลิตผงนัวจากผักพื้นบ้านแทนผงชูรส หลังดำเนินการวิจัย 6 เดือน พบว่า เครือญาติและเพื่อนบ้านของผู้ป่วยที่มาร่วมรับประทานอาหารได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประมานอาหารที่ลดปริมาณโซเดียมและแม่ค้าขายอาหารปรุงเสร็จในชุมชนหลีกเลี่ยงและลดการประกอบอาหารที่มีโซเดียมสูง การเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยครั้งนี้จึงนำสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนและชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ดูแลต่อไป

คำสำคัญ: การบริโภคโซเดียม การเสริมพลังอำนาจ โรคไตเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

---

*บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการเพิ่มศักยภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อป้องกันภาวะไตเรื้อรัง และได้รับการสนับสนุนทุนจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*****พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสือเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

******พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพลอง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา

Empowerment of People with Non-communicable Diseases to Reduce Sodium Consumption to Prevent Chronic Kidney Disease*

Somjit Daenseekaew PhD** Donwiwat Saensom PhD*** Wasana Ruaisungnoen PhD*** Nonglak Methakanjanasak PhD***
Noppanan Chaiyapoom M.N.S.**** Rungtiwa khinthamoon M.N.S.***** Kasem Damnok M.N.S.******

Abstract

This study is the second phase of a participatory action research aims to develop an empowerment process for people with non-communicable diseases (NCD) to reduce sodium consumption and prevent chronic kidney disease (CKD) in 7 villages of Chiang Yuen District, Mahasarakham Province. Participants consisted of 1) 102 patients with hypertension and type 2 diabetes, 2) 92 caregivers, 3) 84 health volunteers and community leaders, and 4) 4 health personnel. Data collection was completed through participatory and non-participatory observations, fieldnotes, 14 small- group dialogues with NCD patients, 14 village brainstorming sessions, and 3 subdistrict brainstorming sessions. Data were analyzed with content analysis.

Throughout the study period, participants exchanged and reflected their experience regarding sodium consumption and health status of NCD patients. Results from brainstorming sessions yielded several strategies for sodium restriction including 1) avoiding high sodium diets by cooking their own meals instead of buying prepared meal from outside, 2) reducing spicy food consumption, 3) lowering amount of condiments and preservatives added to the meal, 4) avoiding spicy food consumption during social gatherings, 5) communities declared policy on no monosodium glutamate (MSG) in seasonings during social events, and 6) communities produced alternative seasonings from natural herbs to substitute MSG. Six months after the study was undertaken revealed that friends and relatives were supportive in patients' sodium restriction diets. Community food venders avoided or reduced the amount of sodium used in their food preparation. The success of NCD patient empowerment and community participation evident in this study led to sustainable health promotion for NCD patients to prevent CKD for both the patients and their caregivers in the community.

Keywords: sodium consumption, empowerment, chronic kidney disease, people with non-communicable disease

---

*This article is a part of a research namely "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

**Dean of Faculty of Nursing, Mahasarakham University

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

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

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

*****Registered Nurse, Doung Phong Health Promoting Hospital, Chakrah, Nakhonrahchasima

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases, NCDs) เป็นชื่อเรียกกลุ่มโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก[1] และในประเทศไทย โดยปี พ.ศ. 2551 และปี พ.ศ. 2555 พบอัตราความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานสูงที่สุด คือ 860.53 และ 1,570.63 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[2] และในปี พ.ศ. 2552 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) ตั้งแต่ระยะที่สามขึ้นไปประมาณ 1.9 และ 1.6 เท่า พบความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 17.5 ส่งผลต่อภาระค่ารักษาพยาบาลที่มากขึ้นทั้งของภาครัฐและของครอบครัวผู้ป่วย[3]

โรคไตเรื้อรังมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้วหรือเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD)[4] ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในการบำบัดทดแทนไต จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้[5]

ในพื้นที่ศึกษา คือ 7 ชุมชน ของตำบลเสือเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม มีประชากร 3,674 คน มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 105 คน และผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 50 คน พบว่าปี พ.ศ. 2556 -2558 มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3; 4 และระยะสุดท้าย จำนวน 12; 7 และ 5 คน[6]

จากการเสวนากลุ่มย่อย การประชุมระดมสมอง และการสังเกตเพื่อประเมินสถานการณ์การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงและการรับรู้ ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารโซเดียมสูงกับการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ พบว่า ผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว เครือญาติและคนในชุมชนส่วนใหญ่ชอบนำอาหารรสชาติดี อร่อย ถูกใจ มารับประทานร่วมกัน ช่วยกันปรุงรสอาหารด้วยเครื่องปรุงที่มีส่วนประกอบของโซเดียมหลายชนิดและไม่จำกัดปริมาณโดยขึ้นกับความพอใจในรสชาติของอาหารที่จะร่วมรับประทาน โดยไม่มีแนวทางในการแสวงหาข้อมูลในการตวงปริมาณโซเดียมที่ได้รับในแต่ละวัน แม้ทุกคนที่ร่วมกิจกรรมรับรู้ว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มและทุกคนเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง[7]

รพ.สต. เสือเฒ่า และผู้วิจัยจากคณะพยาบาลสาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งมีความเชื่อในการส่งเสริมสุขภาพแบบเสริมพลังอำนาจ (Health promotion as empowerment)[8] จึงให้ความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมเรียนรู้กับครอบครัวและชุมชนผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสะท้อนคิดสู่การสร้างความตระหนักในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมประเมินสถานการณ์และกำหนดแนวทางการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และช่วยให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ ลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนากระบวนการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยในการกำหนดแนวทางการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงใน 7 หมู่บ้าน เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสือเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเคมมิสและแมคทากกาท (Kemmis & McTaggart)[9]โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน (facilitator) สร้างเวทีเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ดูแล อสม. และบุคลากรสุขภาพ เรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับสถานการณ์โรคไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ทุกคนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นกล้าสะท้อนคิดด้วยความเคารพต่อกันและให้โอกาสทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน[9] เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และแสวงหาความรู้ ความจริงเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางสังคมวัฒนธรรม โดยให้ความสำคัญกับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในการบอกเล่าประสบการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรัง และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นกระบวนการวิจัยในระยะที่ 2 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR)[10] ศึกษาใน 7 หมู่บ้าน ของตำบลเสือเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม โดยผู้วิจัยประชาสัมพันธ์

เชิญชวนให้กลุ่มประชากรที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ สามารถอ่านออกเขียนได้ ทั้งหมด 5 กลุ่ม จำนวน 395 คน ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มละ 130 คน รวม 260 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วย 200 คน จาก 200 ครอบครัว 3) อสม. และผู้นำชุมชนรวม 140 คน 4) เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ 4 คน เชิญเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่ระยะที่ 1 และเมื่อถึงระยะที่ 2 คือ ระยะพัฒนาแนวทางมีผู้ร่วมวิจัย (participants) ด้วยความสมัครใจตลอดโครงการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวม 102 คน 2) ผู้ดูแลในครอบครัว 92 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและผู้นำชุมชน รวม 84 คน และ 4) เจ้าหน้าที่สุขภาพ 4 คน

เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างตุลาคม 2560-กันยายน 2561 ผู้วิจัยดำเนินการ 4 วิธีได้แก่ 1) การเสวนากลุ่มเล็ก (small group dialogue) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนเริ่มโครงการ หมู่บ้านละ 1 ครั้งๆ ละ 10 คน ครั้งละ 90 นาที เพื่อประเมินสถานการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการจัดการตนเองในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้ทำเสวนากลุ่มย่อยในแต่ละหมู่บ้านอีกครั้ง หลังจากการระดมสมองระดับตำบล เพื่อยืนยันความชัดเจนและเชื่อมโยงข้อมูลสู่การหาแนวทางในการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง รวมการทำเสวนากลุ่มย่อยเป็น 14 ครั้ง 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ในผู้ป่วย 10 คนๆ ละ 45-60 นาที เพื่อประเมินการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการจัดการตนเองในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง 3) การสังเกตแบบมีส่วนและไม่มีส่วนร่วม (participant and non participant observation) ผู้วิจัยสังเกตสิ่งแวดล้อมในชุมชน วิถีชุมชน การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารหวานมัน เค็ม การสูบบุหรี่ ดื่มสุราของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 4) การจัดประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด (brain storming and reflection) ระหว่างผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพที่ รพ.สต.และตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน อสม. ผู้นำชุมชน หมู่บ้านละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เพื่อสอบถามประสบการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการจัดการตนเองในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แนวทางการเสวนากลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม 4) แนวทางการจัดประชุมระดมสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการนำบันทึกภาคสนามในทุกกิจกรรมมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล จัดรวมประเด็นหลักประเด็นย่อย วิเคราะห์ข้อมูล เชื่อมโยงความเข้าใจ และตอบวัตถุประสงค์การวิจัย[11]

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (data triangulation) ด้านข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวางตัวเป็นกลางและเหมาะสมของผู้วิจัย และเวลาในการทำวิจัย[11,12] และตรวจสอบความครบถ้วนและคุณภาพของข้อมูลโดยให้เจ้าของข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทุกครั้ง และรวบรวมข้อมูลวิจัยจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

จริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และผู้วิจัยทุกคนผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความมีคุณค่าของผู้ร่วมวิจัย และยึดหลักจริยธรรมการวิจัย 3 ประการ[12] คือ 1) เคารพในความเป็นบุคคลคือให้ผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมทุกกิจกรรมด้วยตนเอง 2) หลักผลประโยชน์ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่ต้องเข้าร่วมและให้ผู้ร่วมตัดสินใจว่าจะก่อประโยชน์หรือไม่ก่อให้เกิดอันตราย และ 3) หลักความยุติธรรมโดยให้ความเสมอภาคแก่ผู้ร่วมวิจัยทุกคนและทุกเวลาที่ร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ประสบการณ์การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการบริโภคโซเดียมจาก 3 แหล่ง ได้แก่

1.1 ผู้ป่วยได้รับโซเดียมจากเครื่องปรุงรส ผู้ป่วยทุกคนบอกว่า มีความรู้จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแนะนำว่า เครื่องปรุงรสที่ใช้ในการประกอบอาหารมีเกลือโซเดียมสูง ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ หากบริโภคเกิน

ปริมาณที่กำหนด แต่ทุกวันของทุกคนมีการใช้เครื่องปรุงที่หาซื้อได้จากชุมชนได้แก่ **1) ผงปรุงรส** พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ผงปรุงรสในการปรุงอาหาร “ไม่ใส่ก็ไม่อร่อย ใส่ก็อร่อย ยิ่งใส่ยิ่งแซบ นัว (กลมกล่อม” “ยายใส่นิดเดียวเอง ผงชูรสแค่ปลายช้อนพอให้นัว” สังเกตเห็นญาติผู้ป่วยทำอาหารโดยเทผงชูรสจากซองลงในกระทะที่ผัดอาหารครั้งแรกปรุงพร้อมเครื่องปรุงอื่น และเทใส่อีกครั้งก่อนปิดไฟเมื่อทำอาหารเกือบเสร็จสิ้น “ผงปรุงจะใส่ผัดผัก ผัดเนื้อ” “ยายใส่รสดีใส่ไข่เจียว ผัดผัก” “อาหารไทยพวกผัดทอด ใส่รสดี ผงชูรส จ้านิดหน่อย ไม่เค็มหรอก” **2) เกลือ** มักใช้ในการถนอมอาหาร หมัก ดอง เพื่อปรุงรสและถนอมอาหาร เช่น ปิ้งปลา คอหมูย่าง “ปิ้งปลานี่ ลูกทำให้ จั๊กเขาใส่ไหมหล่ะ ใส่เกลืออยู่ เขากลัวเราไม่อร่อย เขาก็ใส่มา” “หมักปลาใส่เกลือ ใส่ผงชูรสนิดหน่อย ไม่ใส่ไม่อร่อย มันจืด คนแก่กินไม่ได้” “ลูกหลาน สามี น้องๆ เขาไม่กินจืดเหมือนเรา เขากินเค็ม ชูรส เกลือ ปลาร้า ก็ต้องใส่จ้า เราก็กินด้วยกันกับเขาไม่ได้แยกวง” “เขาทำปลาส้ม ผักดอง ก็ใช้เกลือหมัก” “หน่อไม้ดองก็กินนะ ใส่เกลือหมักเองจ้า มันเค็มอยู่หรือ มันเปรี้ยวพออร่อยนะ” **3) ปลาร้า** ผู้ป่วยยอมรับว่า การรับประทานปลาร้าเป็นความนิยมของทุกคนในชุมชนเพราะเป็นคนอีสาน จึงใส่ปลาร้าในอาหารอีสาน ปรุงแจ่วน้ำพริก ส้มตำ และขนมจีน ซึ่งผู้ป่วยในภาคอีสานรับประทานเป็นประจำ “กินส้มตำ ใส่ปลาร้า ผักดอง น้ำปลา ส้มผัก บักหอยนึ่ง” “แจ่วกินทุกวันกับผักลวก” สังเกตเห็นอาหารที่ผู้ป่วยวัยสูงอายุรับประทานมีหลายอย่าง แต่ผู้ป่วยเลือกกินเฉพาะข้าวเหนียวจิ้มแจ่วปลาร้าดิบกับผักลวกจำพวกยอดผัก เช่น ยอดผักบุ้ง ผักกาดขาว กวางตุ้ง บวบงูลวก “แกงอ่อม ใส่ทั้งเกลือ ปลาร้า ย่านาง ลูกหลานเขาทำ” “งานบุญ ส้มตำไม่ขาด (ใส่ปลาร้า)” “น้ำยาขนมจีน ไม่มีงานบุญก็ทำกินบ้าง น้ำยาลาวก็ใส่ปลาร้าปรุงให้อร่อย นัว” **4) น้ำปลา** มักใส่ทั้งอาหารอีสานและอาหารผัด ทอด ต้ม “ต้มถึงใส่น้ำปลา ต้มเนื้อ ต้มยำใส่หมด หมักหมูมาปิ้งย่าง ก็ใส่ ใส่เกลือด้วย ชูรสด้วย ใส่เยอะอยู่นะไม่อย่างนั้นไม่อร่อย” “แจ่วน้ำปลานี่ ใส่ปลาร้า น้ำปลา กับพริกผง กินอยู่ อาหารคนแก่ ขาดไม่ได้เลย” “กินขนมจีนใส่น้ำปลา ไม่ใส่มันจืด” **5) ซอสน้ำปรุงรส** ซีอิ้วขาว ซอสถั่วเหลือง น้ำมันหอย กะปิ มักใส่ในอาหารประเภทผัด ทอด เพื่อเพิ่มรสชาติอาหารให้อร่อย “ซีอิ้วขาว ใช้ผัดผักนะผัดไม่บ่อย ใส่นิดหน่อย” “น้ำมันหอย ซอสถั่วเหลือง ใส่ยามผัดผัก ทอดไข่เจียว ลูกหลานชอบ ไม่ใส่เขาไม่กินเลย เขาว่ายายทำจืด” “น้ำพริกกะปิ ปลาทู ก็กินบ้างจ้า ไม่บ่อยนะ”

1.2 วิถีชีวิต วิถีชุมชนที่เพิ่มโซเดียม จากการสังเกตในการจัดประชุมหมู่บ้าน และกิจกรรมรวมกลุ่มในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารหมักดองในชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยร่วมรับประทานอาหารชนิดเดียวกันกับครอบครัว และเพื่อนบ้าน คนในชุมชนนิยมนำผักดอง เนื้อสัตว์ดองมาเป็นวัตถุดิบในการประกอบอาหาร เช่น ผักดอง หน่อไม้ดอง ปูดอง หอยดอง ปลาจ่อม นำมาทำอาหารอีสาน “ตำส้ม กินกับผักดอง บางครั้งก็ใส่ในส้มตำเลย” “ต้มหน่อไม้ดองใส่ไก่ กินประจำ อาหารคนแถวนี้ชอบนะ” “ปลาจ่อมกะมีกินนะ แต่ไม่บ่อย นานๆ ทีซื้อมากิน” “ปูดองตำใส่ส้มตำ คนชอบเขาจะกิน เราก็กินบ้าง”

1.3 อาหารสำเร็จรูปสู่วิถีที่คล่องตัว พบว่า ชุมชน นิยมนำบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ปลากระป๋อง น้ำผลไม้ คนในชุมชนรับประทานบ่อยครั้งซึ่งมีโซเดียมสูง “กินบะหมี่ซองมาก หลานกินทีละ 2 ซอง ไม่งั้นไม่อิ่ม หลานชายก็กินมาก” “ปลากระป๋องจะกินบ้าง เบื่อๆ ไม่อยากกินอย่างอื่นปลากระป๋อง บะหมี่ซองก็อร่อยนะ” “น้ำผลไม้ ลูกซื้อแบบกล่องสำเร็จมาให้กินค่ะ เพื่อสุขภาพ”

2. เงื่อนไขและปัจจัยเอื้อให้ผู้ป่วยบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ผู้ป่วยระบุตรงกันว่า ได้รับอาหารที่มีโซเดียมสูงผ่าน 2 ช่องทาง คือ

2.1 ผู้ป่วยประกอบอาหารเอง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังประกอบอาหารรับประทานเอง ตามความเคยชินและความสะดวก โดยใส่เครื่องปรุงรสและวัตถุดิบที่มีโซเดียมสูงในอาหารที่ปรุงเอง “ส่วนใหญ่ ยายทำอาหารเอง ก็ใส่ผงชูรสนิดเดียว” “แม่ทำอาหารเอง ปรุงรสด้วยน้ำปลา น้ำตาล ผงชูรสนิดเดียว รู้ว่าไม่ดี ก็ไม่ใส่มากค่ะ แต่ไม่ใส่เลยคงไม่ได้” ส่วนใหญ่ทำอาหารหม้อเดียวให้รับประทานกันทั้งบ้าน ไม่ได้แบ่งปรุงอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะ “แม่ทำให้ลูกให้ตากินด้วย จะทำหลายครั้งแยกหม้อก็เหนื่อย ก็กินไปเลย เค็มหน่อยก็ไม่ซดน้ำเอา” “ฉันทำเอง แกงหนึ่งเช่น แกงอ่อม ใส่ทั้งเกลือ น้ำปลา ปลาร้า ซีอิ้ว อีกผัดใส่ทั้งผงปรุงรส น้ำซอสปรุงรส เกลือ ใส่ 4-5 อย่างถึงจะครบ อร่อย” “ส้มตำ ใส่ทั้งปลาร้า น้ำปลา เกลือ กะปิ ผักดอง ปูดอง เพิ่มผงชูรสอีกถึงจะอร่อย”

2.2 ญาติ เพื่อนบ้าน และแม่ค้าประกอบอาหารที่มีโซเดียมสูง ผู้ป่วยในชุมชนส่วนมากให้บุตรหลานประกอบอาหารให้รับประทาน “ลูกดูแลยายดี ลูกทำอะไรมาก็กิน เขาอยากให้แม่อร่อย เขาก็ใส่มาแต่ไม่มาก” “ไม่เค็มนะ ลูกทำมาให้ จืดๆ ใส่นิดหน่อย” “ไปกินข้าวบ้านน้องสาวทุกวันเลย ตั้งวงกินข้าวด้วยกัน เขาก็ใส่แหละเค็มๆ ” “ซื้ออาหารถุงกิน เขาไม่ใส่ชูรสก็ขายไม่ได้หรอก อาหารจืดขายไม่ได้ คนไม่กิน” “เวลาไปงานบุญ แม่ครัวก็ใช้ผงชูรสปรุงนะ กินกันทั้งหมู่บ้านเลย ทั้งงานวัด งานแต่ง งานขึ้นบ้านใหม่ ขนมจีน อาหารในงาน ใส่หมด ทั้งผงปรุง น้ำซอส น้ำปลา เกลือ ปลาร้า ใส่ทุกอย่างที่ทำให้อร่อย”

2.3 ผู้ป่วยและญาติซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน จากการสังเกตและสอบถามพบว่า อาหารที่รับประทานบ่อยคือบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ปลากระป๋อง รองลงมาคือน้ำผลไม้ ซึ่งมีส่วนประกอบที่เป็นโซเดียมในปริมาณที่สูง แต่ไม่มีรสชาติเค็มมาก “หลานซื้อบะหมี่มาปรุงกินเองประจำนะ ไม่รู้เลยว่าเค็มอันตรายขนาดนั้น” “ปลากระป๋องกินบ่อยเวลานึกอะไรไม่ออกก็กินปลากระป๋อง” “ลูกซื้อน้ำผลไม้กล่องมาให้ยายกินค่ะ บอกว่าบำรุงร่างกาย ยายก็ว่ามันดีนะ คงมีประโยชน์”

3. แนวทางการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางเพื่อพัฒนาการจัดการตนเอง โดยมีครอบครัว และ ชุมชนให้การสนับสนุนและร่วมปฏิบัติการ ดังนี้

3.1 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง ผู้ป่วยร่วมกันหาแนวทางหลีกเลี่ยงการได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยตนเองได้ผลมากที่สุด ซึ่งสามารถควบคุมปริมาณการบริโภคโซเดียมได้มาก ดังนี้ **1) งดการปรุงอาหารด้วยเครื่องปรุงรสทุกชนิด** เพื่อป้องกันการได้รับโซเดียมในปริมาณสูง ซึ่งมีผู้ร่วมวิจัยเพียง 2 คน ที่ปฏิบัติ แต่ยังหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารนอกบ้าน หรือตามงานบุญประเพณีไม่ได้ “บ้านแม่ไม่มีเครื่องปรุงเลย แม่กินจืดมาหลายปีแล้ว ทำอาหารกินเอง ไม่ซื้อข้างนอกกิน งานบุญก็กินนะ เลี่ยงยากก็ลดเอากินน้อยๆ ” “ยายปรุงอาหารของตัวเองก่อนแบบจืดๆ ไม่ใส่อะไร ต้มปลาก็ต้มปลาไม่ใส่อะไร แล้วค่อยปรุงให้ลูกหลานกิน อันนั้นค่อยใส่เค็มๆ ให้เขาอร่อย แต่ไปงานก็ต้องกิน”

3.2 ลดปริมาณอาหารรสจัด ผู้ป่วยตัดชนิดเครื่องปรุง ลดปริมาณเครื่องปรุง หรือเลือกรับประทานอาหารที่เค็มน้อย เพื่อทำให้ตนเองได้รับโซเดียมน้อยลง “แจ่วเคยใส่ทั้งกะปิ น้ำปลา ปลาร้า เกลือ พริก ก็เหลือแค่ปลาร้าพอใส่น้อยๆ เอา” “ส้มตำก็ใส่แต่ปลาร้า กินจืดลง ไม่ใส่เกลือ น้ำปลา ของดองก็ไม่กิน” “พอหมอมาบอกว่าเป็นเบาหวาน ความดัน ต้องงดกินเค็มด้วย ยายก็ลดลงมาก แต่ไม่ใส่เลยคงไม่ได้ค่ะ ลูกหลานว่าจืด ยายทำให้ทุกคนกิน ไม่ได้แยกอาหารด้วย ไม่มีเวลา” “ลูกหลานทำมาให้ อันไหนเค็มก็ไม่กิน เขารู้อยู่ เขาก็พยายามไม่ทำมา” “ชิมนิดเดียว เดี๋ยวนี้น้ำเค็มๆ ก็ไม่ชด แต่ก่อนชดหมดถ้วย เค็มยิ่งอร่อย”

3.3 ลดชนิดของเครื่องปรุงรส ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ว่าผงปรุงรสมีรสเค็ม ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังได้ แต่ไม่เท่าการรับประทานยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดรับรู้ว่าสาเหตุการเกิดโรคไตเรื้อรังเป็นเพราะการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพราะยาที่รับประทานทุกวันมีปริมาณมากและต้องรับประทานทุกวัน ทำให้ตับและไตทำงานหนัก เกิดโรคไตเรื้อรังในที่สุด แต่ผงปรุงรสหรืออาหารรสเค็มกลับเป็นสาเหตุรองที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทั้งที่ได้รับความรู้จากพยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. วิทยุ เล่าต่อกันปากต่อปาก และมีประสบการณ์ดูแล และเยี่ยมไข้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่รับประทานอาหารรสเค็มจัดจนนำไปสู่การเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน “โรคไตเกิดจากยาหมอ ไปโรงพยาบาลที่ได้ยามาทีละตะกร้าใหญ่ๆ ใครจะกล้ากิน ใครไม่กลัว กลัวเป็นไต ไม่กล้ากินหรอก ให้มาบางคนก็กินสม่ำเสมอแต่ก็กลัว บางคนกินบ้างไม่กินบ้าง เพราะกลัวเป็นไตวาย ต้องฟอก” “ผงปรุงรสก็คงเกี่ยวมั้ง หมอบอกว่ามันเกี่ยวกับโรคไตให้ลด แต่จะให้ลดยังไง มันเกี่ยวกับโรคไตหรือ ไม่ใช่ยาหรือหมอ ช่วยบอกหน่อย”

3.4 เมื่อต้องร่วมกิจกรรมสังคมต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงรสจัด ชุมชนมีข้อตกลงร่วมและมีข้อเสนอแนะให้ผู้ป่วย ญาติและเพื่อนบ้าน หรือแม่ค้าหลีกเลี่ยงและลดการประกอบอาหารที่มีโซเดียมสูง ซึ่งเป็นการลดปริมาณโซเดียมที่อยู่ในอาหารที่ผู้ป่วยจะต้องรับประทาน โดยเฉพาะในงานบุญประเพณีที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นอาหารมงคล “อสม. เราเป็นกลุ่มแม่บ้านหลายคน เราเห็นว่าใช้ชูรสในการทำอาหารงานบุญเยอะ ทีนี้ก็เห็นคนป่วยโรคไตมาก คิดว่า

น่าจะเกี่ยวกับผงชูรสอยู่นะ หมอก็บอกว่าไม่ดี เราก็กลัวว่าจะไม่ดีต่อสุขภาพทุกคน แม่ครัวเลยลดการใส่ผงชูรสลง" "ฉันก็ปรุงอาหารแยกให้แม่ ต้มปลาไม่ใส่อะไรเลยเสร็จแล้วให้แม่ก่อน ลูกๆ ในบ้านค่อยปรุงใส่น้ำปลา ปลาร้า เกลือกันทีหลัง" "ฉัน(แม่ค้า) ก็พยายามปรุงให้น้อยลงนะ แต่ก็ยากอยู่ คนส่วนใหญ่กินเค็ม ก็ทำได้บ้างแต่คงลดมากๆ ไม่ได้"

3.5 ชุมชนประกาศงานบุญปลอดผงชูรสเพื่อปกป้องสุขภาพผู้ป่วย ผู้ร่วมวิจัยบางส่วนเคยเห็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากชุมชนอื่นนำผงนัวมาแบ่งกันในช่วงปรับยาที่โรงพยาบาล จึงนำมาหารือในชุมชนและตกลงกันว่าเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง เราต้องลดการกินเค็มโดยร่วมผลิตผงนัว มาแทนผงชูรสที่เพิ่มความอร่อย แซบ นัว ทั้งนี้ได้ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)ไปศึกษาและเชิญผู้มีประสบการณ์ผลิตมาอบรมให้ เพราะในชุมชนไม่ทราบถึงผักหรือ ของกินท้องถิ่นที่นำมารับประทาน หรือ นำมาปรุงอาหารที่อร่อยโดยมีโซเดียมน้อย ซึ่งกิจกรรมนี้ทำให้ชุมชนมีความรู้ที่เพียงพอในการป้องกันตัวเองจากการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังได้ "ในชุมชนมีคนไข้ได้ฟอกไต มีคนไข้ตายก่อนฟอกไต มีตายระหว่างฟอกไตอยู่ก็มี ผู้ป่วยจึงรับรู้ปัญหาของการป่วยโรคไต รับรู้ว่าคนเป็นไตจะเหนื่อยมากนะ บวมไปไหนก็ไม่ได้ ยิ่งใกล้วาระสุดท้ายเหนื่อยไปไหนไม่ได้เลย เคยมีคนเป็นหลายคนแล้ว ได้ยินกันแต่ว่าน่าจะเพราะแก่ป่วยหนัก ได้ยาหมอมาเยอะมาก คนก็คุยกันว่าเกิดจากยาหมอนี่แหละ แต่ผงชูรสนั้น คนในชุมชนยังปฏิเสธว่าไม่เป็นสาเหตุของการเป็นโรคไต ซึ่งชุมชนทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ให้ความรู้ และชุมชนของเราต้องทำผงนัว จากผักพื้นบ้านเพื่อป้องกันไตวายให้ได้ อย่างไรก็ตาม ตอนนี้เร่งให้ความรู้ ปรับความเข้าใจ เพื่อให้รู้เหมือนกัน และร่วมกันทำ ร่วมกันดูแลกัน"

3.6 ชุมชนผลิตผงนัวจากผักพื้นบ้านแทนผงชูรส ผู้ร่วมวิจัยเกือบทั้งหมดไม่ทราบปริมาณโซเดียมในอาหารที่เหมาะสม ที่ชะลอการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีคำนวณปริมาณโซเดียมที่บริโภคในแต่ละวัน และไม่ทราบว่าต้องจำกัดปริมาณโซเดียมที่รับประทานไม่เกิน 2000-2400 มิลลิกรัม การตวงวัด รับรู้เพียงว่าไม่เค็ม รสจืด ใส่เพียงเล็กน้อยจะปลอดภัย ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับโซเดียมเกินปริมาณที่แนะนำในแต่ละวัน และเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในที่สุด "ปรุงอย่างไรถึงจะบอกว่าเค็มน้อย เค็มไม่เกินฉันไม่รู้หรอกหมอ แค่ชิมว่าไม่เค็ม พอนัวๆ มีรสชาติ ไม่ได้กินเค็มๆ เหมือนก่อนๆ ยังไม่ปลอดภัยจากโรคไตหรือ" "ใครๆ ก็กิน ใส่นิดเดียว ไม่เคยตวงวัด ใส่ตามความรู้สึกว่าใส่นิดเดียว ไม่รู้ว่าจะต้องตวงอย่างไร และต่อไป เราต้องผลิตผงนัวกิน และยังต้องเร่งลดปริมาณการกินผงชูรสลง ทำไปเรื่อยๆ เดี๋ยวก็เคยชิน และในงานบุญต่างๆ เราก็ต้องร่วมประกาศว่าเป็นงานบุญปลอดผงชูรส ช่วยกันรณรงค์ บอกต่อลูกหลานให้ทำจนเกิดความเคยชิน"

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการบริโภคโซเดียมจาก 3 แหล่ง คือ 1) จากเครื่องปรุงรส ซึ่งใส่ในปริมาณที่มาก และการประกอบอาหาร 1 ครั้งใส่ผงปรุงรสมากถึง 4-6 อย่างในอาหารชนิดเดียวจานเดียว เครื่องปรุงรส ได้แก่ ผงปรุงรส เกลือ ปลาร้า น้ำปลา ซอสน้ำปรุงรส ซีอิ้วขาว ซอสถั่วเหลือง น้ำมันหอย กะปิ สอดคล้องกับผลการศึกษาของเกษม ตำนอกและสมจิต แดนสีแก้ว[13] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานนิยมนำเครื่องปรุงรสมาปรุงอาหารทั้งในอาหารอีสานและอาหารประเภทผัดทอด ซึ่งเป็นอาหารวัฒนธรรมของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีการรับประทานแทบทุกบ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณโซเดียมเป็นประจำและได้รับเกินปริมาณที่แนะนำแต่ละวัน 2) อาหารหมักดอง มักนำมาใช้รับประทานสด เป็นเครื่องเคียง อาหารหลัก และวัตถุดิบในการปรุงอาหาร ซึ่งมีรสเปรี้ยว สอดคล้องกับการศึกษาของพิสุทธิ์ กตเวทิน[14] ที่พบว่าผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีโซเดียมสูงเพราะรสไม่เค็ม และเมื่อไปปรุงสุกจะใส่เครื่องปรุงรสซ้ำอีกด้วย ทำให้ได้รับปริมาณโซเดียมที่มาก และ 3) อาหารสำเร็จรูป เป็นอาหารที่ผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีโซเดียมเป็นส่วนประกอบของอาหารสำเร็จรูปเหล่านี้ในปริมาณมาก ทำให้ได้รับโซเดียมเข้าสู่ร่างกายปริมาณมาก สอดคล้องกับข้อค้นพบของประเสริฐ ธนกิจจารุ[15] ที่พบว่าผู้ป่วยบริโภคโซเดียมสูงโดยไม่รู้ตัว

โดยพบว่าผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโซเดียมสูงผ่าน 2 ช่องทาง คือ 1) ผู้ป่วยประกอบอาหารเอง ส่วนใหญ่ใส่เครื่องปรุงรสและวัตถุดิบที่มีโซเดียมสูง หลายครอบครัวทำอาหารหม้อเดียวให้รับประทานกันทั้งบ้าน 2) ญาติ เพื่อนบ้าน และแม่ค้าประกอบอาหารที่มีโซเดียมสูง ทั้งบุตรหลานเป็นผู้ประกอบอาหาร แม่ค้าขายอาหารถุงปรุงสำเร็จ และอาหารที่ปรุงให้รับประทานในงานบุญ ล้วนมีการใช้ผงปรุงรสเพื่อให้อาหาร

รสชาติดี แต่มีโซเดียมสูง สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ธัญญารัตน์ ธีรพรเลิศรัฐ[16] ที่ระบุว่าผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน ได้แก่ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ปลากระป๋องและน้ำผลไม้ ซึ่งมีส่วนประกอบที่เป็นโซเดียมในปริมาณที่สูง โดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบเพราะมีรสไม่เค็มเหมือนเครื่องปรุงอื่นๆ

การรับรู้ถึงอันตรายของผู้ป่วยจากการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า 1) ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ว่าการรับประทานยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังมากกว่าเครื่องปรุงรสเค็ม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรางคณา พิชัยวงศ์[17] 2) ผู้ร่วมวิจัยเกือบทั้งหมดไม่ทราบปริมาณโซเดียมในอาหารที่เหมาะสมที่ชะลอการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ ทำให้ไม่สามารถวัดปริมาณโซเดียมที่รับประทานในแต่ละวัน ผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงที่จะบริโภคโซเดียมเกินวันละ 2000-2400 มิลลิกรัม เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังมากขึ้น 3) ผู้ร่วมวิจัยบางส่วน เคยเห็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนเกิดโรคไตเรื้อรัง แต่ไม่ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคดังกล่าวกับการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ซึ่งทำให้ชุมชนขาดความรู้ที่เพียงพอในการรับประทานที่มีโซเดียมสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวาสุกรี เชวงกุล[18] ส่งผลต่อการป้องกันโรคไตเรื้อรังได้ยาก

แนวทางการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มี 2 วิธี ดังนี้ 1) ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การหลีกเลี่ยงด้วยตนเองทำให้ได้ผลในการจำกัดปริมาณอาหารที่มีรสเค็มมากที่สุด สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ สุพัฒน์ วาณิชย์การ[16] ที่เสนอวิธีการการป้องกันโรคไตเรื้อรังโดยงดการปรุงอาหารด้วยเครื่องปรุงรสทุกชนิด ตัดชนิดเครื่องปรุง ลดปริมาณเครื่องปรุง หรือเลือกรับประทานอาหารที่เค็มน้อย พูดคุยให้สมาชิกครอบครัวและเพื่อนบ้าน หรือแม่ค้า ลดปริมาณการประกอบอาหารที่มีรสเค็มให้ผู้ป่วย เปลี่ยนชนิดอาหารที่รับประทานที่มีการใส่เครื่องปรุงน้อย และใช้สมุนไพรที่มีรสชาติอร่อยในการปรุงอาหาร ได้แก่ ใบต้นชูรส ซึ่งทำให้ช่วยลดปริมาณโซเดียมในอาหารได้มากขึ้น 2) ญาติและเพื่อนบ้านหรือแม่ค้าหลีกเลี่ยงและลดการประกอบอาหารที่มีโซเดียมสูง สอดคล้องกับมิติทางสังคมวัฒนธรรมในการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลวัยทำงานจังหวัดสระบุรี ของวรลักษณ์ คงหนู[19] ซึ่งเป็นการลดปริมาณโซเดียมที่อยู่ในอาหารซึ่งผู้ป่วยจะต้องรับประทาน โดยเฉพาะในงานบุญประเพณีของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำข้อมูลใช้ออกแบบบริการเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องของชุมชนในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง สร้างความตระหนัก และความสามารถในการจัดการสุขภาพโดยการลด ละ เลิก การปรุงและรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ให้เหมาะสมตามวิถีชุมชนและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, WHO. Global status report on non-communicable diseases. Geneva; 2011.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติ. ค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2559, จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistics2555.pdf
3. WHO. International Society of Hypertension (ISH) Statement on management of hypertension. Journal of Hypertension; 2003: 983-992.
4. สุพัฒน์ วาณิชย์การ. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคไต. มูลนิธิโรคโรตไตแห่งประเทศไทย 2554; 25(44): 14-17.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2557. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2557.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเฒ่า. จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. จากระบบฐานข้อมูล43 แฟ้ม; 2559.
7. วาสนา รวยสูงเนิน ดลวิวัฒน์ แสนโสม นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ สมจิต แดนสีแก้ว นพนันท์ ชัยภูมิรุ่งทิวา ขันธมูล และ เกษม ดำนอก. สถานการณ์การรับประทานอาหารโซเดียมสูงและการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโซเดียมสูงกับการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(3): 242-250.

8. 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.
9. เกษราวัลย์ นิลวรางกูร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2558.
10. นิตย์ ทัศนิยม และสมพนธ์ ทัศนิยม. การสร้างเสริมสุขภาพ: การสร้างพลังอำนาจ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2555.
11. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
12. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยคุณภาพทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ส.เอเชียเพรส; 2555.
13. เกษม ดำนอกและสมจิต แดนสีแก้ว . การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(1): 91-99.
14. พิสุทธิ์ กตเวทิน. ปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
15. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในปัจจุบันของประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์ 2558; 40(5): 5-18.
16. สุพัฒน์ วาณิชย์การ. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคไต. มูลนิธิโรคโรตไตแห่งประแทศไทย 2554; 25(44): 14-17.
17. วรางคณา พิชัยวงศ์. วรางคณา พิชัยวงศ์. โรคไตจากเบาหวาน. วารสารกรมการแพทย์, ฉบับประจำเดือนกันยายน- ตุลาคม; 2558: 19-24.
18. วาสุกรี เชวงกุล. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านโพธิ์ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต คณะคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2551.
19. วรลักษณ์ คงหนู. มิติทางสังคมวัฒนธรรมในการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลวัยทำงานจังหวัดสระบุรี.วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.