

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรม
การรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PROMOTING PERCEIVED BENEFITS AND REDUCING PERCEIVED BARRIERS
PROGRAM ON EATING BEHAVIOR IN MUSLIM PATIENTS WITH
CORONARY HEART DISEASE



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้
อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วย
มุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

โดย

นางสาวชารีนะฮ์ ระนี

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.พิศสมัย อรทัย)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชารินทร์ ะณี : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (THE EFFECT OF PROMOTING PERCEIVED BENEFITS AND REDUCING PERCEIVED BARRIERS PROGRAM ON EATING BEHAVIOR IN MUSLIM PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 146 หน้า.

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจเข้ารับบริการที่แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ และระดับการศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และ .83 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70 และ .73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่ ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5877167036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: EATING BEHAVIOR / MUSLIM / CORONARY HEART DISEASE

SARINAH RANEE: THE EFFECT OF PROMOTING PERCEIVED BENEFITS AND REDUCING PERCEIVED BARRIERS PROGRAM ON EATING BEHAVIOR IN MUSLIM PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., 146 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of promoting perceived benefits and reducing perceived barriers program on eating behavior in muslim patients with coronary heart disease. Patients with coronary heart disease, who were admitted in medicine wards of Pattani hospital, were selected. Eligible patients were arranged to a control (n=22) and experimental (n=22) groups. The groups were matched by age, sex, and educational level. The control group received conventional nursing care, while the experimental group received a 4-week of promoting perceived benefits and reducing perceived barriers program based on the Health Belief Model (Becker, 1974). Research instruments were comprised of demographic information, eating behavior, perceived benefits and perceived barriers questionnaires. All questionnaires were validated for content validities by 5 experts. The content validity index of these Questionnaires were .92 and .83, respectively. Their Cronbach's alpha were .70, and .73, respectively. Independent and dependent t-test were used to analyze data. The results revealed that:

1. The mean score of eating behavior, after received the promoting perceived benefits and reducing perceived barriers program, was significantly higher than that before receiving the program at the statistical level of .05.

2. The mean score of eating behavior, after received the promoting perceived benefits and reducing perceived barriers program in the experimental group, was significantly higher than that of the control group who received only the conventional nursing care at the statistical level of .05.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาและการช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาในการให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจกับผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย ורתัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ที่กรุณาเสียสละเวลาตรวจสอบเครื่องมือ ให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันมีค่ายิ่ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปัตตานี ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือ เก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจทุกท่านที่สละเวลาให้ความร่วมมือในการวิจัย และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบคุณรัฐบาลกาตาร์ที่มอบทุนการศึกษาผ่านมหาวิทยาลัยฟาฏอนีตลอดหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ท้ายที่สุดต้องกล่าว อัลฮัมดุลิลลาฮฺ ต่อพระองค์อัลลอฮฺ ซุบฮานะฮฺวะตะอาลา สำหรับความสำเร็จและความง่ายดายที่พระองค์ทรงประทานมาให้ และขอขอบคุณสำหรับความรัก ความห่วงใย และกำลังใจจากบิดา มารดา สามิ และพี่น้องอีกทั้ง 5 คน ผู้เป็นแรงผลักดันและสนับสนุนในทุกๆด้านอย่างเต็มที่

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ญ |
| สารบัญแผนภาพ..... | ฎ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| คำถามการวิจัย..... | 7 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 8 |
| แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย..... | 8 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 11 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 11 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... | 11 |
| ประโยชน์ที่ได้รับ..... | 13 |
| บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 14 |
| 1. โรคหลอดเลือดหัวใจ..... | 15 |
| 2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร..... | 22 |
| 3. พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ..... | 25 |
| 4. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ..... | 32 |
| 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 38 |
| บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย..... | 43 |

| | |
|--|-----|
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 43 |
| การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง | 44 |
| ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง | 45 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 47 |
| การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ | 47 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 53 |
| กระบวนการดำเนินการทดลอง | 54 |
| การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง | 59 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 59 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 61 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 68 |
| การอภิปรายผลการวิจัย | 73 |
| ข้อจำกัดในการทำวิจัย | 78 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ | 78 |
| ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป | 79 |
| รายการอ้างอิง | 80 |
| ภาคผนวก | 89 |
| ภาคผนวก ก ประกาศอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย | 90 |
| ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ | 93 |
| ภาคผนวก ค จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย จดหมายขอ ความร่วมมือในการทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย | 95 |
| ภาคผนวก ง เอกสารพิจารณาจริยธรรมและเอกสารสิทธิ์พิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง | 105 |
| ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 111 |

| | |
|--|-----|
| ภาคผนวก ฉ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... | 128 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ | 146 |



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

| | |
|---|-----|
| ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับคู่ (Matched pairs) ตามปัจจัยด้าน เพศ อายุ และระดับการศึกษา..... | 46 |
| ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ประวัติบุคคลในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ รูปแบบการรับประทานอาหาร การวินิจฉัย โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย | 62 |
| ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($n_1=n_2=22$)..... | 65 |
| ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$)..... | 66 |
| ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)..... | 67 |
| ตารางที่ 6 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ | 129 |
| ตารางที่ 7 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ | 131 |
| ตารางที่ 8 คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง..... | 133 |
| ตารางที่ 9 คะแนนการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคและผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคลของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง | 134 |
| ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดของพฤติกรรมการรับประทานอาหารรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม..... | 135 |

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดของพฤติกรรมการรับประทานอาหารรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง 137

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดของการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรครายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง 139

ตารางที่ 13 คะแนนและการแปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง 141

ตารางที่ 14 การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนทดลองในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 142

ตารางที่ 15 การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังทดลองในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 142

ตารางที่ 16 การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05..... 143

ตารางที่ 17 การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05..... 143

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test 144

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test 145

สารบัญแผนภาพ

| | หน้า |
|--|------|
| แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย | 42 |
| แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย | 60 |



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 7.4 ล้านคน จากการเสียชีวิตทั้งหมด 56 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2014) สำหรับข้อมูลสถิติในประเทศไทยในช่วง 3 ปี ย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 27.8, 28.9 และ 32.3 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ภาคใต้มีอัตราการเสียชีวิต 31.9 ต่อประชากรแสนคน โดยพบว่า ภาคใต้ตอนบนเขตสุขภาพที่ 11 ได้แก่จังหวัด ชุมพร สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต พังงา กระบี่ ระนอง และนครศรีธรรมราช มีอัตราการเสียชีวิต 33.6 ต่อประชากรแสนคน ส่วนภาคใต้ตอนล่างเขตสุขภาพที่ 12 ได้แก่จังหวัด พัทลุง ตรัง สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา นราธิวาส มีอัตราการเสียชีวิต 30.4 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าภาคเหนือและภาคอีสาน โดยเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิมพบว่ามีอัตราการเสียชีวิต 27.9 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ (Suwatanaviroj & Yamwong, 2013)

ปัจจุบันพบว่าวิธีการดูแลรักษาที่ได้รับการยอมรับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีทั้งรูปแบบการให้ยาและการไม่ใช้ยา เช่น การรับประทานยาในกลุ่ม Antiplatelet, Anticoagulants, Beta-blocker เป็นต้น การรักษาด้วยการทำหัตถการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น การขยายหลอดเลือดหรือการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาไปแล้ว อาการก็ยังไม่หายขาด ยังคงต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงมีส่วนสำคัญที่จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ เช่น เลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า การควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม และลดความอ้วน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ การป้องกันในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ได้แก่ การป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น ป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารมีความสำคัญกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาไปแล้ว ก็ยังสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ หากไม่ลดปัจจัยเสี่ยง (Darr, Astin, & Atkin, 2008; Smith et al., 2011) จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง (สุจิตรา เหมวิเชียร ประณีต ส่งวัฒนา และวิภาวี คงอินทร์, 2550) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของมุสลิมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลางตามลำดับ เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ผิดหลักศาสนาอิสลาม (จันทิรา ทรงเต๊ะ, 2554) และพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ของผู้ป่วยมุสลิม เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง สาเหตุมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Hassan, 2015; ซอฟียะห์ นิมะ และยูซุฟ นิมะ, 2552) จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cobb, Brown, and Davis (2006) พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างจริงจัง และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต สามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจขาดเลือดได้ ซึ่งการรับประทานอาหารนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถลดและชะลอการเกิดโรคได้ และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมจะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (อัจชรา บุญมีศรีทรัพย์ อารมณ์ ดินาน และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2552) ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง การรับประทานอาหารไขมันทรานส์ และการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง (De Souza et al., 2015; Tantikosoom, 2010)

จากความสำคัญของการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลามที่ส่งเสริมให้มีการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกัน และลดความรุนแรงของโรคได้ จากบทบัญญัติเรื่องการรับประทานอาหารของศาสนาอิสลาม โดยจะเน้นย้ำการบริโภคสิ่งที่ได้รับการอนุมัติ (ฮาลาล) และสิ่งที่ดีมีประโยชน์ต่อร่างกาย (ตอยยิบ) (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551) ถึงแม้หลักการศาสนาไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการรักษาโรคที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคใดโรคหนึ่ง แต่ศาสนาอิสลามกำหนดหลักคำสอนในรูปแบบของภาพรวม โดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จากบทบัญญัติดังกล่าว เห็นได้ว่าศาสนาอิสลามมีข้อกำหนดชัดเจนในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในภาพรวม

ที่เหมาะสมกับสุขภาพและถูกต้องตามหลักศาสนา เพราะฉะนั้นสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจนอกจากจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักศาสนา ยังจำเป็นที่จะต้องมีการรับรู้ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมโดยเฉพาะการรับรู้ประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคอีกด้วย

แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมุสลิมถึงแม้จะรับประทานอาหารถูกหลักศาสนา แต่ยังไม่คำนึงถึงความเหมาะสมกับโรค ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยมุสลิมส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อและการรับรู้ที่ไม่เหมาะสม การให้ความรู้หรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยยังไม่มีเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อีกทั้งยังขาดความต่อเนื่องของการส่งต่อข้อมูล และการติดตามผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมุสลิมได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค (จันทิรา ทรงเต๊ะ, 2554; ดวงตา สุวรรณรัตน์ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และไหมไทย ศรีแก้ว, 2552; ปารีชาติ คงเสื่อ ปชานัญญ์ ตันติโกสม และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2557) เนื่องด้วยวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิม โดยเฉพาะมุสลิมในภาคใต้มีสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากภาคอื่น ๆ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างต่างไป โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร วินัย ดะห์ลัน (2553) ศึกษาพบว่า ชาวไทยมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่แตกต่างจากชาวพุทธ ซึ่งลักษณะของอาหารที่ค่อนข้างมันและรสจัด ตลอดจนวิธีการปรุงอาหารและชนิดของไขมันที่ประกอบอาหาร กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข (2558) ศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยวัยทำงานมีพฤติกรรมรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูงมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 12.1 มีพฤติกรรมรับประทานอาหารทอดมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 14.4 และมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 11.4 สอดคล้องกับ จันทิรา ทรงเต๊ะ (2554) ศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของมุสลิมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม คือ การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของ แยกกะทิ เช่น แกงมันมัน ซึ่งรับประทานมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 25 และอาหารจำพวกแป้งและไขมันสูง ร้อยละ 14 สอดคล้องกับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 40.5 ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะโภชนาการที่เกินมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง อันมีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และมากเกินไปของร่างกาย ปรีชาธิพ ยีหริ่ม และรุ่งระวี นาวิเจริญ (2559) ศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นระดับที่ไม่เพียงพอต่อการควบคุมน้ำหนัก เนื่องจากภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นสาเหตุหลักของมุสลิมต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือการเจ็บป่วยที่รุนแรงยิ่งขึ้น ซึ่งแตกต่างจากชาวไทยพุทธ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยมุสลิมจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามวิถีการดำเนินชีวิตดังกล่าว แต่เมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว จึงจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของอาหารที่รับประทาน เพราะฉะนั้นการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารจึงมีความจำเป็นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ Tantikosoom (2010) ศึกษาพบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง จะทำให้มีระดับคอเลสเตอรอล และการสะสมของคราบไขมันในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมจะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยมุสลิม

จากการทบทวนวรรณกรรม เห็นได้ว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารของชาวไทยมุสลิมมีโอกาทำให้เกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีแนวโน้มที่เพิ่มความรุนแรงขึ้นได้ในอนาคต หากผู้ป่วยยังขาดการรับรู้ประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จันทิวา ทรงเต๊ะ (2554) ศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของชาวไทยมุสลิมมีการรับรู้และปฏิบัติพฤติกรรมตามความเคยชิน อาจเป็นอุปสรรคต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งพบว่าการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม อีกทั้งยังขาดการส่งต่อข้อมูลและการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (ดวงตา สุวรรณรัตน์ และคณะ, 2552; ปารีชาติ คงเสื่อ และคณะ, 2557) โดยพบว่า ปัจจุบันรูปแบบการพยาบาลปกติที่ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับยังไม่ชัดเจน มีเพียงการให้คำแนะนำทั่ว ๆ ไปเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด ไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และไม่ลงลึกถึงความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมุสลิม ทำให้ไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากงานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมและจัดกระทำได้ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ (Rahmati, Tavafian, Gholami, & Jafari, 2015; สุจิตรา เหมวิเชียร และคณะ, 2550) และปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล (จริญญา คมเฉียบ, 2556; ปารีชาติ พยัคฆรักษ์ และรัตนศิริ ทาโต, 2556) การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค (Rahmati et al., 2015; จริญญา คมเฉียบ, 2556; ปารีชาติ พยัคฆรักษ์ และรัตนศิริ ทาโต, 2556; อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552) การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง

ของโรค (Rahmati et al., 2015; สุจิตรา เหมวิเชียร และคณะ, 2550) จากการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น Elis, Lishner, and Melamed (2011) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง จะมีความร่วมมือในการปฏิบัติตนเป็นอย่างดีในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ตามเป้าหมาย แต่สุจิตรา เหมวิเชียร และคณะ (2550) ศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน สอดคล้องกับ Rahmati et al. (2015) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีผลต่อการเลือกปฏิบัติ โดยจะปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจคือ การรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง โดยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ซึ่งมีความสัมพันธ์และมีสัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมมารับประทานอาหารอยู่ในอันดับต้น ๆ ของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=.221, p < 0.01$) (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = .450, p < 0.05$) (จริญญา คมเฉียบ, 2556) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ($r = .309, p < 0.05$) (เสาวลักษณ์ ท่ามาก อรสา พันธุ์ภักดี กุสุมา คุววัฒน์ สัมฤทธิ์ และพิศสมัย อรทัย, 2552) ซึ่งมีสัมประสิทธิ์การทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ($\beta=.15, p < 0.01$) (ปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และรัตนศิริ ทาโต, 2556) ส่วนการรับรู้อุปสรรค หากบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคสูง อาจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก จากการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=-.221, p < 0.05$) (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = -.180, p < 0.05$) (จริญญา คมเฉียบ, 2556) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ($r = -.135, p < 0.05$) (เสาวลักษณ์ ท่ามาก และคณะ, 2552) ซึ่งมีสัมประสิทธิ์การทำนายเป็นอันดับต้น ๆ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ($\beta=-.182, p < 0.05$) (Rahmati et al., 2015) และมี

สัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\beta = -.17, p < 0.01$) (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552)

จากการศึกษาของซูไมยะ เต็งสาแม, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และสุปรียา ต้นสกุล (2558) พบว่า ความรู้เรื่องโภชนาการกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ โดยผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหากมีการได้รับความรู้ที่ดี รับรู้ถึงประโยชน์ และรับรู้ถึงบทบัญญัติเรื่องการบริโภคอาหารตามหลักศาสนาอิสลาม ซึ่งจะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการดีไปด้วย ดังเช่น White, Bissell, and Anderson (2011) ศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าอาหารเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และรู้ว่าอาหารนั้นเป็นสาเหตุที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น ผู้ป่วยก็จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ถึงแม้ว่าจะรับรู้ถึงความยากลำบากต่อการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่ตนเองไม่ชอบ แต่ถ้ารับรู้วิธีการจัดการกับอุปสรรคนั้นแล้ว ผู้ป่วยก็จะมีแนวโน้มที่จะเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการรับรู้อุปสรรคเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค (Rahmati et al., 2015; อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552) ดังนั้นบทบาทพยาบาลจำเป็นต้องส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมุสลิมรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหาร นอกจากจะต้องทำตามหลักศาสนาแล้วยังต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ รับรู้การจัดการกับอุปสรรคที่จะเป็นปัญหาขัดขวางให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า Sethares and Elliott (2004) ศึกษาการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหารและยาแบบย่อ 3 ครั้ง ใน 4 สัปดาห์ มีผลต่อการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ดวงตา สุวรรณรัตน์ และคณะ (2552) ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด ใน 4 สัปดาห์ โดยการให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จะเห็นได้ว่าระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรม 4 สัปดาห์ มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) กล่าวว่า เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต่อการเจ็บป่วย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค โดยที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อและเปรียบเทียบได้ว่าสิ่งนั้นก่อผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นจะเป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่หากรับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ถือเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ บนพื้นฐานของความเชื่อทางศาสนาและวิถีชีวิต ซึ่งสามารถปรับได้ตามความเหมาะสม และไม่ผิดต่อความเชื่อทางศาสนา ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่สมดุล หากผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของอาหารที่เหมาะสมกับโรคจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ หากผู้ป่วยมีอุปสรรคมากกว่าก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นน้อยลง

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ที่ไม่ครอบคลุมในรายละเอียดด้านการรับรู้ความเชื่อ วิถีชีวิต และไม่ลงลึกในบริบทของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งยังไม่พบงานวิจัยเชิงทดลองที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์องค์ประกอบของแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคซึ่งมีความสัมพันธ์และมีสัมประสิทธิ์การทำนายอยู่ในอันดับต้น ๆ ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ มาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความเหมาะสมกับบริบท ความเชื่อ และการรับรู้ ของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักศาสนา และลดการรับรู้อุปสรรคที่จะเป็นปัญหาขัดขวางให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมอย่างมีแบบแผน และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เป็นการรับรู้และความเชื่อของบุคคลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกัน หรือ การรักษาโรค โดยที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อและเปรียบเทียบได้ว่าสิ่งนั้นก่อผลดี หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่หากรับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ถือเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเหมาะสมจากบุคลากรทางสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาแล้ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรค มีส่วนสำคัญที่จะทำให้แผนการรักษามีประสิทธิภาพ ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารถือเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วยด้วยโรค ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น Elis et al. (2011) ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มีการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง จะมีความร่วมมือในการปฏิบัติตนเป็นอย่างดี ส่งผลให้สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ตามเป้าหมาย แต่สุจิตรา เหมวิเชียร และคณะ

(2550) ศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของตนเองถึงความรุนแรงของโรค หรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ เมื่อรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว มีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคได้ จากการศึกษาของ สุจิตรา เหมวิเชียร และคณะ (2550) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน และ Rahmati et al. (2015) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือหายจากการเป็นโรค โดยมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้เกิดหรือไม่เป็นโรค ซึ่งการตัดสินใจที่จะปฏิบัติหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมโดยเลือกที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย อัจชรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) ศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .221, p < 0.01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = .450, p < 0.05$) (จริญญา คมเฉียบ, 2556) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ($r = .309, p < 0.05$) (เสาวลักษณ์ ท่ามาก และคณะ, 2552)

การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับการคาดคะเนล่วงหน้าของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ผลกระทบที่เกิดจากการรักษา เป็นต้น หากมีการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคสูง อาจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก จากการศึกษาของ อัจชรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = -.221, p < 0.05$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = -.180, p < 0.05$) (จริญญา คมเฉียบ, 2556) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ($r = -.135, p < 0.05$) (เสาวลักษณ์ ท่ามาก และคณะ, 2552) ส่วน Rahmati et al. (2015) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีสัมประสิทธิ์การทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้สูงสุด ($\beta = -.182, p < 0.05$)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ตามองค์ประกอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีสัมประสิทธิ์การทำนายเป็นอันดับต้น ๆ ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายร่วมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเป็นอันดับต้น ๆ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ โดยการให้ความรู้คำแนะนำ เพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ในเรื่องแผนการรักษา อาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการกำเริบที่อาจเกิดขึ้นหากผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม พร้อมทั้งประเมินอุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ให้คำแนะนำถึงวิธีการจัดการหรือหลีกเลี่ยงกับอุปสรรคที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยมุสลิม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคและปรับสุขนิสัยของการรับประทานอาหารที่ไม่ขัดต่อหลักศาสนาอิสลาม เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขร่วมกันอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยเชิงทดลองที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น การให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Froger-Bompas et al., 2009) Sethares and Elliott (2004) ศึกษาการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหารและยาแบบย่อ 3 ครั้ง ใน 4 สัปดาห์ มีผลต่อการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว สิริชยา อังกูรขจร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของแพนเดอร์ในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค โดยการให้ความรู้ แจกคู่มือ และการโทรศัพท์ติดตาม มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ธาวิณี ช่วยแทน และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2559) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค โดยการให้ความรู้ การให้คู่มือ การชมวิดีโอสัมภาษณ์ประสบการณ์ผู้ป่วย และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการให้ความรู้เน้นการรับรู้ประโยชน์ตามความเชื่อวิถีชีวิตมุสลิม ประเมินปัญหาและอุปสรรคในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรค และหา

แนวทางจัดการกับอุปสรรคร่วมกัน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิมในระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบวัดสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลทั่วไปในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 18-59 ปี ที่เข้ารับบริการแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี

ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่กระทำเป็นประจำ ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว การลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว โซเดียม แป้ง หรือน้ำตาลสูง และเพิ่มอาหารที่มีกากใย วัดจากแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของ ปารีชาติ คงเสื่อ และคณะ (2557) ดัดแปลงจาก Thai version Heart Healthy Eating Questionnaire ซึ่งเป็นการวัดโดยรวมเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมเฉพาะกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค หมายถึง รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เน้นการรับรู้ประโยชน์ของการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ และจัดการกับอุปสรรคที่มีผลต่อการเลือกรับประทานอาหาร โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค เพื่อให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ เป็นการตระหนักรู้ของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับความจำเป็นหรือผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคและถูกต้องตามหลักศาสนา โดยการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจตามแผนการสอน แจกคู่มือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปทบทวนด้วยตนเอง และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2-4 รวม 3 ครั้ง กระตุ้นเตือนผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรค

การรับรู้อุปสรรค เป็นการตระหนักรู้ของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจต่อปัญหาหรือสิ่งกีดขวางที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรค โดยประเมินปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ให้คำแนะนำวิธีการจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ และโทรศัพท์ติดตาม กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยได้เล่าปัญหาอุปสรรคของตนเองในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และหาแนวทางจัดการกับปัญหาร่วมกัน

วัดจากแบบประเมินที่ผู้วิจัยทำการดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามแผนการรักษา ของ สิริชยา อังกูรขจร และ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ที่แปลและดัดแปลงจาก ของ Bennett, Milgrom, Champion, and Huster (1997) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับจากพยาบาลประจำแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลทั่วไปในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นรูปแบบการให้คำแนะนำทั่ว ๆ ไป โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย มีการทำงานร่วมกันกับสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัช เรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั่วไป การสังเกตอาการ การ

รับประทานยา และการมาตรวจตามนัด โดยไม่เฉพาะเจาะจงในรายละเอียดของกลุ่มผู้ป่วยมุสลิม และการให้คำแนะนำนี้เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลเท่านั้น

ประโยชน์ที่ได้รับ

เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยสรุปเนื้อหาและนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 อุบัติการณ์
 - 1.3 พยาธิสรีรวิทยาโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.4 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.5 อาการทางคลินิก
 - 1.6 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง
 - 1.7 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 การประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
3. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 3.1 ปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 3.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 3.3 บทบัญญัติทางศาสนาอิสลามเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ
4. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 4.1 องค์ประกอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 4.2 การประเมินการรับรู้ประโยชน์และการประเมินการรับรู้อุปสรรค
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีดังนี้

1.1 ความหมาย

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีชื่อที่ใช้เรียกกันหลายชื่อ เช่น Coronary Heart Disease (CHD), Coronary Artery Disease (CAD), Ischemic Heart Disease (IHD) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นความผิดปกติในโครงสร้างของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ที่มีพยาธิสภาพเกิดการอุดตัน หรือตีบแคบ ส่งผลให้เลือดที่มีระดับออกซิเจนเข้มข้นไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ (American Heart Association, 2016; Libby & Theroux, 2005) ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด นำไปสู่การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Urden, Stacy, & Lough, 2014)

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดหัวใจตีบ หรืออุดตัน จนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด (ปริษา เอื้อโรจนอังกูร, 2553)

1.2 อุบัติการณ์

ปัจจุบันพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและของโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี 2555 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 7.4 ล้านคน จากการเสียชีวิตทั้งหมด 56 ล้านคน (WHO, 2014) สำหรับข้อมูลสถิติในประเทศไทย ระหว่างปี 2555-2559 พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจาก 23.4 เพิ่มขึ้นเป็น 32.3 ต่อประชากรแสนคน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ในปี 2558 ภาคใต้มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 31.9 ต่อประชากรแสนคน โดยพบว่า ภาคใต้ตอนบนเขตสุขภาพที่ 11 ได้แก่ จังหวัด ชุมพร สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต พังงา กระบี่ ระนอง และนครศรีธรรมราช มีอัตราการเสียชีวิต 33.6 ต่อประชากรแสนคน ส่วนภาคใต้ตอนล่างเขตสุขภาพที่ 12 ได้แก่จังหวัด พัทลุง ตรัง สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีอัตราการเสียชีวิต 30.4 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าภาคเหนือและภาคอีสาน โดยเฉพาะในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิมพบว่าอัตราการเสียชีวิต 27.9 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากการศึกษาความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล นพรัตนราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีชุมชนมุสลิมอาศัยและเข้ารับการรักษาอยู่มาก พบว่า ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในกลุ่มผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมร้อยละ 14.2 สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อ

เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยชาวไทยพุทธ ซึ่งมีค่าความชุกของโรคร้อยละ 6.2 ($p = 0.002$) (Suwatanaviroj & Yamwong, 2013)

1.3 พยาธิสรีรวิทยาโรคหลอดเลือด

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เริ่มต้นจากคราบไขมันที่ก่อตัวสะสมบริเวณผนังหลอดเลือดโดยใช้ระยะเวลาหลายปีจนเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) หลอดเลือดแดงมีทั้งหมด 3 ชั้น ได้แก่ ชั้น Intima เป็นชั้นในสุดจะสัมผัสกับเลือดที่ไหลไปยังบริเวณอื่น ๆ ต่อมาเป็นชั้นกลาง Media และชั้นนอกสุด Adventitia การเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) มีหลาย ๆ ส่วนที่เกี่ยวข้องกัน โดยเริ่มจากไขมันในเลือดชนิดแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL-cholesterol) ชนิดที่ถูกออกซิเดชันหรือเรียกว่า Oxidized LDL cholesterol ไปเกาะกับผนังหลอดเลือดหัวใจ และตามด้วย Macrophages เพื่อเข้ามาทำลายจนเกิดเป็น foam cells ซึ่งเป็นแกนของคราบ Plaque กระบวนการเหล่านี้จะดำเนินการต่อไปเรื่อย ๆ Oxidized LDL cholesterol ยิ่งเพิ่มจำนวนเข้ามาในผนังหลอดเลือดชั้น Intima เพิ่มมากขึ้นจนทำให้ผนังหลอดเลือดใหญ่ขึ้นจนทำให้หลอดเลือดจะไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการตีบหรือตันในเวลาต่อมา (Bhatia, 2010; Wassif & Welt, 2014; เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552)

1.4 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สามารถแบ่งเป็นลักษณะต่าง ๆ ทางคลินิกของผู้ป่วย ดังนี้ (สุพจน์ ศรีมหาโชตะ และสมนพร บุญยรัตเวช สองเมือง, 2553)

1.4.1 Chronic stable angina ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก ไม่สามารถบอกตำแหน่งได้ชัดเจน อาจร้าวไปไหล่ กราม หรือลิ้นปี่ อาการมักเป็นนาน 2-3 นาที หรือมากกว่านั้น มักมีอาการขณะออกแรง เครียด ถ้าได้หยุดพัก หรือได้รับยาอมใต้ลิ้นอาการจะดีขึ้น

1.4.2 Acute coronary syndrome แบ่งออกเป็น

1.4.2.1 Acute ST-elevation myocardial infraction (STEMI) อาการเจ็บหน้าอกจะรุนแรงกว่า Chronic stable angina เกิดจากการถูกกระตุ้นด้วยการออกแรงหรือขณะพักก็ได้ อาการมักเจ็บนาน 20 นาที มักมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น เหงื่อแตก เป็นลม ตัวเย็น คลื่นไส้ ซึ่งเป็นผลจากการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน

1.4.2.2 Unstable angina/non - Q wave MI, non ST elevation MI (NSTEMI) หลอดเลือดหัวใจมีการอุดตันไม่สนิท ยังมีเลือดไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนปลายของหลอดเลือดได้บ้าง แต่ก็ไม่เพียงพอ จึงมีอาการเจ็บหน้าอก บางครั้งอาจไม่สามารถแยกได้จากผู้ป่วยกลุ่ม STEMI

1.4.2.3 Ischemia sudden death เกิดจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง (VF / VT) จนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตั้งแต่ยังไม่ถึงโรงพยาบาล

1.5 อาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีการตีบหรืออุดตัน ส่งผลให้การส่งออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอต่อความต้องการ ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้

1.5.1 อาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) เป็นอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นบริเวณทรวงอก มีลักษณะหลากหลายอาการ คือ อาการแน่น ๆ อึดอัด หรือปวดบริเวณหน้าอกข้างซ้าย ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญและพบมากที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นหลายลักษณะ ได้แก่ แน่นจุก หรือแน่นเหมือนถูกกดทับ อึดอัด เจ็บเหมือนหัวใจถูกบีบ แสบร้อน ปวดร้าว เป็นต้น เกิดจากการนำออกซิเจนหรือเลือดไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจากการตีบแคบหรืออุดตันบริเวณหลอดเลือดโคโรนารี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ส่งผลให้การได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จึงทำให้มีอาการเมื่อทำกิจกรรม (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) เมื่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนจะมีการปล่อยสารต่าง ๆ เช่น Bradykinin, kinin และสารอื่นๆ ออกมา จากนั้นไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด (Xu, Sun, & Edvinsson, 2010) อีกทั้งยังกระตุ้นประสาทสัมผัสในตำแหน่งต่าง ๆ คือ ไชสันหลังส่วนคอที่ 3 และไชสันหลังส่วนหน้าอกที่ 10 ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกที่แตกต่างออกไป (Amsterdam et al., 2014; Lenfant, 2010) ซึ่งลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกขึ้นอยู่กับการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ กล่าวคือ อาการเจ็บหน้าอกแบบ Angina pectoris หลอดเลือดหัวใจมีการตีบแคบประมาณร้อยละ 70 จะมีอาการเมื่อออกแรง เมื่อพักอาการจะดีขึ้น ส่วนหลอดเลือดหัวใจที่มีการตีบแคบมากกว่าร้อยละ 85 เป็นการเจ็บหน้าอกแบบ Unstable angina ผู้ป่วยจะมีความทนในการทำกิจกรรมลดลง หรือมีอาการเจ็บหน้าอกขณะพัก และอาการเจ็บหน้าอกแบบกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Acute Coronary Syndrome) เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรง มีการอุดตันของหลอดเลือดจนไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนปลายได้ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งจะมีอาการเจ็บหน้าอกนานกว่า 20 นาที (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2553)

1.5.2 อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) มีลักษณะอาการหายใจติดขัดไม่โล่งเหมือนปกติหายใจสั้น ๆ และหายใจลำบาก เมื่อเลือดส่งไปเลี้ยงไม่เพียงพอทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะที่ปอด จนทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สที่ปอดผิดปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากและนอนราบไม่ได้ (Orthopnea)

1.5.3 ภาวะความดันโลหิตต่ำ หรือภาวะช็อก (shock) มีอาการหน้ามืด เป็นลม เขียวคล้ำ และเย็นตามปลายมือปลายเท้า หัวใจเต้นผิดปกติ อาจเร็วหรือช้าลง ซีพจรเบา อาจเกิดจากการเจ็บหน้าอก ซึ่มลง อ่อนเพลีย เนื่องจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง

1.5.4 อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) จากการที่ปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ลดลง จนทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า

1.6 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาจากหลายปัจจัย จำแนกได้ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ มีรายละเอียดดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.6.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (Non-modifiable risk factors)

1.6.1.1 อายุ (Age) อายุมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น โดยในเพศชายอายุมากกว่า 45 ปี และเพศหญิงอายุมากกว่า 55 ปี จะเริ่มมีความเสี่ยงสูง (Brunner, Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010)

1.6.1.2 เพศ (Gender) เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าเพศหญิงวัยมีประจำเดือน และเพศหญิงวัยหมดประจำเดือนมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศชาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.6.1.3 ประวัติของบุคคลในครอบครัว (Family history) ผู้ที่บุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกกว่าผู้ที่บุคคลในครอบครัวไม่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (Brunner et al., 2010; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.6.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors)

1.6.2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีมีส่วนทำให้ชะลอหรือลดความรุนแรงของโรคได้ (พิกุล ตินามาส ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทัศนาศู วรธนะปกรณ์, 2551) และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมจะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552) ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์และไขมันอิ่มตัวสูง การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง (De Souza et al., 2015; Tantikosoom, 2010) จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของมุสลิม อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (จันทิรา ทรงเต๊ะ, 2554) อาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและเสี่ยงต่อการเกิดเป็นซ้ำของโรค ได้แก่

1) อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลสูง หากรับประทานมากเกินไป จะถูกสะสมในรูปแบบไขมันตามอวัยวะต่าง ๆ และผนังหลอดเลือด โดยเฉพาะแอลดีแอลคอเลสเตอรอล ส่งผลให้มีการอุดตัน หรือตีบแคบภายในเส้นเลือด เมื่อสะสมมากขึ้นทำให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข, 2558)

2) อาหารที่มีโซเดียมสูง มีผลทำให้ระดับของโซเดียมในร่างกายสูง ส่งผลให้ร่างกายมีการคั่งน้ำกลับมากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะน้ำเกินหรือบวม น้ำอย่างรุนแรง และยังส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติได้ เนื่องจากหลอดเลือดหัวใจขาดความยืดหยุ่น ทำให้ไม่สามารถส่งเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงบริเวณเนื้อเยื่อหัวใจ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (วันทนี เกரியสินยศ และการะเกด ทองดอนโพธิ์, 2560)

3) อาหารที่มีพลังงานสูง มีผลให้ร่างกายเกิดภาวะโภชนาการเกิน ส่งผลให้ร่างกายเปลี่ยนสภาพของอาหารเป็นไขมันเพิ่มขึ้น ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน เพราะภาวะอ้วนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้

4) อาหารรสหวาน เมื่อรับประทานอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลสูง จะส่งผลให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้น เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ จะทำให้ร่างกายเปลี่ยนน้ำตาลไปอยู่ในรูปของไขมันมากกว่าไกลโคเจน เนื่องจากน้ำตาลจะเปลี่ยนเป็นกลูโคส และดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็ว จนไม่สามารถนำน้ำตาลส่วนเกินไปใช้ได้ทันที จึงทำให้เกิดโรคเรื้อรังตามมาภายหลัง (จันทนา อึ้งชูศักดิ์, 2555)

5) ไขมันทรานส์ เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือด มากกว่าไขมันอิ่มตัวเมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยบริโภคในปริมาณเท่ากัน เนื่องจากไขมันทรานส์ทำให้ระดับของแอลดีแอลในร่างกายเพิ่มขึ้น รวมทั้งยังไปลดปริมาณเอชดีแอล (อัญชัน ชุมพะสิทธิ์, 2552)

1.6.2.2 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) เป็นภาวะที่มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) มากกว่า 150 mg/dl, เอชดีแอล (HDL) น้อยกว่า 50 mg/dl ในเพศหญิง และ น้อยกว่า 40 mg/dl ในเพศชาย ในบุคคลทั่วไปควรควบคุมให้ แอลดีแอล (LDL) ต่ำกว่า 100 mg/dl เอชดีแอล (HDL) สูงกว่า 45 mg/dl และคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) ต่ำกว่า 200 mg/dl จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดแข็งได้ (เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552) จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุดคือ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 74 (ปริชา เปรมปรี, 2553) และ Suwatanaviroj and Yamwong (2013) ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างชาวไทยมุสลิมมีระดับคอเลสเตอรอลรวมและไตรกลีเซอไรด์สูง ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจสูงกว่าชาวไทยพุทธร้อยละ 28 และ 50.9 ตามลำดับ

1.6.2.3 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) โดยค่าความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติ จากการศึกษาพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 63.4 (ปริชา เปรมปรี, 2553) และในเอเชียใต้ พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 60

1.6.2.4 โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เมื่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงนานอย่างต่อเนื่องส่งผลให้การทำงานของผนังเนื้อเยื่อ endothelial เสียหน้าที่ไป และมีเซลล์เม็ดเลือดขาวมาเกาะที่ผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้นซึ่งก่อให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดเลือดเกิดการอักเสบของเยื่อภายในมีการแข็งและหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบจากการเกิด Atherosclerosis เร็วกว่าปกติ (เสาวลักษณ์ พรหมพงศา, 2551) จากการศึกษาพบว่า เบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมากกว่าคนทั่วไป 5.7 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.6.2.5 การสูบบุหรี่ (Tobacco) ในบุหรี่ยีสารนิโคตินทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น ส่วนคาร์บอนไดออกไซด์จะรบกวนการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และทำให้เกิดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่าย ผู้ที่สูบบุหรี่จัด (20 มวลต่อวัน) เสี่ยงต่อการเกิดโรคถึง 6.5 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) และ องค์การอนามัยโลกระบุว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มีสัดส่วน 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

1.6.2.6 ความเครียด (Stress) ทำให้ร่างกายเพิ่มการขับ Norepinephrine และ Epinephrine ซึ่งมีผลต่อการเมตาบอลิซึมของไขมัน (Lipid metabolism) ด้วยโดยจะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น (Bhatia, 2010; World Health Organization, 2007)

จากปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจข้างต้นจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น สำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากอาหารส่วนใหญ่ของมุสลิมมีไขมันสูง ผู้ป่วยอาจคำนึงถึงการรับประทานอาหารตามหลักศาสนา (ฮาลาล) แต่ไม่คำนึงถึงความเหมาะสมกับโรค จึงมีความสำคัญในการส่งเสริมผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อป้องกันการตีบซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรงขึ้น

1.7 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมีวัตถุประสงค์เพื่อระงับอาการเจ็บหน้าอก ความไม่คงที่ของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หยุดยั้งหรือชะลอกระบวนการแข็งตัวของหลอดเลือดและส่งเสริมการดำเนินชีวิตให้ดีขึ้น ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 แนวทางการรักษา ดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552)

1.7.1 การรักษาโดยลดปัจจัยเสี่ยง ความสำเร็จของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดไปแล้วสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้หากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (Eagle et al., 2004; Smith et al., 2011) การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสิ่งสำคัญคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น เลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม และลดความอ้วน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ ปัจจัยดังกล่าวแล้ววิถีชีวิตของผู้ป่วยมีผลต่อภาวะสุขภาพเช่นกัน Cobb et al. (2006) ศึกษาพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารอย่างจริงจัง และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะช่วยให้หยุดยั้งหรือชะลอกระบวนการแข็งตัวของหลอดเลือด ลดการเกิดลิ่มเลือด และลดแรงดันภายนอกต่อหลอดเลือด การพยาบาลควรเริ่มจากการประเมินปัจจัยเสี่ยง คัดกรองและให้ความรู้กับผู้ป่วย และเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.7.2 การรักษาด้วยยา มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจ ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลดภาวะแทรกซ้อน ยาที่ใช้ในการรักษาสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ๆ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552) ได้แก่ ยากลุ่ม Nitrates, Beta-blocker, Calcium-blockers Antiplatelet, Anticoagulants

1.7.3 การทำหัตถการ

1.7.3.1 Percutaneous Coronary Intervention (PCI) เป็นหัตถการที่กระทำเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจตรงจุดที่ตีบแคบลงโดยการใส่บอลลูนหรือขดลวดเข้าไปในหลอดเลือดเพื่อถ่างขยายหลอดเลือด มักทำในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีเพียงเส้นเดียว เป็นการใช้แรงทางกลศาสตร์ขยายหลอดเลือดด้วยการกดไขมันให้แตก เพื่อขยายรูหลอดเลือดที่มีการอุดตัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2555) เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Levine et al., 2011) ปัจจุบันมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาในแต่ละวิธี พบว่า การรักษาด้วยวิธีนี้มีผลดีต่อผู้ป่วย ช่วยลดอัตราการตาย ลดข้อจำกัดในการรักษาด้วยยาขยายหลอดเลือด เช่น ผู้ที่มีข้อห้ามในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด จึงทำให้การรักษาด้วยวิธีการ

สวนหัวใจขยายหลอดเลือดเป็นที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน (ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ และเรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ, 2554)

1.7.3.2 Coronary artery bypass graft (CABG) เป็นการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีกระบวนการผ่าตัดโดยใช้เส้นเลือดที่ขาและผนังหน้าอก เพื่อทำการต่อเชื่อมเส้นเลือดให้ใหม่ โดยเลี้ยงจุดที่ตีบตันใช้ในกรณีที่มีการตีบของเส้นเลือดหัวใจมาก โดยเฉพาะในกรณีที่ตีบเป็นทางยาว ใช้ในรายที่มีเส้นเลือดตีบ 3 เส้นโดยเฉพาะตีบบกระจ่ายทั่วไป ในรายเส้นเลือดตีบที่บริเวณโคนของเส้นเลือดแดงโคโรนารีด้านซ้าย หรือในรายที่รักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากการทำบอลลูนขยายเส้นเลือดหัวใจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2555)

2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี สามารถลดและชะลอการเกิดโรคได้ และการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ความหมายของแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

Becker (1974) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือการป้องกันโรค ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค

Gochman (1982) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ในเรื่องของ ความเชื่อ ความคาดหวัง ค่านิยม การรับรู้ แรงจูงใจ และองค์ความรู้ต่าง ๆ นอกจากนี้ยังรวมถึงบุคลิกภาพของบุคคล อารมณ์ความรู้สึก ลักษณะนิสัย หรือการกระทำที่เด่นชัด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมฟื้นฟูสุขภาพ

Pender (1996) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเกิดโรค เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีและเป็นการแสดงถึงศักยภาพของมนุษย์

Green and Kreuter (2005) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า ปัญหาสุขภาพที่สำคัญมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล

จากการศึกษาแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพข้างต้นพบว่ามีหลายงานวิจัยที่นำมาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่

อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) ให้ความหมายของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือแสดงออกที่กระทำอยู่เป็นประจำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งแสดงออกทางด้านทางเลือก การเตรียม การบริโภค การรับประทานอาหารหรือไม่รับประทานอาหารตามความชอบหรือความเคยชิน เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งถ้าบุคคลนั้นปฏิบัติได้เหมาะสมกับความต้องการทางสุขภาพและเหมาะสมกับโรค ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี แต่หากบุคคลนั้นมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสมกับสุขภาพหรือโรคที่เป็นอยู่ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมา

ดวงตา สุวรรณรัตน์ และคณะ (2552) ให้ความหมายพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมด้านโภชนาการ ทั้งเรื่องชนิดของอาหาร และการกำหนดปริมาณของอาหารที่รับประทาน

ปาริชาติ คงเสื่อ และคณะ (2557) ให้ความหมายพฤติกรรมการรับประทานอาหารว่า หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกหรือปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การปรุงรส การจัดเตรียมอาหารตามลักษณะนิสัย ความเคยชิน โดยการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่บุคคลกระทำด้วยความเต็มใจ กระทำโดยไม่ขัดกับความรูสึกนึกคิด ซึ่งหากบุคคลนั้นมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์แล้ว จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี แต่หากบุคคลเลือกรับประทานอาหารตามใจตนเองโดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ ก็อาจเกิดผลกระทบตามมาในระยะยาว

Tantikosoom (2010) ให้ความหมายพฤติกรรมการรับประทานอาหารว่า หมายถึง การปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยคงไว้ที่น้ำหนักหรือความสมดุลของอาหารที่เลือกรับประทาน ในการรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ การรับประทานขนมปังไม่ขัดสี การลดปริมาณเกลือ ควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต ซึ่งหากรับประทานอาหารดังกล่าวมากเกินไป จะทำให้เกิดภาวะอ้วน ภาวะไขมันเกิน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในการดำรงชีวิต

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่กระทำเป็นประจำ ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว การลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว โซเดียม แป้ง หรือน้ำตาลสูง และเพิ่มอาหารที่มีกากใย ซึ่งเป็นการวัดโดยรวมเกี่ยวกับการพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมเฉพาะกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.2 การประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบันมีวิธีการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยหลายวิธีดังนี้

2.2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของ Pothikanun (2000) ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของ Pender (1996) มีจำนวน 33 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ค่าความเที่ยง .74

2.2.2 Eating behavior pattern Questionnaire ของ David, Margaret, and Maciej (2003) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารในกลุ่มผู้ป่วยที่มีที่ภาวะน้ำหนักเกิน โดยประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารไขมันต่ำ การรับประทานอาหารว่าง วัฒนธรรมการรับประทานอาหาร และการงดเว้นอาหาร มีข้อคำถาม 51 ข้อ มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ค่าความเที่ยง .65

2.2.3 Heart Healthy Eating Questionnaire self-efficacy ของ Margaret (2003) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่สร้างขึ้นจาก National Cholesterol Education Program (NCEP) และพัฒนาตามแนวคิด Social Cognitive Theory ของ Bandura (1977) ซึ่งประกอบด้วยเครื่อง 3 ส่วน ได้แก่ 1) สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าจำนวน 33 ข้อ 2) สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหารเช้า จำนวน 13 ข้อ 3) ผลลัพธ์หรือความคาดหวังเชิงบวกจากการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมกับโรคหัวใจ มาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ ค่าความเที่ยง .94

2.2.4 Thai version of Heart Healthy Eating Questionnaire ของ Tantikosoom (2010) ที่แปลและดัดแปลงจาก Margaret (2003) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือด ซึ่งมีความสอดคล้องกับลักษณะของอาหารและวัฒนธรรมการรับประทานอาหารเช้าของคนไทย จำนวน 24 ข้อ มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา .95 และค่าความเที่ยง .92

2.2.5 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรค ของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามประกอบด้วยพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 ข้อ มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .96 และค่าความเที่ยง .89

2.2.6 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือด ของ ปารีชาติ คงเสื่อ และคณะ (2557) ดัดแปลงมาจาก แบบประเมิน Thai version of Heart Healthy Eating Questionnaire ของ Margaret (2003) ซึ่งแปลภาษาไทยโดย Tantikosoom (2010) จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ส่งผลต่อระบบการทำงานของหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจในเรื่อง การลดอาหารประเภทที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว เพิ่ม

อาหารที่มีกากใย เป็นต้น มาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ค่า ค่าความตรงเชิงเนื้อหา .80 และค่าความเที่ยง .70

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของ ปารีชาติ คงเสื่อ และคณะ (2557) เนื่องจากจำนวนข้อคำถามมีความเหมาะสม ข้อคำถามมีความชัดเจน เฉพาะเจาะจง มีความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงหรือค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ และสามารถประเมินตัวแปรได้ตามวัตถุประสงค์ ซึ่งมีความใกล้เคียงและสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างครอบคลุม

3. พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค เป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น จากความเจริญก้าวหน้าของยุคปัจจุบันส่งผลให้วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

3.1 ปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ มีดังต่อไปนี้

3.1.1 ขาดความรู้ ความตระหนัก และไม่สนใจการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะการเลือกการรับประทานที่เหมาะสมเฉพาะโรค ชูไมยะ เต็งสาแม และคณะ (2558) ศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโภชนาการกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.1 สอดคล้องกับ ดวงตา สุวรรณรัตน์ และคณะ (2552) พบว่า พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ด้านการเลือกชนิดของอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการกำหนดอาหารอยู่ในระดับต่ำ ภายหลังการกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองใน 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับสูง

3.1.2 ความเชื่อ การรับรู้ และความเคยชินในการรับประทานอาหาร การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยมุสลิมส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารตามความเคยชิน ซึ่งจากการศึกษาการรับประทานอาหารของชาวไทยมุสลิมในเขตหนองจอก มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยยึดหลักตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลามเท่านั้น แต่ไม่คำนึงถึงความเหมาะสมกับสุขภาพหรือการเจ็บป่วย (ซอฟียะห์ นิมะ และยูซุฟ นิมะ, 2552) เนื่องด้วยวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิม โดยเฉพาะมุสลิมในภาคใต้มีสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากภาคอื่น ๆ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพ

บางอย่างต่างไปโดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร วินัย ดะห์ลัน (2553) ศึกษาพบว่า ชาวไทยมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่แตกต่างจากชาวพุทธ ซึ่งลักษณะของอาหารที่ค่อนข้างมันและรสจัด ตลอดจนวิธีการปรุงอาหารและชนิดของไขมันที่ประกอบอาหาร และจันทิตรา ทรงเต๊ะ (2554) ศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของชาวไทยมุสลิมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเคยชิน อาจเป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งพบว่าการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของ แอ่งกะทิ เครื่องเทศ เช่นแกงมัสมั่น ซึ่งรับประทานมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 25 เป็นต้น

3.1.3 ค่านิยมอาหารจานด่วนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นส่งผลให้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไปด้วย อีกทั้งความเร่งรีบของกลุ่มวัยทำงาน ส่งผลให้ต้องหาวิธีการที่สะดวก รวดเร็ว และง่ายต่อการบริโภคอาหาร ที่สามารถรับประทานได้ทันทีเอง ทั้งอาหารจานด่วน อาหารจานเดียว หรืออาหารฟาสต์ฟู้ดที่ได้รับค่านิยมจากชาติตะวันตก

3.1.4 การให้ข้อมูล คำแนะนำ หรือการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารยังไม่ชัดเจน และไม่เหมาะสมในบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นเพียงการให้คำแนะนำสั้น ๆ ในระยะเวลาที่จำกัด อาจเนื่องจากความไม่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ (ปาริชาติ คงเสื่อ และคณะ, 2552) อีกทั้งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลไม่มีความต่อเนื่อง ขาดการส่งต่อข้อมูลหรือแผนการให้ความรู้ ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ต่อเนื่อง (ดวงตา สุวรรณรัตน์ และคณะ, 2552)

3.1.5 การรับประทานอาหารนอกบ้าน ภาวะเศรษฐกิจในสังคมปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้วิถีชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวัน ที่จะต้องเร่งรีบไปทำงาน ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาที่จำกัด ส่งผลให้ไม่มีเวลาในการประกอบอาหาร จึงจำเป็นต้องรับประทานอาหารนอกบ้านมากขึ้น อีกทั้งยังเลือกรับประทานอาหารสำเร็จรูป เนื่องจากมีความสะดวกในการหาซื้อ จากการศึกษาของ ญัฐกานต์ ช่างเหล็ก, สุวลี โลวีร์กรณ์ และสยาม คำเจริญ, (2552) พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ความสะดวกในการเลือกรับประทานอาหาร ร้อยละ 94.9 และความชอบในรสชาติอาหาร ร้อยละ 82.3

3.1.6 อิทธิพลของสื่อโฆษณาต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากปัจจุบันการรับข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่มาจากสื่อโฆษณาที่มีหลากหลายช่องทาง ทั้งอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ วิทยุ หรือสิ่งตีพิมพ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะการโฆษณาผลิตภัณฑ์ประเภทอาหารที่

นำเสนอสรรพคุณหรือคุณค่าทางโภชนาที่เกินจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยหรือผู้บริโภครู้สึกเกิดความคล้อยตาม และมีแนวโน้มที่จะตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาชวนเชื่อ โดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ ความปลอดภัย หรือความเหมาะสมกับโรค อาจส่งผลต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากการศึกษาของ ญัฐกานต์ ช่างเหล็ก และคณะ (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์พยาบาล ร้อยละ 93.7 รองลงมาคือ สื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 55.7 และแผ่นพับ ใบปลิว หนังสือหรือวารสาร ร้อยละ 30.3 ซูไมยะ เต็งสาแม และคณะ (2558) ศึกษาพบว่า การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหารและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 83.7

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าปัจจัยสาเหตุเหล่านี้มีโอกาสนำไปสู่ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมุสลิมยังมีการรับรู้ที่ไม่เหมาะสม การให้ความรู้หรือให้ข้อมูลผู้ป่วยยังไม่มีเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร อีกทั้งยังขาดความต่อเนื่องของการส่งต่อข้อมูล และการติดตามผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมุสลิมได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค พยาบาลจึงจำเป็นต้องส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจให้เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

3.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากหลายปัจจัย ดังนี้

3.2.1 เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้เพราะเพศทำให้เกิดความแตกต่างกันทางด้านจิตใจและด้านโครงสร้าง เพศที่แตกต่างกันจะบอกลักษณะการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม หรือการทำกิจกรรมทางด้านสุขภาพต่างกัน (Muhlenkamp & Brocman, 1988) เพศหญิงมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหารได้เหมาะสมกว่าเพศชาย (Rahmati et al., 2015) ทั้งนี้หากอยู่ในชุมชนหรือสภาพแวดล้อมเดียวกัน เพศชายและเพศหญิงของชาวไทยมุสลิมอาจมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารเหมือนกัน (รูสนี มะตาเยะ, 2550)

3.2.2 อายุ การมีอายุมากขึ้นความเสื่อมถอยของร่างกายก็ย่อมเพิ่มขึ้น การช่วยเหลือตนเองหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ก็ลดลง และเมื่อมีความเจ็บป่วยก็ยิ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รูสนี มะตาเยะ (2550) ศึกษาพบว่า อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของชาวไทยมุสลิมในชนบทที่แตกต่างกัน และดวงตา สุวรรณรัตน์ และคณะ (2552) ศึกษาพบว่า อายุต่างกัน

ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกัน โดยอายุมากขึ้นพฤติกรรมมารับประทานอาหารจะอยู่ในระดับดีมากขึ้น

3.2.3 ระดับการศึกษา การศึกษาสูงย่อมมีโอกาสเฝ้าหาความรู้ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาความรู้ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ การซักถามปัญหาดีกว่าคนที่มีการศึกษาน้อย และพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=.148, p < 0.05$) (นุสรา มณีโชติสกุลวงศ์ พรรณรัตน์ นนathi และไพสิฐ มรยาท, 2552)

3.2.4 รายได้ ผู้ที่มีรายได้น้อย มีโอกาสเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้น้อยกว่าผู้ที่มีรายได้สูง และพบว่าผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสถานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ หรือปานกลาง (วิชัย ต้นไพจิตร, 2534; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2549) จากการศึกษาของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=.158, p < 0.05$) โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถเลือกซื้อหรือจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

3.2.5 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับการส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจ จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรสุขภาพ จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารที่ดี (พิกุล ดินามาส และคณะ, 2551) ซึ่ง ชูไมยะ เต็งสาแม และคณะ (2558) ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้นำศาสนาอิสลาม ($r=.223, p < .05$) และ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) การสนับสนุนของครอบครัวและการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=.255$ และ $.197 p < 0.01$ ตามลำดับ)

3.2.6 การรับรู้ประโยชน์ เป็นความเชื่อในการกระทำที่ดี มีประโยชน์ โดยบุคคลจะแสวงหาการกระทำที่ดี มีประโยชน์นั้นเพื่อให้ตนเองหายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค (อิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2555) จากการศึกษาของ สุจิตรา เหมวิเชียร และคณะ (2550) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ($r=.15, p < 0.05$) สอดคล้องกับ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=.221, p < 0.01$) โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์ของอาหารที่เหมาะสมกับโรคก็จะมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคที่ดียิ่งขึ้น และจิตติพร วิชิตรงไชย (2555) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทราบ

ว่าหากมีการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม จะทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น และอาจทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2.7 การรับรู้อุปสรรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับปัญหา หรือสิ่งกีดขวางต่อการกระทำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ หากบุคคลมีปัญหาหรืออุปสรรคนั้นสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก 69.7 (อัจชรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552) จากการศึกษาของ สุจิตรา เหมวิเชียรและคณะ (2550) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r=.19, p < 0.01$) และมีสัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของเลือดสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ($\beta = -.15, p < 0.05$) สอดคล้องกับ อัจชรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=-.290, p < 0.01$) และมีสัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ($\beta = -.17, p < 0.01$) และการศึกษาของ Rahmati et al. (2015) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีสัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\beta = -.182, p < 0.05$)

3.2.8 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าจะสามารถปรับพฤติกรรมนั้นได้โดยการรับรู้ที่มาจากความรู้สึก ความคิด และการตั้งใจ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการศึกษาของ อัจชรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=.343, p < 0.01$) และ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือด ($r = .171, p < 0.05$)

จะเห็นได้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่มีความเหมาะสมและส่งผลต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งมีความเหมาะสมในการจัดกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งหากผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์และรับรู้ถึงอุปสรรคของการรับประทานอาหาร มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.3 บทบัญญัติทางศาสนาอิสลามเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

ศาสนาอิสลาม เป็นวิธีการดำเนินชีวิต หรือรูปแบบของพฤติกรรมที่มาจาก คัมภีร์อัลกุรอาน และคำสอนหรือแบบอย่างจากท่านศาสดามุฮัมมัด ที่กำหนดหลักศรัทธาและหลักการปฏิบัติได้อย่างครอบคลุมในทุกเรื่องของชีวิตมนุษย์ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือวัฒนธรรมอิสลามประเภทที่

เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เช่น การละหมาด การถือศีลอด การรับประทานอาหารที่ถูกหลักฮาลาล และ วัฒนธรรมอิสลามประเภทที่เปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งระบุหลักคำสอนไว้กว้าง ๆ โดยให้มุสลิมพิจารณาด้วยตนเองว่าสิ่งไหนควรเลือกปฏิบัติ เช่น การศึกษา การประกอบอาชีพ วิธีชีวิตตามท้องถิ่นหรือประเทศนั้น ๆ แต่ต้องอยู่บนหลักการที่อิสลามยอมรับ เป็นต้น (ซอฟียะห์ นิมะ และยูซุฟ นิมะ, 2552)

กลุ่มผู้ป่วยมุสลิมมีหลักคำสอนที่ชัดเจนบ่งบอกถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพและการรักษาโรคว่า “ท่านจงรักษาโรค เพราะพระเจ้าจะไม่ส่งโรคใด ๆ มา นอกจากจะให้มีารักษา (หะดีษเศาะฮิหฺบุคอรี, 5678) และทุก ๆ โรคนั้นมียารักษา ถ้าหากยานั้นถูกกับโรค และโรคนั้นก็จะหายได้ด้วย การอนุมัติของพระเจ้าของเจ้า (หะดีษเศาะฮิหฺมุสลิม, 69/2204)” (อิสมาอีลลูตฟี จะปะเกีย, 2555) จากหลักคำสอนจะเห็นได้ว่าศาสนาอิสลามให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรักษาโรค เมื่อเกิดโรคแล้วมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการรักษา โดยไม่ปล่อยให้ตนเองตกอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือสิ้นหวังในการรักษาโรค จากหลักคำสอนที่กล่าวมาข้างต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพถือเป็นยาหรือการรักษาแบบหนึ่ง ดังนั้น สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจถึงแม้จะรับประทานยาตามแผนการรักษาแล้ว ยังต้องตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าสามารถลดและชะลอการเกิดโรคได้ และการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพ (ปารีชาติ คงเสื่อ และคณะ, 2557; พิกุล ดินามาส และคณะ, 2550) และพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่ไม่เหมาะสมจะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (อัจษรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552)

ศาสนาอิสลามส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โดยมีบทบัญญัติเรื่องการรับประทานอาหารเช้าเป็นแนวทางให้กับมุสลิมในการเลือกรับประทานอาหารเช้า ดังต่อไปนี้

1. การรับประทานอาหารเช้าที่มีคุณค่าทางโภชนาการ (ตอยยิบ) และเป็นที่อนุมัติตามหลักศาสนา (ฮาลาล) ตั้งโอองการที่ว่า “โอ้บรรดาผู้ศรัทธา สูเจ้าจงบริโภคสิ่งที่ดีจากสิ่งที่เราได้ประทานแก่สูเจ้า และจงขอบคุณต่ออัลลอฮฺ หากสูเจ้าเคารพสักกะระแต่เพียงพระองค์” อัลกุรอาน (2:172) และโอองการที่ว่า “โอ้มนุษย์ทั้งหลาย จงบริโภคสิ่งที่ได้รับการอนุมัติ (ฮาลาล) และสิ่งที่ดี (ตอยยิบ) จากที่มีอยู่ในแผ่นดิน และจงอย่าปฏิบัติตามแนวทางของมารร้าย (ชัยฏอน) เพราะมันเป็นศัตรูอันซัดแฉ่งของพวกเจ้า อัลกุรอาน (2:172) (Al-Jauziya, 2003; ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551) สรุปได้ว่า อาหารฮาลาล หมายถึง อาหารที่ได้มาถูกต้องตามหลักอิสลาม ครอบคลุมในเรื่องชนิดของอาหาร วิธีการปรุง วิธีการบริโภค และอาหารตอยยิบ หมายถึง อาหารคุณภาพดี สะอาด คุณค่าทางโภชนาการ และเหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือโรคนั้น (สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552) จากบทบัญญัติของคัมภีร์อัลกุรอานจะเห็นได้ว่าศาสนาอิสลามมีข้อกำหนดชัดเจนในการส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ และเหมาะสมกับ

สุขภาพร่างกายโดยคำนึงถึงฮาลาลและตอยยิบ เพราะฉะนั้นกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยแล้วนอกจากจำเป็นต้องรับประทานอาหารฮาลาลที่ถูกต้องตามหลักศาสนาแล้ว ยังจำเป็นต้องรับประทานอาหารตอยยิบที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจอีกด้วย

2. การควบคุมน้ำหนักตัวและการรับประทานอาหารในปริมาณที่พอดี พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ทั้งภาวะอ้วน โรคภัยต่าง ๆ อีกทั้งยังส่งผลต่อการเพิ่มความรุนแรงของโรคหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ซึ่งศาสนาอิสลามให้ความสำคัญในเรื่องปริมาณของการรับประทานอาหาร จากส่วนหนึ่งของบทบัญญัติที่ว่า “...จงกิน จงดื่ม และจงอย่าฟุ่มเฟือย แท้จริงพระองค์ไม่ชอบบรรดาผู้ที่ฟุ่มเฟือย (สุรฮ์สุรเราะฮ์)” อัลกุรอาน (7:31) และจากคำสอนของศาสดาที่ว่า “...เพียงพอแล้วสำหรับลูกหลานอาดัมด้วยอาหารเพียงไม่กี่คำที่สามารถจะยกหลังของเขาได้ หรือจงเตรียมท้องไว้สามส่วน ส่วนหนึ่งสำหรับอาหาร ส่วนหนึ่งสำหรับเครื่องดื่ม และส่วนหนึ่งสำหรับลมหายใจ (บันทึกโดย อัตติรมิซีย์ และอิบนุมญาญฮ์)” (ซอฟียะห์ นิมะ และยูซุฟ นิมะ, 2552; ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรมีกำหนดปริมาณของอาหารที่รับประทานให้เหมาะสม โดยหลีกเลี่ยงทั้งอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมันสูง และโซเดียมสูง และเน้นในการรับประทานผัก ผลไม้ ธัญพืช เนื้อสัตว์ไขมันต่ำในสัดส่วนที่พอเหมาะ (National Cholesterol Education Program Adult treatment, 2002; Tantikosoom, 2010)

3. อาหารฮาลาล หรืออาหารที่ต้องห้ามในการบริโภคตามบทบัญญัติทางศาสนา ได้แก่ ห้ามบริโภคสิ่งที่จะเป็นโทษหรือเป็นอันตรายต่อร่างกาย ห้ามบริโภคสิ่งเสพติดทุกชนิด เช่น สิ่งเสพติด เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และอาหารที่ต้องห้าม ได้แก่ ซากสัตว์ที่ตายไปแล้ว เนื้อสุกร สัตว์ที่ถูกเชือดเพื่อบูชายันต์ เลือดสัตว์ที่พุ่งออกจากการเชือด และสัตว์ที่ถูกเชือดโดยไม่กล่าวจากพระนามของอัลลอฮ์ (ซอฟียะห์ นิมะ และยูซุฟ นิมะ, 2552; สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552) ดังนั้น สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำเป็นที่จะต้องเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคโดยปราศจากอาหารที่ต้องห้ามตามหลักศาสนา

4. การถือศีลอดขณะเจ็บป่วย การถือศีลอดในช่วยเดือนรอมฎอน เป็นหลักปฏิบัติที่สำคัญสำหรับมุสลิมที่มีสติปัญญา บรรลุศาสนภาวะ มีพลานามัยที่แข็งแรงต้องปฏิบัติ การถือศีลอดมีผลทำให้สุขภาพแข็งแรง และเป็นการบำบัดโรคบางประเภท ขณะเดียวกันอาจมีบางโรคที่เป็นเหตุให้ไม่สามารถถือศีลอดได้ หรือสามารถทำได้แต่เป็นการยากลำบาก หรืออาจก่ออันตรายให้กับตนเอง ศาสนาอิสลามจึงอนุญาตให้งดการถือศีลอดได้ หากการเจ็บป่วยด้วยโรคเป็นอุปสรรคต่อการถือศีลอด หรือการถือศีลอดจะก่อให้เกิดอันตราย อาการป่วยหนักมากขึ้น หรือทำให้อาการป่วยหายช้าลง ตาม

คำวินิจฉัยที่เป็นจริง และบุคคลนั้นจำเป็นต้องถือศีลอดชดใช้หลังหายจากอาการป่วย (อิสมาอีลลูตฟี จะปะเกีย, 2555)

5. บทบัญญัติในด้านอื่น ๆ เช่น การรับประทานอาหารเมื่อถึงเวลา การล้างมือทำความสะอาดก่อนและหลังรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารด้วยมือขวา ไม่รับประทานเหมือนคนรีบร้อน เป็นต้น (ซอฟียะห์ นิมะ และยูซุฟ นิมะ, 2552; สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552)

จะเห็นได้ว่าศาสนาอิสลามมีหลักคำสอนในการดูแลตนเอง ที่สามารถเชื่อมโยงสู่หลักวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ได้ ที่คงไว้บนหลักข้อเท็จจริงของศาสนา โดยส่งเสริมให้มนุษย์ใช้วิธีการรักษาเชิงการป้องกัน เพื่อให้ห่างไกลจากโรคภัย หรือการป้องกันไม่ให้เกิดเจ็บป่วยหรือโรคทวีความรุนแรงขึ้น สำหรับผู้ป่วยมุสลิมแล้วการดูแลรักษาที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญบนหลักการศาสนาอิสลาม ซึ่งไม่สามารถปฏิเสธได้ ถึงแม้หลักการศาสนาไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการรักษาโรคที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคใดโรคหนึ่ง แต่ศาสนาอิสลามกำหนดหลักคำสอนในรูปแบบของภาพรวม โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมรับประทานอาหาร เพราะฉะนั้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจนอกจากจะมีการรับรู้ที่เกี่ยวโรคและการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคแล้ว ยังจำเป็นที่จะต้องมีความสอดคล้องกับความเชื่อศาสนา

จากการศึกษาของ จันทิตรา ทรงเต๊ะ (2554) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีการยึดมั่นในหลักศาสนาอิสลาม ทั้งทางด้านหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติอยู่ในระดับสูงสามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิมได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ถูกต้องสอดคล้องกับหลักศาสนา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ได้

4. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

งานวิจัยนี้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Health Belief Model (Becker, 1974) ที่พัฒนามาจาก Rosenstock (1974) อธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพ โดยที่บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่า ตนเองเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและส่งผลถึงชีวิต การปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัย เช่น ความสะดวกสบาย ความยากลำบาก ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด และอุปสรรคต่าง ๆ และจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เพื่อช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) ซึ่ง Becker (1974) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factor) และปัจจัยที่ชักนำก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่ง

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนสุขภาพของบุคคล องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นจากนักจิตวิทยา Kurt Lewin ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบอกลักษณะของพฤติกรรม โดยที่บุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนเองพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะเป็นผลดีต่อตนเอง และจะหนีห่างออกจากสิ่งที่ตนเองปรารถนา หากไม่ปฏิบัติอาจเกิดผลเสียต่อตนเองได้ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) ซึ่งในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้สำหรับอธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ต่อมาได้มีการพัฒนาโดยใช้อธิบายและทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (อิสริย์กร สุศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2555)

Becker (1974) กล่าวว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลในภาวะเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค โดยที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อและเปรียบเทียบได้ว่าสิ่งนั้นก่อผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นจะเป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่หากรับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อีกทั้งยังมีปัจจัยร่วม และปัจจัยที่ชักนำก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนสุขภาพของบุคคล ซึ่งในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ถือเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ บนพื้นฐานของความเชื่อทางศาสนาและวิถีชีวิต หากผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของอาหารที่เหมาะสมกับโรคจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ หากผู้ป่วยมีอุปสรรคมากกว่าก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นน้อยลง

4.1 องค์ประกอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลในภาวะเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนของบุคคลว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วยด้วยโรค ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น จากการศึกษาของ Elis et al. (2011) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มีการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง จะมี

ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเป็นอย่างดี ส่งผลให้สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ตามเป้าหมาย แต่การศึกษาของ สุจิตรา เหมวิเชียร และคณะ (2550) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อหรือรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ปัญหาทางสุขภาพ หรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคได้ จากการศึกษาของ สุจิตรา เหมวิเชียรและคณะ (2550) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน สอดคล้องกับ Rahmati et al. (2015) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ($r=.187, p < 0.05$)

การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อให้ตนเองหายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรค ซึ่งการตัดสินใจที่จะปฏิบัติหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมโดยเลือกที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย สุจิตรา เหมวิเชียร และคณะ (2550) ศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของเลือดสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ($r=.150, p < 0.05$) อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=.221, p < 0.01$) และ ปาริชาติ พยัคฆ์รักษ์ และรัตนศิริ ทาโต (2556) ศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r=.364, p < 0.01$) และมีสัมประสิทธิ์การทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ($\beta=.15, p < 0.01$)

การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับการคาดคะเนล่วงหน้าของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ผลกระทบที่เกิดจากการรักษา เป็นต้น หากบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคสูง อาจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก จากการศึกษาของ สุจิตรา เหมวิเชียรและคณะ (2550) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r=-.190, p < 0.01$) และมีสัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของเลือดสตรีไทยมุสลิมวัยหมด

ประจำเดือน ($\beta = -.15, p < 0.05$) สอดคล้องกับ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = -.290, p < 0.01$) และมีสัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ($\beta = -.17, p < 0.01$) สอดคล้องกับ Rahmati et al. (2015) พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีสัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้ ($\beta = -.182, p < 0.05$)

การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived Threat) เกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ส่งผลให้บุคคลสามารถรับรู้ถึงภาวะคุกคามว่ามีมากน้อยเพียงใด หากบุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามมากอาจมีผลทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นการชักนำหรือกระตุ้นให้บุคคลได้แสดงพฤติกรรมนั้น เพื่อให้บุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้องสมบูรณ์จะต้องอาศัยการชักนำให้เกิดพฤติกรรม 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำหรือสิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาพร่างกายหรือการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย โรค อาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งความสนใจ การมีทัศนคติที่ดี และความรู้สึกร่วมมือต่อพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนสิ่งชักนำหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสารผ่านทางกระตุ้นเตือนจากบุคลากรทางสุขภาพ บุคคลในครอบครัว หรือสื่อมวลชน โดยให้บุคคลมีการได้เห็น ได้ยิน และได้รับรู้เป็นประจำ (Becker, 1974; Janz, Champion, & Strecher, 2002) โดยให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคำแนะนำจากทีมสุขภาพหรือสื่อมวลชน กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ ปัญหา หรืออุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และหาวิธีการจัดการได้อย่างเหมาะสม อ่านเอกสาร แผ่นพับที่เป็นประโยชน์ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษา เป็นต้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

จะเห็นได้ว่า หากผู้ป่วย muslim โรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้ถึงอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรค มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมได้ โดยอาศัยการชักนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจและให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรม ในเรื่อง การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และกระตุ้นติดตามอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ในการ

ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจาก 2 องค์ประกอบนี้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีสัมประสิทธิ์การทำนายเป็นอันดับต้น ๆ ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งนี้เนื่องจากองค์ประกอบการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ความเสี่ยงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย เป็นกลุ่มที่มีอาการคงที่ ที่เข้ารับการรักษาแผนกอายุรกรรมในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกัน และได้รับการรักษาตามแผนการรักษาโดยการได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิดเดียวกัน ทำให้ไม่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของผู้ป่วย

4.2 การประเมินการรับรู้ประโยชน์และการประเมินการรับรู้อุปสรรค

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ดังนี้

3.2.1 Belief about medication Compliance scale (BMCS) and Belief about Dietary Compliance scale (BDCS) ของ Bennett et al. (1997) เป็นแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาและยาในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจวาย สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มีจำนวน 24 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 7 ข้อ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยาตามคำแนะนำ 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยาตามคำแนะนำ 7 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .81 และค่าความเที่ยง .66-.88 (BDCS) และ .63-.71 (BMCS)

3.2.2 แบบประเมิน Perceived Benefits and Perceived Barriers of HPB in nutrition of CHD patients เป็นแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของ Pothikanun (2000) พัฒนาขึ้นจากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของ Pender (1996) ซึ่งแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์มีจำนวน 18 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ค่าความเที่ยง .81 และแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคมีจำนวน 19 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ค่าความเที่ยง .75

3.2.3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมลักษณะของคำถามเกี่ยวข้องกับกรรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 19 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .90 และค่าความ

เที่ยง .85 และข้อคำถามเกี่ยวกับอุปสรรคของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เช่น ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่ายสูง การประกอบอาหาร รสชาติของอาหาร เป็นต้น จำนวน 14 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .98 และค่าความเที่ยง .87

3.2.4 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจวาย ของ สิริชยา อังกูรขจร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) แปลและดัดแปลงจากแบบประเมิน Belief about Dietary Compliance scale (BDCS) ของ Bennett et al. (1997) สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มีจำนวน 12 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 7 ข้อ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 5 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .83 และค่าความเที่ยง .88

3.2.5 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) สร้างตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อของ Becker (1974) ซึ่งแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์จำนวน 7 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .89 และค่าความเที่ยง .81 และแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคจำนวน 5 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .89 และค่าความเที่ยง .81

3.2.6 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ ของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมรับประทานยาความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องเหมาะสมของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ที่พัฒนาตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อของ Becker (1974) ซึ่งแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์จำนวน 4 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเที่ยง .91 และแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคจำนวน 8 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเที่ยง .93

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมรับประทานอาหารตามแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) ของ สิริชยา อังกูรขจร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดโรค ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมรับประทานอาหารของ Bennett et al. (1997) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งในงานวิจัยนี้กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในสถานะที่เจ็บป่วยแล้ว จึงมีความสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่จะส่งเสริมความเชื่อและการรับรู้ในขณะที่เจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรม ป้องกันความรุนแรง และรักษาโรค โดยแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคนี้มีจำนวนข้อคำถามที่เหมาะสม มีความชัดเจน มีความตรง

เชิงเนื้อหา และมีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงเลือกเครื่องมือนี้มาประยุกต์ให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

สุจิตรา เหมวิเชียร และคณะ (2550) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน จำนวน 200 ราย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ($r=.15$ และ $.19, p<.01$) ซึ่งการรับรู้อุปสรรคมีสัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ ($\beta=-.15, p < 0.05$)

จันทิรา ทรงเต๊ะ (2554) ศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไทยมุสลิมในชุมชนมีสุวรรณ จำนวน 200 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการยึดมั่นในหลักการของศาสนาโดยรวมอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง

ปรีชาธิป ยีหริ่ม และรุ่งระวี นาวีเจริญ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 384 ราย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน ($r=-.310, p<0.01$)

ปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และรัตนศิริ ทาโต (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ พบว่าการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค มีสัมประสิทธิ์ในการทำนายเป็นอันดับต้น ๆ ($\beta=.15$ และ $-.14, p < 0.05$ ตามลำดับ)

ชูไมยะ เต็งสาแม และคณะ (2558) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมด้านโภชนาการของผู้นำศาสนาอิสลาม จำนวน 312 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59 โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 ใน 3 ได้รับปัจจัยเอื้อในด้านการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหารและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในชุมชนในระดับต่ำ ร้อยละ 83.7 และในด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.1 ซึ่งการมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.28; p<0.00$)

สุพิณญา คงเจริญ ชดช้อย วัฒนะ และธีรานุช ห่านิรติศัย (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิต และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะเวลา 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีระดับความดันโลหิต และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$)

Rahmati et al. (2015) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมโภชนาการและการออกกำลังกายที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มนักศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ความรู้ และการรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมด้านโภชนาการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Hassan (2015) ศึกษาพฤติกรรมทางศาสนามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม ซึ่งศึกษาในชาวมุสลิมประเทศมาเลเซีย 176 คน ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีผลต่อการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงความสัมพันธ์และทำนายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีงานวิจัยเชิงทดลองที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ แต่ยังไม่พบงานวิจัยเชิงทดลองที่ส่งเสริมการรับรู้ ความเชื่อ วิถีชีวิต และเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารยังเป็นปัญหาที่พบจริงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยกลุ่มนี้

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารโรคหลอดเลือดหัวใจ

อัจชรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 200 ราย พบว่า รายได้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($r = .221, p < 0.01$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = -.290, p < 0.01$) ซึ่งการรับรู้อุปสรรคมีสัมประสิทธิ์การทำนายร่วมกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ($\beta = -.17, p < 0.01$)

ดวงตา สุวรรณรัตน์ และคณะ (2552) ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด โดยทำกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 4 ครั้ง ซึ่งมีการให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจ การตั้งเป้าหมาย และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมใน 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปาริชาติ คงเสื่อ และคณะ (2557) ศึกษาโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดตามแนวคิดของโอเร็ม ศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมุสลิมร้อยละ 72 โดยทำกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 4 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งให้โปรแกรมการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย การสอนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สิริขยา อังกูรขจร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ตามแนวคิดของ Pender ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ชาวินี ช่วยแท่น และนรลักษ์ณ เอื้อกิจ (2559) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค โดยการให้ความรู้ การให้คู่มือ การชมวิดีโอสัมภาษณ์ประสบการณ์ผู้ป่วย และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยกล้านเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Sethares and Elliott (2004) ศึกษาการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องอาหารและยาแบบย่อ 3 ครั้ง คือระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล มีผลต่อการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Froger-Bompas et al. (2009) ศึกษาโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหัวใจ โดยการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาเรื่องอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหาร พบว่า

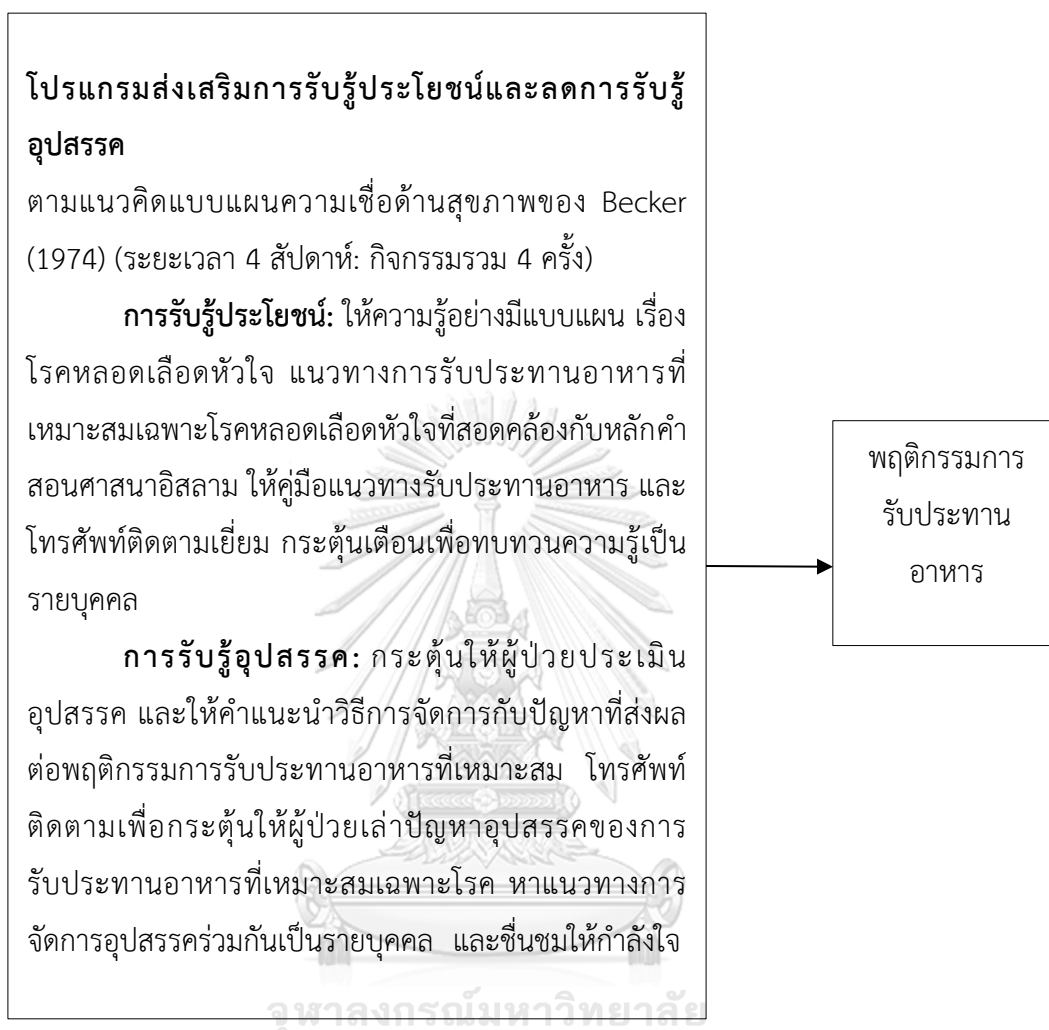
ผู้ป่วยที่ผ่านการได้รับคำแนะนำความรู้ด้านโภชนาการตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เมื่อทำแบบทดสอบความถี่แล้วมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และมีการบริโภคไขมันอิ่มตัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมร้อยละ 41

Phumivadhana (2009) ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า กลุ่มทดลองมีการลดลงของระดับคอเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอลคอเลสเตอรอลมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$ และ 0.02 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$)

Tantikosoom (2010) ศึกษาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมต่อไขมันในเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนหรือผ่าตัดทางเป็ยงในระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงโปรแกรมตามแนวทางของ The National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III และแนวคิดความเชื่อในความสามารถของตนเองของแบนดูรา ผลการศึกษาพบว่า ระดับคอเลสเตอรอลรวม แอลดีแอลและเอชดีแอลคอเลสเตอรอล ที่วัดได้ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ดีวก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีงานวิจัยเชิงทดลองที่ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหัวใจ แต่พบว่ายังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยยังขาดการรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีการรับรู้ และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเคยชิน อาจเป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อีกทั้งยังขาดการส่งต่อข้อมูลและการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมส่วนใหญ่ที่ทบทวนมาข้างต้น อาจไม่ครอบคลุมในด้านการรับรู้ วิธีชีวิต และไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ พยาบาลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยประยุกต์กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) มาพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น ตามกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผล โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของ ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจดังแผนภาพ

| | | | |
|-------------|----------------|---|----------------|
| กลุ่มควบคุม | O ₁ | | O ₂ |
| กลุ่มทดลอง | O ₃ | X | O ₄ |

O₁ หมายถึง คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₂ หมายถึง คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

X หมายถึง การพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค

O₃ หมายถึง คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม

O₄ หมายถึง คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลทั่วไปในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 18-59 ปี เข้ารับบริการแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี

โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1. คุณสมบัติการเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) คือ
 - 1.1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในช่วง 6 เดือนแรก ประเมินโดยดูจากเวชระเบียน
 - 1.2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา ได้แก่ Beta-blocker และ Anticoagulants
 - 1.3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาและการได้ยิน
 - 1.4. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก

1.5. มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือวิจัย

2. เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ

ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน ได้แก่ มีอาการเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยยุติการดำเนินโปรแกรมกับผู้ป่วยทันที และประสานงานกับแพทย์และพยาบาลที่ดูแลเพื่อทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ในขณะที่ทำการวิจัย กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น ซ้ำพรเต้นผิดจังหวะ สามารถติดตามเยี่ยมได้ทุกรายจนครบระยะเวลาการศึกษา ไม่มีการคัดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองออกจากกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีผู้แสดงความจำนงขอออกจากการศึกษา

3. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบต่อไปนี้

3.1 เพศ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เป็นเพศเดียวกัน (Rahmati et al., 2015)

3.2 อายุ กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี (ดวงตา สุวรรณรัตน์ และคณะ, 2552)

3.3 ระดับการศึกษาใกล้เคียงกันมากที่สุด (นุสรา มณีโชติสกุลวงศ์ และคณะ, 2552)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistical Power Table) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ค่าอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.50 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ = 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ในการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2009) โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีก 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดด้วยการจับคู่ (Matched pairs) ในเรื่อง เพศ อายุ และระดับการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และเป็นอิสระจากกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ณ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี โดยมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและตรวจสอบคุณสมบัติตามที่กำหนดจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ณ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับการตรวจจากแพทย์เสร็จแล้ว เพื่อแนะนำตัว และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent Form) เป็นกลุ่มควบคุมจนครบ 22 คน

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและตรวจสอบคุณสมบัติที่กำหนด จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ณ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี พิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มควบคุม (Matched pairs) โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีเพศตรงกัน มีอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีระดับการศึกษาใกล้เคียงกันมากที่สุด จนได้กลุ่มทดลองครบทั้ง 22 คน
2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับการตรวจจากแพทย์เสร็จแล้ว เพื่อแนะนำตัว และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เป็นกลุ่มทดลองจนครบ 22 คน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 22 คน หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มทดลองจนครบ 22 คน ในระหว่างที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลองไม่พบว่ามีการมีกลุ่มควบคุมอยู่ในหอผู้ป่วย จึงไม่มีโอกาสเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ผลการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับคู่ (Matched pairs) ตามปัจจัยด้าน เพศ อายุ และระดับการศึกษา

| คู่ที่ | เพศ | | อายุ (ปี) | | ระดับการศึกษา | |
|--------|-------------|------------|-------------|------------|---------------|-------------|
| | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง |
| 1 | ชาย | ชาย | 51 | 52 | ประถมศึกษา | ประถมศึกษา |
| 2 | ชาย | ชาย | 52 | 51 | มัธยมศึกษา | มัธยมศึกษา |
| 3 | ชาย | ชาย | 49 | 50 | มัธยมศึกษา | มัธยมศึกษา |
| 4 | ชาย | ชาย | 48 | 47 | ประถมศึกษา | ประถมศึกษา |
| 5 | ชาย | ชาย | 59 | 55 | มัธยมศึกษา | มัธยมศึกษา |
| 6 | ชาย | ชาย | 43 | 42 | มัธยมศึกษา | มัธยมศึกษา |
| 7 | ชาย | ชาย | 52 | 56 | ประถมศึกษา | ประถมศึกษา |
| 8 | ชาย | ชาย | 59 | 59 | ประถมศึกษา | ประถมศึกษา |
| 9 | ชาย | ชาย | 45 | 50 | ปริญญาตรี | ปริญญาตรี |
| 10 | ชาย | ชาย | 45 | 49 | มัธยมศึกษา | มัธยมศึกษา |
| 11 | ชาย | ชาย | 50 | 51 | ประถมศึกษา | ประถมศึกษา |
| 12 | ชาย | ชาย | 55 | 59 | ประถมศึกษา | ประถมศึกษา |
| 13 | ชาย | ชาย | 59 | 54 | มัธยมศึกษา | มัธยมศึกษา |
| 14 | ชาย | ชาย | 53 | 57 | ประถมศึกษา | ประถมศึกษา |
| 15 | ชาย | ชาย | 56 | 51 | ไม่ได้ศึกษา | ไม่ได้ศึกษา |
| 16 | ชาย | ชาย | 51 | 51 | มัธยมศึกษา | มัธยมศึกษา |
| 17 | ชาย | ชาย | 47 | 48 | ประถมศึกษา | ประถมศึกษา |
| 18 | ชาย | ชาย | 42 | 47 | ประถมศึกษา | ประถมศึกษา |
| 19 | หญิง | หญิง | 47 | 52 | ไม่ได้ศึกษา | ไม่ได้ศึกษา |
| 20 | ชาย | ชาย | 59 | 59 | มัธยมศึกษา | มัธยมศึกษา |
| 21 | ชาย | ชาย | 54 | 59 | ประถมศึกษา | ประถมศึกษา |
| 22 | หญิง | หญิง | 55 | 52 | ประถมศึกษา | ประถมศึกษา |

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา รูปแบบการรับประทานอาหาร การวินิจฉัยโรค โรคร่วม น้ำหนักและส่วนสูง ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบที่ตรงที่สุดและเติมคำในช่องว่าง

1.2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของปารีชาติ คงเสื่อ และคณะ (2557) ที่ดัดแปลงจาก Thai version of Heart Healthy Eating Questionnaire ของ Tantikosoom (2010) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 12 ข้อคำถาม ใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

| เกณฑ์การให้คะแนน คือ | ข้อคำถามเชิงบวก | ข้อคำถามเชิงลบ |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|
| ไม่เคยปฏิบัติเลย | เท่ากับ 1 คะแนน | เท่ากับ 5 คะแนน |
| ปฏิบัติเดือนละครั้ง | เท่ากับ 2 คะแนน | เท่ากับ 4 คะแนน |
| มีการปฏิบัติเดือนละ 2-3 ครั้ง | เท่ากับ 3 คะแนน | เท่ากับ 3 คะแนน |
| มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง | เท่ากับ 4 คะแนน | เท่ากับ 2 คะแนน |
| มีการปฏิบัติทุกวัน | เท่ากับ 5 คะแนน | เท่ากับ 1 คะแนน |

การแปลผล คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 12-60 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคหลอดเลือดหัวใจตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความกระชับ ครอบคลุม ความถูกต้องของเนื้อหา และการจัดลำดับของเนื้อหา จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิม จำนวน 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 2 คน
- 3) พยาบาลผู้มีความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 คน
- 4) นักโภชนาการ 1 คน

จากนั้นผู้วิจัยทำการรวบรวมความเห็นของแบบสอบถามทั้งหมดที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนได้ตรวจสอบแล้ว ไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งเครื่องมือที่ดีควรมีค่า CVI มากกว่า 0.80 (Polit & Beck, 2008) จากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92 จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์และความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปใช้กับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (Burns & Grove, 2009) ณ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี เพื่อตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้คือ 0.70 (Polit & Beck, 2008) ผลการวิเคราะห์ที่ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.70

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค ให้สอดคล้องและครอบคลุมกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เนื้อหา กลุ่มเป้าหมาย วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล

3. จัดทำเอกสารประกอบการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค มีรายละเอียดดังนี้

3.1 แผนการสอนเรื่อง แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แผ่นภาพนำเสนอ ประกอบด้วยเนื้อหา โรคหลอดเลือดหัวใจ แนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ในเรื่องการเลือกอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ เป็นต้น อุปสรรคที่เป็นสาเหตุของการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค พร้อมแนวทางแก้ไข

3.2 คู่มือ แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยเนื้อหา โรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.3 แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ผู้วิจัยกำหนดเนื้อหาที่จะใช้การสนทนาทางโทรศัพท์ที่มีความสอดคล้องกับเนื้อหาการสอนและเนื้อหาในคู่มือ โดยการซักถามอาการทั่วไปอาการผิดปกติ ทบทวนความรู้และเน้นย้ำเรื่องการรับรู้ประโยชน์และการจัดการกับอุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2-4 รวม 3 ครั้ง เพื่อติดตามกระดู้นเดือน ทบทวนความรู้ พุดคุยให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

3.4 ผู้วิจัยกำหนดการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจในสัปดาห์ที่ 5 ของการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้ป่วยจะมารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปัตตานี

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค มีการจัดกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 : สัปดาห์ที่ 1 ณ แผนกอายุรกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล โดยการเน้นส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 40-50 นาที มีรายละเอียดดังนี้

1. แนะนำตัวผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยเห็นถึงความสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

2. ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Pre-test) ผู้วิจัยสามารถช่วยเหลือโดยการอ่านแบบสอบถามและบันทึกคำตอบที่ได้ลงในแบบสอบถามได้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทาง

สายตา หรือไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (ใช้เวลา 10-15 นาที) ซึ่งผู้วิจัยได้ช่วยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 10 คน ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

3. ผู้วิจัยให้ความรู้คำแนะนำตามแผนการสอนเป็นรายบุคคลโดยใช้แผ่นภาพนำเสนอ ประกอบด้วยเนื้อหา โรคหลอดเลือดหัวใจ แนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ในเรื่องการเลือกอาหาร การอ่านฉลาก เป็นต้น อุปสรรคที่เป็นสาเหตุของการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค พร้อมแนวทางแก้ไข พร้อมทั้งแจกคู่มือ แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนเนื้อหาที่ผู้วิจัยให้ความรู้เมื่อกลับบ้าน (ใช้เวลา 30 นาที)

4. หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้วิจัยนัดหมายการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ตามวันและเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกจำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 2 3 และ 4 ตามลำดับ

ครั้งที่ 2-4: สัปดาห์ที่ 2-4 ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เป็นการทบทวนความรู้ความเข้าใจและกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจผู้ป่วย และประเมินอุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิม หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน โดยโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้งรวม 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10-15 นาที ซึ่งในแต่ละครั้งทบทวนตามหัวข้อดังนี้

1) **โทรศัพท์ครั้งที่ 1** ทบทวนความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิม การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

2) **โทรศัพท์ครั้งที่ 2** ทบทวนบทบัญญัติและคำสอนศาสนาอิสลามเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

3) **โทรศัพท์ครั้งที่ 3** ทบทวนอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ และทำการนัดหมายเพื่อทำ Post- test ในครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 5 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดที่แผนกหออผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปัตตานี โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อทำแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Post- test) 10-15 นาที หากผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย

แผนการสอน เรื่อง แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ แผ่นภาพ นำเสนอเกี่ยวกับแนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ คู่มือ แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของ สำนวนภาษา ความกระชับ ครอบคลุม และความถูกต้องของการจัดลำดับของเนื้อหา จำนวน ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ 1) อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 2 คน 2) นักโภชนาการ 1 คน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน ได้ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ดังนี้

1) แผนการสอนและแผ่นภาพนำเสนอเรื่อง แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื้อหาและภาษาอ่านเข้าใจง่าย ไม่ยากจนเกินไป และมีการ สอดคล้องได้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยมุสลิม เพิ่มการยกตัวอย่างรูปภาพอาหารที่เหมาะสมกับวิถี ชีวิตของชาวมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

2) คู่มือแนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื้อหา ไม่อัดแน่นจนเกินไป เน้นรูปภาพ การใช้ภาษามีความกระชับ เข้าใจง่าย เน้นรูปภาพที่สื่อความหมาย ของอาหารให้ชัดเจน และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยมุสลิม ปรับไม่ให้มีเนื้อหาภาษาวิชาการ

3) แผนโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ควรใช้คำพูดที่เป็นกันเอง ไม่เน้นวิชาการ เพื่อให้ผู้ป่วย รู้สึกผ่อนคลาย ไร้กังวล กล้าที่จะบอกถึงปัญหาอุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแผนการสอนและแผ่นภาพนำเสนอตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์และความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปทดลองใช้

การทดลองใช้

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคนำไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ณ แผนก อายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมเครื่องมือและรูปแบบกิจกรรม ทั้ง

ระยะเวลา และการใช้ภาษา ก่อนนำไปใช้ทดลองจริง พบว่า ภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย ผู้ป่วยเข้าใจในเนื้อหาเป็นอย่างดี เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมทั้งหมดประมาณ 30-40 นาที

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของ สิริขยา อังกูรขจร และสุนิดา ปรีชawangษ์ (2557) ที่แปลและดัดแปลงจากแบบประเมิน Belief about Dietary Compliance scale (BDCS) ของ Bennett et al. (1997) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 12 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

| เกณฑ์การให้คะแนนคือ | ข้อความเชิงบวก | ข้อความเชิงลบ |
|----------------------|-----------------|-----------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เท่ากับ 5 คะแนน | เท่ากับ 1 คะแนน |
| เห็นด้วย | เท่ากับ 4 คะแนน | เท่ากับ 2 คะแนน |
| ไม่แน่ใจ | เท่ากับ 3 คะแนน | เท่ากับ 3 คะแนน |
| ไม่เห็นด้วย | เท่ากับ 2 คะแนน | เท่ากับ 4 คะแนน |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เท่ากับ 1 คะแนน | เท่ากับ 5 คะแนน |

เกณฑ์การแปลผลคะแนน นำคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอยู่ในช่วง 12-60 คะแนน มาคำนวณเป็นร้อยละแล้วแปลผล โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom, Hastings, and Madaus (1971) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

| | |
|-------------------------|-----------------------------|
| การรับรู้ไม่เหมาะสม | ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 |
| การรับรู้เหมาะสมปานกลาง | ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 |
| การรับรู้เหมาะสม | ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป |

การประเมินแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นตัวกำกับการทดลอง ประเมินในสัปดาห์ที่ 4 ของการดำเนินการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมครบทุกกิจกรรมแล้ว ผลการประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง คือกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับที่เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคหลอดเลือดหัวใจตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความกระชับ ครอบคลุม และความถูกต้องของเนื้อหา การจัดลำดับของเนื้อหา จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิม จำนวน 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 2 คน
- 3) พยาบาลผู้มีความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 คน
- 4) นักโภชนาการ 1 คน

จากนั้นผู้วิจัยทำการรวบรวมความเห็นของแบบสอบถามทั้งหมดที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนได้ตรวจสอบแล้ว มาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งเครื่องมือที่ดีควรมีค่า CVI มากกว่า 0.80 (Polit & Beck, 2008) จากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.83

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปใช้กับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (Burns & Grove, 2009) ณ หอผู้ป่วยโรงพยาบาลปัตตานี เพื่อตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้คือ 0.70 (Polit & Beck, 2008) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิม เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค

2. เตรียมและสร้างเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค แผนการสอน แผ่นภาพนำเสนอ คู่มือแนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ และแผนโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม
3. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นเตรียมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และตัวอย่างเครื่องมือ เพื่อเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปัตตานี
4. ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ
5. ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปัตตานี ในวันที่ 30 เมษายน 2560 (หมายเลขการรับรอง 003/2560) และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

กระบวนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 30 กันยายน พ.ศ. 2560 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง เริ่มตั้งแต่ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 15 มิถุนายน พ.ศ. 2560 มีขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิม เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค
2. เตรียมและสร้างเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค แผนการสอน แผ่นภาพนำเสนอ คู่มือแนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ และแผนโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม
3. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นเตรียมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และ

ตัวอย่างเครื่องมือ เพื่อเสนอขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปัตตานี

4. ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ

5. ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปัตตานี ในวันที่ 30 เมษายน 2560 (หมายเลขการรับรอง 003/2560) และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

6. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี จากเวชระเบียน ตั้งแต่เวลา 8.00 – 16.00 น. ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria)

7. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

8. จัดการให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยลงนามเอกสารแสดงการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent Form) โดยกำหนด 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและจัดให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้าน เพศ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เป็นเพศเดียวกัน (Rahmati et al., 2015) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี (ดวงตา สุวรรณรัตน์ และคณะ , 2552) และระดับการศึกษาใกล้เคียงกันมากที่สุด (นุสรรา มณีโชติสกุลวงศ์ และคณะ, 2552)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง วิจัยเริ่มทำกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลปัตตานี โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม ดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม – 16 สิงหาคม พ.ศ. 2560 มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1: สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์แรกของการเข้ารับการรักษา ณ แผนกอายุรกรรม

1. แนะนำตัวผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยเห็นถึงความสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย
2. ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยสามารถช่วยเหลือการตอบแบบสอบถามได้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางสายตา หรือไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (ใช้เวลา 10-15 นาที)
3. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มควบคุมรับทราบว่า ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด และสามารถซักถามข้อสงสัยได้
4. ผู้วิจัยนัดหมายวันที่จะประเมินแบบสอบถาม (Post-test) ได้แก่แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 2-4 ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามปกติ

ครั้งที่ 2: สัปดาห์ที่ 5 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดที่หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปัตตานี ผู้วิจัยประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Post-test) เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนการดำเนินวิจัย ผู้วิจัยมอบคู่มือ แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที) หากผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการโทรศัพท์ติดตามเพื่อประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

สรุปกิจกรรม กลุ่มควบคุมบอกถึงการดูแลตนเองขณะกลับบ้าน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแล้วก็ต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ พยายามพักผ่อนให้เพียงพอ ไม่ออกกำลังกาย บางรายสามารถหยุดบุหรี่หลังจากออกจากโรงพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร กลุ่มควบคุมรับรู้ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องรับประทานอาหารชนิดมัน จะทำให้อาการของโรคดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างบางรายเล่าว่า พยายามเลี่ยงอาหารมัน แต่ก็ยังมีรับประทานอยู่บ้าง หลีกเลี่ยงได้ยาก บางรายให้ข้อมูลว่า คนที่บ้านทำอาหารประเภทผัดทอด ก็ต้องรับประทานไปด้วย ในช่วงที่มีงานเลี้ยง หรือจัดงานในพิธีทางศาสนาส่วนให้ชาวบ้านก็จะเลี่ยงอาหารประเภท ข้าวมัน แกงกะทิเนื้อ บางครั้งก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่วนน้ำมันที่ใช้ในการปรุงอาหารที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็จะใช้น้ำมันปาล์ม เพราะราคาถูก หาซื้อได้ง่าย และคิดว่าน้ำมันแต่ละยี่ห้อคงไม่แตกต่างกัน ด้านปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่บอกว่า อาหารดี ๆ ส่วนใหญ่มีราคาสูง ในร้านอาหารทุกร้านก็

จะมีอาหารประเภทแกงกะทิ อาหารทอด ข้าวหมก ข้าวมัน ซึ่งมีรสชาติอร่อย และขึ้นกับการรับประทานอาหารประเภทนี้ เรื่องการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาลแล้ว เมื่อรับประทานยาตามแผนการรักษาแล้วคิดว่าอาการต้องดีขึ้นเรื่อย ๆ ผู้วิจัยได้แจกคู่มือแนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้กับกลุ่มควบคุมหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 30 กรกฎาคม -30 กันยายน 2560 ณ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 : สัปดาห์ที่ 1 ณ หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล โดยเน้นส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 40-50 นาที มีรายละเอียดดังนี้

1. แนะนำตัวผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยเห็นถึงความสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

2. ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Pre-test) ผู้วิจัยสามารถช่วยเหลือโดยการอ่านแบบสอบถามและบันทึกคำตอบที่ได้ลงในแบบสอบถามได้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางสายตา หรือไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (ใช้เวลา 10-15 นาที)

3. ผู้วิจัยให้ความรู้คำแนะนำตามแผนการสอนเป็นรายบุคคลโดยใช้แผ่นภาพนำเสนอประกอบด้วยเนื้อหา โรคหลอดเลือดหัวใจ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจในเรื่องการเลือกอาหาร การอ่านฉลาก เป็นต้น อุปสรรคที่เป็นสาเหตุของการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค พร้อมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน พร้อมทั้งแจกคู่มือ แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนเนื้อหาที่ผู้วิจัยให้ความรู้เมื่อกลับบ้าน (ใช้เวลา 30 นาที)

4. หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้วิจัยนัดหมายการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ตามวันและเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกจำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 2, 3, และ 4 ตามลำดับ

สรุปกิจกรรม กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยความยินดี มีความสนใจในขณะที่ผู้วิจัยให้ความรู้ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถาม มีการซักถามในข้อสงสัย หลังจากให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ แผนการรักษาที่ตนเองได้รับ และแนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการซักถามเพิ่มเติมจาก

ความรู้ที่ให้ไปในเรื่องอาหารที่กลุ่มตัวอย่างได้รับประทานเป็นประจำ และเรื่องการใช้น้ำมันที่เหมาะสมกับการปรุงประกอบอาหาร ทบทวนความรู้ตามคู่มือแนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับไปทบทวนเองที่บ้าน และผู้วิจัยให้กำลังใจในการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ จากนั้นนัดหมายติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ตามที่กลุ่มทดลองสะดวก

ครั้งที่ 2-4: สัปดาห์ที่ 2-4 ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เป็นการทบทวนความรู้ความเข้าใจและกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ทบทวนบทบัญญัติและคำสอนศาสนาอิสลามเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจผู้ป่วย และประเมินอุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิม หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ทำการนัดหมายเพื่อทำ Post- test ในครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 5 โดยโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้งรวม 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10-15 นาที

สรุปกิจกรรม สามารถติดตามเยี่ยมกลุ่มทดลองได้ทุกราย ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนาตามแผนการเยี่ยมทางโทรศัพท์ที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความร่วมมือในบทสนทนา และตอบคำถามที่ผู้วิจัยได้ซักถามเป็นอย่างดี สามารถควบคุมเวลาได้ดี กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และขอคำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อไปปรับใช้ในการดูแลตนเองต่อไป ในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 3 ชั้นประเมินผล

สัปดาห์ที่ 5 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดที่หอผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อทำแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Post- test) 10-15 นาที หากผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

สรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างครบถ้วนเป็นอย่างดี ซึ่งจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างพึงพอใจในการกิจกรรมการวิจัยในครั้งนี้ รู้สึกได้รับความใกล้ชิดกับพยาบาลกล้าที่จะซักถามในข้อสงสัยต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจนอกจากจะรับประทานยาตามการรักษาของแพทย์แล้ว การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคก็เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญต่อการรักษา และที่สำคัญศาสนาอิสลามก็ระบุชัดเจนเรื่องการรักษา และการรับประทาน

อาหารที่ดี เพื่อให้หายหรือรอดพ้นจากโรคร้าย กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องแนวทางการรับประทาน อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น โดยเฉพาะการปรับรูปแบบของอาหาร ที่เคยรับประทานเป็นประจำ แต่สามารถทำให้อาหารเหล่านั้นเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจได้ และกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงอุปสรรคที่ตนเองมี โดยสามารถหายแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับตนเองได้ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และให้กำลังใจเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ที่ดีเหมาะสมเฉพาะโรคอย่างนี้ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

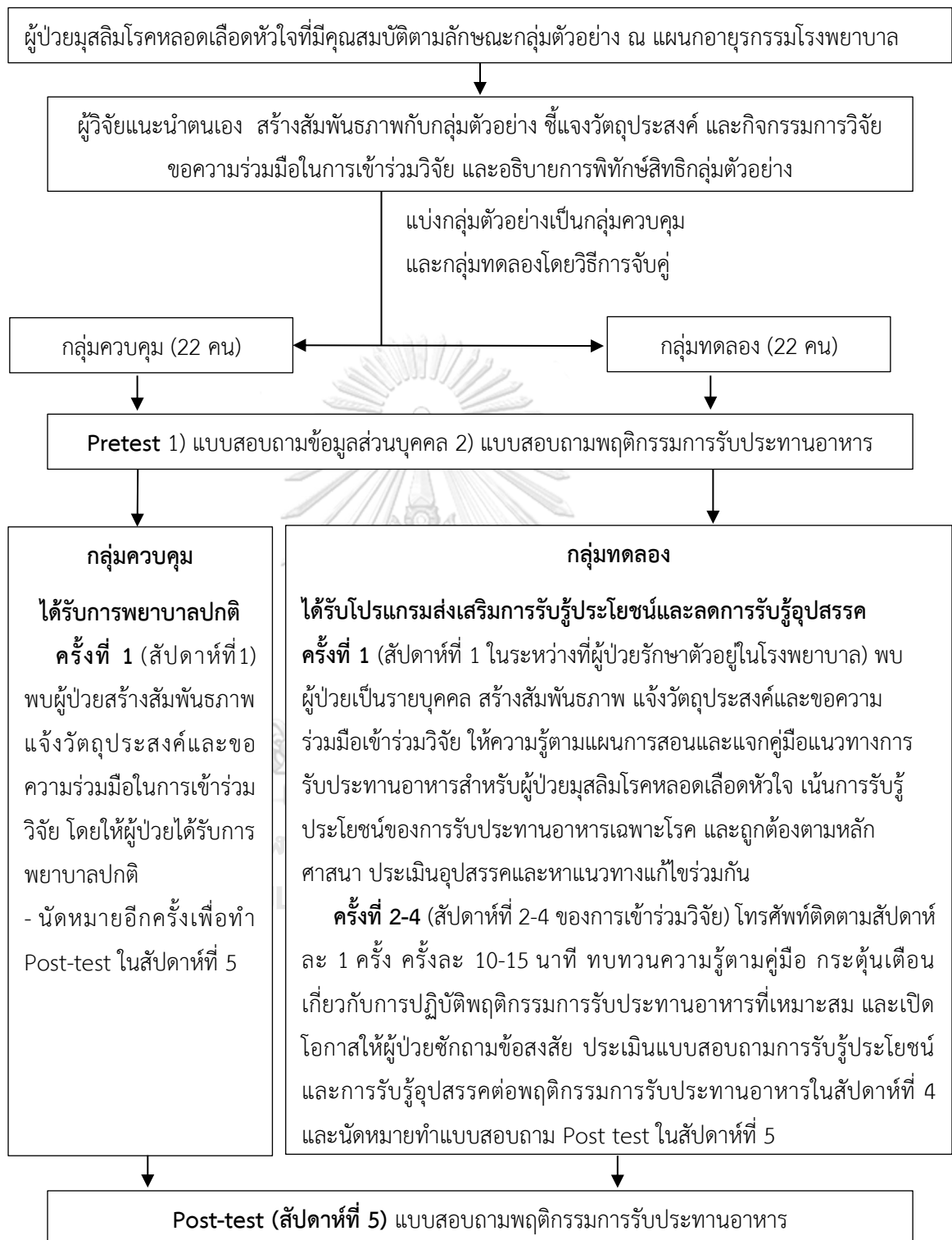
ภายหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปัตตานี ในวันที่ 30 เมษายน 2560 (หมายเลขการรับรอง 003/2560) และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ วิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ขั้นตอนต่าง ๆ ของการ ทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบ รับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้ เหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการหรือการรักษาที่พึงได้รับตามสิทธิ และชี้แจงให้ เห็นว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอเป็น ภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างที่ ตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการวิจัยที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test

แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารใน ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ อายุ 18-59 ปี ที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลปัตตานี ในระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม – 30 กันยายน พ.ศ. 2560 โดยกลุ่มควบคุมคือ ผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองคือผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน โดย คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 3

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารใน ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดัง ตารางที่ 4

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรค หลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 5

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ประวัติบุคคลในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ รูปแบบการรับประทานอาหาร การวินิจฉัย โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม (n = 22) | | กลุ่มทดลอง (n = 22) | | χ^2 | P |
|----------------------------|-------------------------|--------|------------------------|--------|----------|--------------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| เพศ | | | | | | |
| ชาย | 20 | 90.9 | 20 | 90.9 | - | |
| หญิง | 2 | 9.1 | 2 | 9.1 | | |
| อายุ | | | | | | - |
| น้อยกว่า 49 ปี | 8 | 36.4 | 5 | 22.7 | | |
| 50 - 54 ปี | 7 | 31.8 | 10 | 45.5 | | |
| มากกว่า 55 ปี | 7 | 31.8 | 7 | 31.8 | | |
| อายุเฉลี่ย | 51.4 | | 52.2 | | | |
| ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | SD = 5.3 | | SD = 4.6 | | | |
| สถานภาพ | | | | | | .50* |
| โสด | 0 | 0 | 1 | 4.5 | | |
| สมรส | 22 | 100 | 21 | 95.5 | | |
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | | | | | - |
| ไม่ได้ศึกษา | 2 | 9.1 | 2 | 9.1 | | |
| ประถมศึกษา | 11 | 50 | 11 | 50 | | |
| มัธยมศึกษา | 8 | 36.4 | 8 | 36.4 | | |
| ปริญญาตรี | 1 | 4.5 | 1 | 4.5 | | |
| รายได้ต่อเดือน | | | | | | 0.37 ^{ns} |
| น้อยกว่า 5,000 บาท | 8 | 36.4 | 12 | 54.6 | | |
| 5,000-10,000 บาท | 11 | 50 | 9 | 40.9 | | |
| มากกว่า 10,000 บาท | 3 | 13.6 | 1 | 4.5 | | |

* Fisher's Exact Test

ns = non significant

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม (n = 22) | | กลุ่มทดลอง (n = 22) | | χ^2 | P |
|--------------------------------|-------------------------|--------|------------------------|--------|--------------------|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| อาชีพปัจจุบัน | | | | | 0.91 ^{ns} | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ/รับจ้าง | 7 | 31.8 | 9 | 40.9 | | |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | 5 | 22.7 | 5 | 22.7 | | |
| เกษตรกรกรม/ประมง | 9 | 40.9 | 7 | 31.8 | | |
| รับราชการ/พนักงานของรัฐ | 1 | 4.6 | 1 | 4.6 | | |
| สิทธิการรักษา | | | | | 1.0 ^{ns} | |
| หลักประกันสุขภาพ | 19 | 86.4 | 19 | 86.4 | | |
| เบิกได้/ประกันสังคม | 3 | 13.6 | 3 | 13.6 | | |
| มีบุคคลในครอบครัว | | | | | 0.76 ^{ns} | |
| ไม่มี | 12 | 54.5 | 11 | 50 | | |
| มี | 10 | 45.5 | 11 | 50 | | |
| ประวัติการสูบบุหรี่ | | | | | 0.22 ^{ns} | |
| ไม่เคยสูบเลย | 8 | 36.4 | 3 | 13.6 | | |
| สูบบุหรี่อยู่ | 9 | 40.9 | 12 | 54.6 | | |
| ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว | 5 | 22.7 | 7 | 31.8 | | |
| รูปแบบการรับประทานอาหาร | | | | | 0.55 ^{ns} | |
| ประกอบอาหารเอง | 20 | 90.9 | 21 | 95.5 | | |
| ซื้อหรือรับประทานอาหารนอกบ้าน | 2 | 9.1 | 1 | 4.5 | | |
| การวินิจฉัยโรค | | | | | 0.26 ^{ns} | |
| STEMI | 9 | 40.9 | 6 | 27.3 | | |
| NSTEMI | 13 | 59.1 | 16 | 72.7 | | |
| โรคประจำตัว | | | | | 0.27 ^{ns} | |
| ไม่มี | 9 | 40.9 | 12 | 54.5 | | |
| มี | 13 | 59.1 | 10 | 45.5 | | |
| โรคความดันโลหิตสูง | 12 | 92.3 | 9 | 90 | | |
| โรคเบาหวาน | 4 | 30.8 | 2 | 20 | | |

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | χ^2 | P |
|-----------------|-------------|--------|------------|--------|--------------------|---|
| | (n = 22) | | (n = 22) | | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| ดัชนีมวลกาย | | | | | 0.93 ^{ns} | |
| น้ำหนักปกติ | 7 | 31.8 | 7 | 31.8 | | |
| น้ำหนักเกิน | 9 | 40.9 | 8 | 36.4 | | |
| อ้วน | 6 | 27.3 | 7 | 31.8 | | |

ns = non significant

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 90.9 และเพศหญิงร้อยละ 9.1 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 51.4 (SD = 5.3) และ 52.2 (SD = 4.6) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 97.7 และสถานภาพโสด ร้อยละ 4.5 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ไม่ได้ศึกษา และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50, 36.4, 9.1, และ 4.5 ตามลำดับ การประกอบอาชีพ พบว่า กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม/ประมง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.4 รองลงมาคือ รับจ้าง/ไม่ประกอบอาชีพร้อยละ 34.1 โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท ส่วนกลุ่มทดลองพบว่า ประกอบอาชีพรับจ้าง/ไม่ประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมาคือเกษตรกรกรรมและประมง ร้อยละ 31.8 โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.4 และใช้สิทธิเบิกได้/ประกันสังคมร้อยละ 13.6 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยโรค NSTEMI มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.1 และ 72.7 ตามลำดับ และได้รับการวินิจฉัยโรค STEMI ร้อยละ 40.9 และ 27.3 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 92.3 และ 90.0 ตามลำดับ รองลงมาคือโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 30.8 และ 20.0 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีรูปแบบการรับประทานอาหาร โดยประกอบอาหารเองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.9 และ 95.5 ตามลำดับ ซื้อมือหรือรับประทานอาหารนอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 9.1 และ 4.5 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้ำหนักเกินมากที่สุด ร้อยละ 40.9 และ 36.4 รองลงมาคือน้ำหนักปกติ ร้อยละ 31.8 และ 31.8 และภาวะอ้วน ร้อยละ 27.3 และ 31.8 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($n_1=n_2=22$)

| | คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร | | | |
|------|--------------------------------|-----------|---------------------------|-----------|
| | กลุ่มควบคุม ($n_1 = 22$) | | กลุ่มทดลอง ($n_2 = 22$) | |
| | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง |
| Mean | 29.18 | 29.91 | 28.55 | 45.95 |
| SD | 2.81 | 2.52 | 2.97 | 2.95 |

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 29.18 (SD = 2.81) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 28.55 (SD = 2.97)

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังการทดลองเท่ากับ 29.91 (SD = 2.52) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังการทดลองเท่ากับ 45.95 (SD = 2.95)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$)

| พฤติกรรมการรับประทานอาหาร | \bar{x} | SD | df | t | p-value |
|---------------------------|-----------|------|----|-------|---------|
| กลุ่มควบคุม | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29.18 | 2.81 | 21 | 2.94 | 0.01 |
| หลังทดลอง | 29.91 | 2.52 | | | |
| กลุ่มทดลอง | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 28.55 | 2.97 | 21 | 23.70 | 0.00 |
| หลังทดลอง | 45.94 | 2.95 | | | |

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลอง เท่ากับ 29.18 (SD = 2.81) หลังการทดลอง เท่ากับ 29.91 (SD = 2.52) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนทดลอง เท่ากับ 28.55 (SD = 2.97) หลังการทดลอง เท่ากับ 45.94 (SD = 2.95) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

| พฤติกรรมการรับประทานอาหาร | \bar{x} | SD | df | t | p-value |
|---------------------------|-----------|------|-------|--------|---------|
| ก่อนทดลอง | | | | | |
| กลุ่มควบคุม | 29.18 | 2.81 | 41.86 | 0.73 | 0.47 |
| กลุ่มทดลอง | 28.55 | 2.97 | | | |
| หลังทดลอง | | | | | |
| กลุ่มควบคุม | 29.91 | 2.52 | 42 | -19.38 | 0.00 |
| กลุ่มทดลอง | 45.94 | 2.95 | | | |

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หลังการทดลอง ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการศึกษา 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest control group design) โดยกลุ่มควบคุมคือ ผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองคือ ผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลทั่วไปในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 18-59 ปี ที่เข้ารับบริการหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size)

ที่ 0.50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2009)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีก 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดด้วยการจับคู่ (Matched pairs) ในเรื่อง เพศ (Rahmati et al., 2015) อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี (ดวงตา สุวรรณรัตน์ และคณะ, 2552) ระดับการศึกษาใกล้เคียงกันมากที่สุด (นุสรา มณีโชติสกุลวงศ์ และคณะ, 2552) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในขณะที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการวิกฤต เช่น เหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก ใจสั่น หน้ามืด ซีพจรเต้นผิดจังหวะ สามารถโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมได้ครบทุกราย ไม่มีการคัดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมออกจากการศึกษาและไม่มีการแสดงอาการของอาการออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของ ปารีชาติ คงเสื่อ และคณะ (2557) ที่ดัดแปลงจาก Thai version of Heart Healthy Eating Questionnaire ของ Tantikosoom (2010) จำนวน 12 ข้อคำถาม ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.70

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย แผนการสอน แผ่นภาพนำเสนอ คู่มือ แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ และแผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

3. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของ สิริชยา อังกูรขจร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ที่แปลและดัดแปลงจากแบบประเมิน Belief about Dietary Compliance scale (BDCS) ของ Bennett et al. (1997) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 12 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้ค่าความตรง

ตามเนื้อหาเท่ากับ 0.83 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.73

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิม เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค

2. ผู้วิจัยเตรียมและสร้างเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค แผนการสอน แผ่นภาพนำเสนอ คู่มือแนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ และแผนโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

3. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นเตรียมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และตัวอย่างเครื่องมือ เพื่อเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปัตตานี

4. ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ

5. ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปัตตานี ในวันที่ 30 เมษายน 2560 (หมายเลขการรับรอง 003/2560) และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

6. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลทุกวันเวลา 8.00-16.00 น. โดยสอบถามและขอคำปรึกษาจากพยาบาลประจำการที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี

7. สํารวจรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

8. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่าน รายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

9. จัดการให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยลงนามเอกสารแสดงการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent Form) โดยกำหนด 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง

10. ผู้วิจัยเริ่มทำกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคที่ห่อผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1: สัปดาห์ที่ 1 ณ หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย และให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Pre-test) ด้วยตนเอง (ใช้เวลา 10-15 นาที) ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มควบคุมรับทราบว่าจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด และสามารถซักถามข้อสงสัยได้

สัปดาห์ที่ 2-4 ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามปกติ

ครั้งที่ 2: สัปดาห์ที่ 5 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดที่หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปัตตานี ผู้วิจัยประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Post-test) เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนการดำเนินวิจัย ผู้วิจัยมอบคู่มือ แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที)

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 : สัปดาห์ที่ 1 ณ หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล โดยการเน้นส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 40-50 นาที ผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย และให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Pre-test) (ใช้เวลา 10-15 นาที) จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้คำแนะนำตามแผนการสอนเป็นรายบุคคลโดยใช้แผ่นภาพนำเสนอ ประกอบด้วยเนื้อหา โรคหลอดเลือดหัวใจ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินอุปสรรคที่เป็นสาเหตุของการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค พร้อมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน พร้อมทั้งแจกคู่มือ

แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนเนื้อหาที่ผู้วิจัยให้ความรู้เมื่อกลับบ้าน (ใช้เวลา 30 นาที) และนัดหมายการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

ครั้งที่ 2-4: สัปดาห์ที่ 2-4 ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ รวม 3 ครั้ง (10-15 นาที) เป็นการทบทวนความรู้ความเข้าใจและกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ทบทวนบทบัญญัติและคำสอนศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยให้กำลังใจผู้ป่วย และประเมินอุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน นัดหมายเพื่อทำ Post- test ในสัปดาห์ที่ 5 ในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดที่แผนกหออภิบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปัตตานี หากผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการโทรศัพท์ เพื่อทำแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Post- test) 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการวิจัยที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายผลดังนี้

ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนทดลอง ส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมีความเหมาะสมเฉพาะโรค เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต่อการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรค โดยที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อและเปรียบเทียบได้ว่าสิ่งนั้นก่อผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นจะเป็นปัญหาอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่หากรับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมนั้น ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค

การรับรู้ประโยชน์ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างมีแบบแผน โดยส่งเสริมการรับรู้ ให้คำแนะนำ ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการ แผนการรักษา อาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการกำเริบที่อาจเกิดขึ้นหากผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและถูกต้องตามหลักอาหารอิสลาม (ฮาลาล) และอาหารที่เหมาะสมกับโรค (ตอยยิบ) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้แจกคู่มือแนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้ที่ผู้วิจัยได้ให้ไว้ และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง 3 สัปดาห์รวม 3 ครั้งหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว เป็นการทบทวนเกี่ยวกับการ

รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และเน้นย้ำผู้ป่วยเรื่องการตระหนักถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารว่ามีบทบัญญัติทางศาสนาที่ชัดเจนว่าการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมต้องคำนึงถึงหลักอาหารที่อนุมัติตามหลักศาสนา และมีคุณค่าทางโภชนาการ เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551) เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อและรับรู้ถึงการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้อาการของโรคดีขึ้น หรืออาการของโรคไม่รุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยก็จะตัดสินใจปฏิบัติตามสิ่งนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์กับตนเอง แต่หากผู้ป่วยรับรู้ถึงปัญหาอุปสรรคมากกว่าอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีนั้นได้ การสร้างความเข้าใจ การให้ความรู้ ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และการกระตุ้นเตือนด้วยวิธีต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง มีผลต่อการชักนำผู้ป่วยสู่การปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม (Becker, 1974; Janz et al., 2002) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หากผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคดีขึ้น (อัจชรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552)

การรับรู้อุปสรรค ผู้วิจัยประเมินอุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พร้อมทั้งหาแนวทางจัดการร่วมกันอย่างเหมาะสม โดยให้คำแนะนำถึงวิธีการจัดการหรือหลีกเลี่ยงกับอุปสรรคที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยมุสลิม ที่ไม่ขัดต่อหลักศาสนาอิสลาม ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ถูกต้องตามหลักศาสนา (ฮาลาล) และเหมาะสมกับโรค (ตอยยิบ) แนะนำแหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลและแหล่งที่น่าเชื่อถืออื่น ๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด เพื่อนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน แนะนำการปรับสุขนิสัยของพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วย โดยแนะนำทางเลือกการปรุงอาหาร วิธีการต้ม นึ่ง ย่าง อบ มากกว่าวิธีการทอด ผู้ป่วยที่มีสุขนิสัยชอบรับประทานแกงกะทิเป็นประจำ แนะนำให้ดื่มน้ำเกลือหรือน้ำแกงไว้ แล้วค่อย ๆ ลดปริมาณอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจลง แนะนำเรื่องการกำหนดเป้าหมายง่าย ๆ กับตนเอง เช่น จะรับประทานอาหารทอดจากสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง ลดเหลือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในผู้ป่วยที่ชอบปรุงอาหารรสจัด แนะนำการใส่เครื่องปรุงอาหารที่ละนิดแล้วชิมรสชาติก่อน เลี่ยงการใส่เครื่องปรุงครั้งละมาก ๆ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินอุปสรรคของผู้ป่วยที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน หากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก การให้คำแนะนำ ร่วมกันหาแนวทางจัดการกับปัญหาอุปสรรค และกระตุ้นเตือนผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Becker, 1974; Janz et al., 2002) ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาไม่ว่าจะเป็นการขยายหลอดเลือดหรือการรับประทานยาตามแผนการรักษา หากผู้ป่วย

ยังคงรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรคก็ยังมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552)

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองเพียงเล็กน้อย เป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในเรื่องการดูแลตนเองทั่ว ๆ ไปก่อนได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และในกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมขึ้นอย่างเห็นได้ชัดภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะมีการปรับพฤติกรรมเรื่องการเลือกใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว เป็นต้น ในการผัด แทนการใช้น้ำมันปาล์ม มากที่สุด รองลงมาเป็นการลดอาหารประเภททอด เช่น ไข่ทอด ปลาทอด เนื้อทอด การลดรับประทานขนมประเภททอด การรับประทานผักผลไม้อย่างน้อยวันละ 5 กำมือ การอ่านฉลากโภชนาการ การลดปริมาณนมข้นหวาน การลดอาหารเค็ม การเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ และการลดรับประทานอาหารประเภทแกงกะทิ ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่กลุ่มตัวอย่างปรับได้น้อยที่สุด คือเรื่อง การรับประทานขนมหวาน และการปรุงรสเพิ่มโดยการใส่น้ำปลา ซีอิ๊ว บุดู (ภาคผนวก ฉ) จะเห็นได้ว่า โปรแกรมกิจกรรมดังกล่าวที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ช่วยเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยได้มีการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากขึ้น

ดังนั้นการให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรม ดังเช่นการศึกษาของ Froger-Bompas et al. (2009) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่ได้รับคำแนะนำและให้คำปรึกษาเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารมากขึ้น สิริขยา อังกูรขจร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ภายหลังการสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารและยามากขึ้น และการศึกษาของ ธาวิณี ช่วยแทน และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2559) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ภายหลังได้รับการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค โดยการให้ความรู้ การให้คู่มือ การชมวิดีโอสัมภาษณ์ประสบการณ์ผู้ป่วย และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม จากงานวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ถึงแม้จะทำการศึกษาใน

กลุ่มตัวอย่าง หรือกลุ่มโรคที่แตกต่างกัน แต่มีวัตถุประสงค์เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้นเหมาะสมกับโรคเช่นเดียวกับโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้ดำเนินกับกลุ่มทดลอง ที่ช่วยเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายผลได้ดังนี้

ทั้งนี้กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ก่อนการจำหน่าย ได้แก่ การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั่ว ๆ ไป เรื่องโรค การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ ในระยะเวลาการให้ข้อมูลที่จำกัด โดยกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเท่านั้น โดยกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการติดตามพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการแจกเอกสารหรือคู่มือการดูแลตนเอง และการรับประทานที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ไม่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนให้ตระหนักเรื่องการรับประทานที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจตามบทบัญญัติของศาสนา ไม่ได้รับการเน้นย้ำในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการรับประทาน และไม่ได้รับการประเมินอุปสรรคที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทาน พบว่าก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการปรับพฤติกรรมการรับประทานเพียงเล็กน้อย ซึ่งยังไม่เหมาะสมต่อการปรับพฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือด โดยพบว่ากลุ่มควบคุมสามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ การรับประทานผักผลไม้ การเลือกใช้น้ำมันพืช การรับประทานอาหารเช้า และการรับประทานอาหารหวานได้เพียงเล็กน้อย และไม่สามารถปรับการรับประทานประเภทแกงกะทิ การรับประทานอาหารทอด และการปรุงรสเพิ่มได้เลย (ภาคผนวก ฉ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค ถึงแม้ผู้ป่วยจะรับประทานถูกต้องตามหลักศาสนา (ฮาลาล) แต่ยังคงรับประทานที่ไม่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากอาหารของชาวมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนใหญ่จะมีส่วนประกอบของกะทิ และน้ำมัน เช่น แกงมัสมั่น ข้าวหมก ข้าวมัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรับรู้เรื่องการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะเรื่องการปรับพฤติกรรมการรับประทาน ซึ่งมิ

บทบัญญัติทางศาสนากำหนดอย่างชัดเจน ว่าต้องรับประทานให้ถูกต้องหลักโภชนาการและเหมาะสมกับการเจ็บป่วย อีกทั้งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้

การส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่กลุ่มทดลองได้รับจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค ได้แก่ การให้ความรู้อย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ การได้รับคู่มือแนวทางการรับประทานอาหารเพื่อนำกลับไปทบทวนที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ทั้งด้านการประเมินปัญหาอุปสรรคและการหาแนวทางจัดการร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sethares and Elliott (2004) ศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื่องอาหารและยา มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารและยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 Hassan (2015) ศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทศาสนา มีผลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม เรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สิริขยา อังกูรขจร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารและยาได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ธาวิณี ช่วยแทน และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2559) ศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค โดยการให้ความรู้ การให้คู่มือ การชมวีดีโอสัมภาษณ์ประสบการณ์ผู้ป่วย และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ มีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานครุยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากงานวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาพฤติกรรมมารับประทานอาหารของกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจมีความคล้ายคลึงกัน ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคควบคู่กับแผนการรักษาของแพทย์ และมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง โดยการมีกิจกรรมต่าง ๆ มาเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ คำแนะนำที่เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วย การติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นกิจกรรมที่แตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ มาเป็นกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์

และลดการรับรู้อุปสรรค สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดี เหมาะสมกับโรค สามารถปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ ซึ่งการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารนั้นต้องอาศัยความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย โดยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และรับรู้ถึงอุปสรรคที่จะมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยสามารถหาแนวทางจัดการกับปัญหาอุปสรรคเหล่านั้นของผู้ป่วยเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมนี้ต่อไป

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

เนื่องจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ต่างอำเภอ ภายหลังจากเสร็จสิ้นจากการตรวจของแพทย์ กลุ่มตัวอย่างต้องรีบกลับบ้านด้วยรถโดยสาร กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่ได้มาตรวจตามนัดตามระยะเวลาของการดำเนินวิจัย บางรายสามารถนัดรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถพบผู้วิจัย ณ แผนกผู้ป่วยนอก ตอบแบบสอบถาม post test ทางโทรศัพท์ เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว ประหยัดค่าใช้จ่าย ซึ่งการตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์มีข้อจำกัดที่กลุ่มตัวอย่างอาจตอบไม่ตรงกับความจริง ทำให้อาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพยาบาลสามารถเริ่มส่งเสริมการรับรู้ตั้งแต่ในหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม และสามารถทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ นักโภชนาการ ให้มีส่วนร่วมในการเน้นย้ำและให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ยังเป็นวิธีการที่จะช่วยประเมินปัญหาอุปสรรคที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเป็นอย่างดี

3. กิจกรรมการพยาบาล ทั้งแผนการสอนและคู่มือ ในการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจนี้ สามารถนำมาปรับประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยต่างศาสนาได้ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของศาสนานั้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มระยะเวลาติดตามเพื่อประเมินผลในระยะยาว เช่น 3, 6 เดือน เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจในแต่ละช่วงเวลา

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคในระยะยาว เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไต เป็นต้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข. (2558). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการโภชนาการสำหรับวัยทำงาน.
- จริญญา คมเฉียบ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมบริการโภชนาการที่เชื่อมโยงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา อึ้งชูศักดิ์. (2555). น้ำตาล สุขภาพ และการจัดการด้านการบริโภคที่เหมาะสม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- จันทิรา ทรงเต๊ะ. (2554). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไทยมุสลิม. (สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิตติพร วิชิตธงไชย. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมบริการโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร, 27(4), 340-346.
- ซอพิยะห์ นิมะ และยูซุฟ นิมะ. (2552). การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: อาหารและโภชนาการ. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ซูไมยะ เต็งสาแม มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และสุปรียา ต้นสกุล. (2558). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้นำอิสลาม จังหวัดยะลา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 45(1), 18-27.
- ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก สุวลี โลวีร์กรณ์ และสยาม คำเจริญ. (2552). พฤติกรรมบริการโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ศรีนครินทร์เวชสาร, 24(4), 285-291.
- ดวงตา สุวรรณรัตน์ เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์ และไหมไทย ศรีแก้ว. (2552). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มระดับประคองพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 21(2), 122-138.

- ธาวินี ช่วยแทน และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 36(3), 56-74.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2553). การสร้างเสริมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุสรรา มณีโชติสกุลวงศ์ พรรณรัตน์ นนathi และไพสิฐ มารยาท. (2552). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กรณีศึกษา อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร, 24(2), 21-32.
- ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ และเรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ. (2554). *Cardiac emergencies: ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- ปรีชา เปรมปรี. (2553). โครงการทบทวนระบบข้อมูลโรคหัวใจ หลอดเลือด และเบาหวาน. กรุงเทพฯ: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ปรีชา เอื้อโรจน์อังกูร. (2553). ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด: การอบรมระยะสั้น อายุรศาสตร์หัวใจ ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มิตรสัมพันธ์.
- ปรีชาธิปไตย ยี่หริ่ม และรุ่งระวี นาวิเจริญ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 27(2), 31-42
- ปาริชาติ คงเสื่อ ปชานันท์ ตันติโกสม และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2557). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วารสารกิจการรณ, 21, 168-184.
- ปาริชาติ พัยคัมภีร์ และรัตนศิริ ทาโต. (2556). ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 25(3), 81-92.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่10). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านานาวิทยา.
- พิกุล ดินามาส ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทัศนาศูววรรณะปรกรณ์. (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. พยาบาลสาร, 35(3), 72-83.
- ยูซูฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- รัตนา เรือนอินทร์. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพและการควบคุมโรคผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงใน ศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุสนี มะตาเยะ. (2550). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมในชนบท: กรณีศึกษา พื้นที่ใน ความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแห้ว ตำบลบ้านแห้ว อำเภอธารโต จังหวัดยะลา. ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร.
- วันทนี เกரியสินยศ และการะเกด ทองดอนโพธิ์. (2560). โภชนาการกับความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สารคดี.
- วิชัย ต้นไพจิตร. (2534). ไขมันกับโรคหัวใจตีบ ในกมล สินธวานนท์ (บรรณาธิการ) หัวใจของเรา. กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- วินัย ดะห์ลัน. (2553). อาหารอัตลักษณ์มลายู-ไทย ครั่วมุสลิมชายแดนใต้. กรุงเทพฯ: ศูนย์ วิทยาศาสตร์ฮาลาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2553). โรคหลอดเลือดหัวใจ การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 กรุงเทพมหานคร: หจก. เอ็นพีเพรส.
- ศศิธร อุตตะมะ. (2549). ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2549). ข้อเสนอแนะการใช้ยาลดไขมันในกลุ่มสเตติน (statin) ในคนไทย ใน : Update in emergency medicine รศ.นพ.ชัชวรา สอนกระต่าย ผศ.นพ.วีรพันธุ์ โข วิฑูรกิจ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. (2552). รายงานฉบับสมบูรณ์ชุดโครงการสร้างเสริม สุขภาพตามวิถีมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: สงขลา.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). จำนวนและอัตราการตาย ด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2550 - 2558 จำแนก รายจังหวัด เขตบริการสุขภาพ และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร)
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

- สิริขยา อังกรขจร และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2557). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 25(2), 77-89.
- สุจิตรา เหมวิเชียร ประณีต ส่งวัฒนา และวิภาวี คงอินทร์. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน. สงขลานครินทร์เวชสาร, 25(5), 379-388.
- สุพจน์ ศรีมหาโชตะ และสมนพร บุญยะรัตเวช สองเมือง. (2553). ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน ปรีชา เอื้อโรจน์อังกร, ศาสตราจารย์และศิลปินในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มิตรสัมพันธ์.
- สุพิณญา คงเจริญ ชดช้อย วัฒนะ และธีรนุช ห่านิรติศัย. (2556). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิต และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร, 40(1), 23-33.
- เสาวนีย์ เนาวพานิช. (2552). การดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- เสาวลักษณ์ ท่ามาก อรสา พันธุ์ภักดี กุสุมา คุววัฒนสัมพันธ์ และพิศสมัย อรทัย. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 20(2).
- เสาวลักษณ์ พรหมพงศา. (2551). อายุรศาสตร์ *Current concepts and update treatment*. กรุงเทพฯ: ซีดีพีรินท์.
- อภิชาติ สุคนธสรณ์. (2555). *cardiovascular medicine: the new balance*. เชียงใหม่: ทรिकิงค์.
- อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ อภรณ์ ดินาน และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2552). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 17(3), 41-53.
- อัญชัน ชุมหะหิรัณย์. (2552). รู้ทันไขมันทรานส์. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, 29(4), 124-135.
- อิสมาอีลลูตี จะปะกียา. (2555). คู่มือผู้ป่วยและการจัดการตามหลักการอิสลาม. มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา: ยะลา.

อิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2555). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วารสารพยาบาลตำรวจ, 4(2), 49-59.

ภาษาอังกฤษ

Al-Jauziya, I. Q. (2003). Healing with the medicine of the Prophet (PBUH). Darussalam.

American Heart Association. (2016). Coronary artery disease - Coronary heart disease.

Retrieved October,7, 2016, from http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MyHeartandStrokeNews/Coronary-Artery-Disease---Coronary-Heart-Disease_UCM_436416_Article.jsp#.V_cVlfl97IU

Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., Casey, D. E., Jr., Ganiats, T. G., Holmes, D. R., Jr., . . . The Society of Thoracic, S. (2014). 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 130(25), 2354-2394.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.

Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B.Slack.

Bennett, S. J., Milgrom, L. B., Champion, V., & Huster, G. A. (1997). Belief about medication and dietary compliance in people with heart failure :an instrument development study. *heart & Lung*, 26(4), 273-279.

Bhatia, S. K. (2010). *Biomaterials for clinical applications*: Springer New York.

Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative of student learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.

Brunner, L. S., Smeltzer, S. C. O. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

- Cobb, S. L., Brown, D. J., & Davis, L. L. (2006). Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. *J Am Acad Nurse Pract*, 18(1), 31-39.
- Darr, A., Astin, F., & Atkin, K. (2008). Causal attributions, lifestyle change, and coronary heart disease: illness beliefs of patients of South Asian and European origin living in the United Kingdom. *Heart Lung*, 37(2), 91-104.
- David, G. S., Margaret, K. H., & Maciej, S. B. (2003). The eating behavior patterns questionnaire predicts dietary fat intake in African American women. *J Am Diet Assoc*, 103(3), 338-345.
- De Souza, R. J., Mente, A., Maroleanu, A., Cozma, A. I., Ha, V., Kishibe, T., . . . Anand, S. S. (2015). Intake of saturated and trans unsaturated fatty acids and risk of all cause mortality, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ*, 351, h3978.
- Eagle, K. A., Guyton, R. A., Davidoff, R., Edwards, F. H., Ewy, G. A., Gardner, T. J., . . . Society of Thoracic, S. (2004). ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines for Coronary artery bypass Graft Surgery). *J Am Coll Cardiol*, 44(5), e213-310.
- Elis, A., Lishner, M., & Melamed, S. (2011). Treatment beliefs and attending follow-up visits in a lipid clinic. *Br J Health Psychol*, 16(Pt 1), 61-71.
- Froger-Bompas, C., Laviolle, B., Guillo, P., Letellier, C., Ligier, K., Daubert, J. C., & Paillard, F. (2009). Sustained positive impact of a coronary rehabilitation programme on adherence to dietary recommendations. *Arch Cardiovasc Dis*, 102(2), 97-104.
- Gochman, D. S. (1982). *Health behavior: Emerging research perspective*. New York: Plenum.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. Mountain View, Calif: Mayfield
- Hassan, S. H. (2015). Effects of religious behavior on health-related lifestyles of muslims in malaysia. *J Relig Health*, 54(4), 1238-1248.

- Janz, K. N., Champion, V. L., & Strecher, V. J. (2002). The health belief model. In Glanz K. & Lewis F.M. & Rimer b.K. (Eds.), *Health behavior and health education theory, research, and practice* (pp. 45-53). San Francisco: Jossey-Bass.
- Lenfant, C. (2010). Chest pain of cardiac and noncardiac origin. *Metabolism*, 59 Suppl 1, S41-46.
- Levine, G. N., Bates, E. R., Blankenship, J. C., Bailey, S. R., Bittl, J. A., Cercek, B., . . . Ting, H. H. (2011). 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the society for cardiovascular angiography and interventions. *J Am Coll Cardiol*, 58(24), e44-122.
- Libby, P., & Theroux, P. (2005). Pathophysiology of coronary artery disease. *Circulation*, 111(25), 3481-3488.
- Margaret, E. G. (2003). An effective tool for managing eating behavior change interventions for hypercholesterolemia. *Clin Nutr*, 18(4), 229-224.
- Muhlenkamp, A. F., & Brocmam, N. A. (1988). Health beliefs health value and positive health behavior. *West J Nurs Res*, 10, 637-646.
- National Cholesterol Education Program Adult treatment. (2002). Detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) final report. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. USA: Appleton and Lang.
- Phumivadhana, S. (2009). *The effect of dietary behavior modification and exercise program on lipid profile in coronary artery disease patients*. Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Nursing Mahidol University. .
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (8th ed)*. Philadelphia: WoltersKlower/Lippincott William & Wilkins.
- Pothikanun, N. (2000). *Perceived benefits and barriers of health promoting behaviors in nutrition of coronary heart disease patients*. Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Nursing Mahidol University.

- Rahmati, F., Tavafian, S. S., Gholami, M., & Jafari, M. R. (2015). Factors predicting nutrition and physical activity behaviors due to cardiovascular disease in Tehran university students: application of health belief model. *Iran Red Crescent Med J*, 17(3), e18879.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive behavior. *Health Educ Monogr*, 2(4), 354-386.
- Sethares, K. A., & Elliott, K. (2004). The effect of a tailored message intervention on heart failure readmission rates, quality of life, and benefit and barrier beliefs in persons with heart failure. *Heart Lung*, 33(4), 249-260.
- Smith, S. C., Jr., Benjamin, E. J., Bonow, R. O., Braun, L. T., Creager, M. A., Franklin, B. A., . . . Taubert, K. A. (2011). AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association. *J Am Coll Cardiol*, 58(23), 2432-2446.
- Suwatanaviroj, T., & Yamwong, S. (2013). Prevalence of coronary artery disease in different ethnic groups at a tertiary care hospital. *J Med Assoc Thai*, 96(10), 1298-1301.
- Tantikosoom, P. (2010). *The effect of behavioral management program on blood cholesterol inpatients with coronary revascularization*. Degree of Doctor of Philosophy Program Nursing Science Faculty of Nursing Chulalongkorn University.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2014). *Critical care nursing: Diagnosis and management*: Elsevier Health Sciences.
- Wassif, H., & Welt, F. G. (2014). Atrial disease-atherosclerosis. In M.J.Kern (Ed.), *SCAI International Cardiology Board Review*. Philadelphia: Lippincott.
- White, S., Bissell, P., & Anderson, C. (2011). A qualitative study of cardiac rehabilitation patients' perspectives on making dietary changes. *J Hum Nutr Diet*, 24(2), 122-127.

World Health Organization. (2007). Prevention of cardiovascular disease : guidelines for assessment and management of total cardiovascular risks. Geneva: World Health Organization

World Health Organization [WHO]. (2014). Global status report on noncommunicable diseases. Retrieved April, 2, 2016, from <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

Xu, C. B., Sun, Y., & Edvinsson, L. (2010). Cardiovascular risk factors regulate the expression of vascular endothelin receptors. *Pharmacol Ther*, 127(2), 148-155.









ประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์
ครั้งที่ 17/2559 ประจำปีการศึกษา 2559

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

| | |
|-----------------------|---|
| รหัสนิสิต | 5877152636 |
| ชื่อ-นามสกุล | นางสาวกรพัสชา คล้ายพิบูล |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) |
| ประธานกรรมการสอบ | รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ |
| ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรรยา ภัทรราชาชัย |
| ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ | ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในผู้สูงอายุ THE EFFECT OF THE INDIVIDUAL AND FAMILY SELF MANAGEMENT PROGRAM ON BOWEL PREPARATION BEHAVIOR FOR COLONOSCOPY IN OLDER PERSONS |
| ครั้งที่อนุมัติ | 17/2559 |
| ระดับ | ปริญญาโท |

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

| | |
|-----------------------|--|
| รหัสนิสิต | 5877167036 |
| ชื่อ-นามสกุล | นางสาวชารินทร์ช ะณี |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) |
| ประธานกรรมการสอบ | รองศาสตราจารย์ ดร. รัตนีศิริ ทาโต |
| อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ |
| ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย |
| ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ | ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ THE EFFECT OF PROMOTING PERCEIVED BENEFITS AND PERCEIVED BARRIERS PROGRAM ON EATING BEHAVIOR IN MUSLIM PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE |
| ครั้งที่อนุมัติ | 17/2559 |
| ระดับ | ปริญญาโท |

พิศสมัย อรทัย

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5877169336
 ชื่อ-นามสกุล นางสาวดาราร วงษ์กวน
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
 ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
 อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร. จรรยา นิมหลวง
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อีระ สิ้นเดชารักษ์
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 FACTORS PREDICTING SLEEP DISTURBANCES IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION SURVIVORS
 ครั้งที่อนุมัติ 17/2559
 ระดับ ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5877187636
 ชื่อ-นามสกุล นางสาวภาวดี จันทรรัตน์
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
 ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ซูวรรณะปกรณ์
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรรยา ภัทรอาชาชัย
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน
 FACTORS ASSOCIATED WITH VISUAL-RELATED QUALITY OF LIFE IN OLDER PERSONS WITH GLAUCOMA
 ครั้งที่อนุมัติ 17/2559
 ระดับ ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5877196236
 ชื่อ-นามสกุล ร.อ.หญิง วรินทร์ พรหมสนธิ์
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
 ประธานกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์
 อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อีระ สิ้นเดชารักษ์
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 FACTORS PREDICTING DEPRESSION AMONG POST ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS
 ครั้งที่อนุมัติ 17/2559
 ระดับ ปริญญาโท

จากมติคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 3/2560 วันที่ 14 มีนาคม 2560

ประกาศ ณ วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2560

สุรีพร ธนศิลป์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน |
|---|---|
| 1. นายแพทย์ซาฟารี บินห์ลี | แพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลยะลา |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ รวีวรกุล | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. อาจารย์ สุนิดา อรรถนุชิต | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี |
| 4. นางสาวนริสา สะมาแอ | พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ประจำหอ ผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลนราธิวาส ราชนครินทร์ |
| 5. นางสาวอัจฉราวรรณ มุสิกธรรม | นักโภชนาการชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงาน โภชนศาสตร์ โรงพยาบาลปัตตานี |

ภาคผนวก ค
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/0503



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 มีนาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวซารินะฮ์ ระนี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนริสา สมะแอ พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ประจำหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวนริสา สมะแอ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

นางสาวซารินะฮ์ ระนี โทร. 08-7292-8028

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๕๐๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๓๐ มีนาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวซารินะฮ์ ระณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้องกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ รวีวรกุล อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ รวีวรกุล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้องกิจ โทร. 02-218-1152

นางสาวซารินะฮ์ ระณี โทร. 08-7292-8028

ที่ ศธ 0512.11/0503



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 มีนาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชาริณะ ระนี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ สุนิดา อรรถนุชิต อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

อาจารย์ สุนิดา อรรถนุชิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

นางสาวชาริณะ ระนี โทร. 08-7292-8028

ที่ ศธ 0512.11/0503



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 มีนาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวซารินะฮ์ ระนี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนริสา สมะแอ พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ประจำหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตินิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวนริสา สมะแอ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

นางสาวซารินะฮ์ ระนี โทร. 08-7292-8028

ที่ ศธ 0512.11/๒๕๐๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 มีนาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวซารินะห์ ระณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวอัจฉรรณ มุสิกธรรม นักโภชนาการชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานโภชนศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวอัจฉรรณ มุสิกธรรม

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

นางสาวซารินะห์ ระณี โทร. 08-7292-8028

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

| | |
|-----------|-------------|
| เลขที่รับ | 104 |
| วันที่ | ๑๕ มี.ค. ๖๐ |
| เวลา | 10.16 น. |
| ผู้รับ | |

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวชารีนะซี ระณี รหัสประจำตัว 5877167036 นิสิตสาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 181/38 ซอย เพชรสุภา ถนน ยะรัง ตำบล/แขวง จะบังติกอ
อำเภอ เมือง จังหวัด ปัตตานี รหัสไปรษณีย์ 94000 โทรศัพท์ 0872928028

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารใน
ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำใน
การรักษา
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ต่อการปฏิบัติ
ตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวสิริชยา อังกูรขจร
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2556

ลงนาม ชารีนะซี ระณี ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวชารีนะซี ระณี)
๑๕ / มีนาคม / ๒๕๖๐

| | |
|---|--|
| <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๐ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ) ๑๐ / มีนาคม / ๒๕๖๐</p> | <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>อนุญาต</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๐ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์) ๑๖ / มีนาคม / ๒๕๖๐</p> |
|---|--|

อนุญาต
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
...../...../.....

.....
24 มี.ค. ๖๐

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

| | |
|-----------|------------|
| เลขที่รับ | 101 |
| วันที่ | 23 พ.ค. 60 |
| เวลา | 10.15 น. |
| ผู้รับ | น. รัต : |

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวชารีนะธี ระณี รหัสประจำตัว 5877167036 นิสิตสาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 181/38 ซอย เพชรสุภา ถนน ยะรัง ตำบล/แขวง จะบึงดึก อำเภอบึง
เมือง จังหวัด ปัตตานี รหัสไปรษณีย์ 94000 โทรศัพท์ 0872928028

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารใน
ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยาย
หลอดเลือดหัวใจ
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับ
ประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2556

...

ลงนาม *ช. รัต* ผู้ยื่นคำร้อง

(นางสาวชารีนะธี ระณี)

23 / 5 / 2560

| | |
|---|---|
| ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <i>ผศ.ดร.จิตราพร เกศพิชญวัฒนา</i> <i>น. รัต</i> | ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ <i>ผศ.ดร.จิตราพร เกศพิชญวัฒนา</i> <i>น. รัต</i> |
| ลงนาม <i>จิตราพร เกศพิชญวัฒนา</i> | ลงนาม <i>จิตราพร เกศพิชญวัฒนา</i> |
| (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ) <i>จิตราพร เกศพิชญวัฒนา</i> | (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ) <i>จิตราพร เกศพิชญวัฒนา</i> |

อนุญาต

จิตราพร เกศพิชญวัฒนา

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิตราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

...../...../.....

จิตราพร
24 5 2560



Sarinah Raneer <sarinah.raneer@gmail.com>

Thank you for your RightsLink / Elsevier transaction

1 ข้อความ

Copyright Clearance Center <rightslink@marketing.copyright.com>

9 สิงหาคม 2559 16:38

ตอบกลับไปยัง: Copyright Clearance Center <reply-fe4d1079716102757c11-14153369_HTML-1414078302-114453-358745@info.copyright.com>

ถึง: sarinah.raneer@gmail.com

To view this email as a web page, go [here](#).

Do Not Reply Directly to This Email

To ensure that you continue to receive our emails,
please add rightslink@marketing.copyright.com to your address book.

RightsLink



Thank You For Your Order!

Dear Ms. Sarinah Raneer,

Thank you for placing your order through Copyright Clearance Center's RightsLink service. Elsevier has partnered with RightsLink to license its content. This notice is a confirmation that your order was successful.

Your order details and publisher terms and conditions are available by clicking the link below:

<http://s100.copyright.com/CustomerAdmin/PLF.jsp?ref=9c63d535-e302-422d-83fd-ac73888c333a>

Order Details

Licensee: Sarinah Raneer

License Date: Aug 9, 2016

License Number: 3924700862063

Publication: Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care

Title: Beliefs about medication and dietary compliance in people with heart failure: An instrument development study

Type Of Use: reuse in a thesis/dissertation

Total: 0.00 USD

To access your account, please visit <https://myaccount.copyright.com>.

Please note: Online payments are charged immediately after order confirmation; invoices are issued daily and are payable immediately upon receipt.

To ensure that we are continuously improving our services, please take a moment to complete our [customer satisfaction survey](#).

B.1:v4.2



This email was sent to: sarinah.raneer@gmail.com

Please visit [Copyright Clearance Center](#) for more information.

This email was sent by Copyright Clearance Center
222 Rosewood Drive Danvers, MA 01923 USA

To view the privacy policy, please [go here](#).

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๕43

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศิตพรรัช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

/ ๐ เมษายน 2560

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

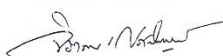
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชารินธ์ ระณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี จำนวน 74 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ แผนการสอนเรื่อง “แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ” แผนภาพนำเสนอ เรื่อง “แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ” คู่มือแนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ และแผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวชารินธ์ ระณี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่นิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

นางสาวชารินธ์ ระณี โทร. 08-7292-8028



ที่ ศธ 0512.11/ 0542

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 เมษายน 2560

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

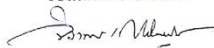
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครร่างวิจัย จำนวน 1 ชุด
 2. แบบสอบถามและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด จำนวน 1 ชุด
 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย/หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวซารินะฮ์ ระณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวซารินะฮ์ ระณี เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เอกศพิษณุวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิตโทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
นางสาวซารินะฮ์ ระณี โทร. 08-7292-8028

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลปัตตานี

หมายเลขการวิจัย.....

การวิจัยนี้และเอกสารประกอบของการวิจัยตามรายการแสดง ด้านล่างได้รับพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลปัตตานีแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่า การวิจัยที่จะ ดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับ และข้อกำหนด ภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัย ตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อเรื่องวิจัย.....

(ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับอุปสรรคต่อพฤติกรรม การรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

(ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF PROMOTING PERCEIVED BENEFITS AND PERCEIVED BARRIERS PROGRAM ON EATING BEHAVIOR IN MUSLIM PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

ชื่อผู้วิจัยหลัก.....(ภาษาไทย)...นางสาวซารินะห์ ระนี

(ภาษาอังกฤษ) Miss Sarinah Ranee

สถาบันสังกัด.....คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ลงนาม

(นายศรีวิทย์ ศิลาลัย)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

วัน/เดือน/ปี...30 เมษายน ๒๕๖๐

หมายเลขรับรอง...๐๐๓/๒๕๖๐.....

วันที่ให้การรับรอง... 30 เม.ย 2560

วันหมดอายุในรับรอง... 30 เม.ย 2561

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรม
การรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....
ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวซารีนะฮ์ ระนี

ที่อยู่ 181/38 ซ.เพชรสุภา ถ.ยะรัง ต.จะบังติกอ อ.เมือง จ.ปัตตานี 94000
ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ วิธีการ และแนวทาง
ในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงข้อดี ข้อเสีย ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่า การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ต้องทำด้วยความสมัคร
ใจ การปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลต่อการได้รับบริการ หรือการรักษาที่ข้าพเจ้าควรจะได้รับ
และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ คำตอบ
หรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และจะนำมาใช้เพื่อ
วัตถุประสงค์ในการศึกษานี้เท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมเป็นประชากรตัวอย่างและให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อ
เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน
ต่อหน้าพยาน

.....
..... จฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (.....)

สถานที่/วันที่..... ลงนามประชากรตัวอย่าง

.....
..... (นางสาวซารีนะฮ์ ระนี.)

สถานที่/วันที่..... ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
..... (.....)

สถานที่/วันที่..... ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวซารินะฮ์ ระณี นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ข้อมูลติดต่อ โทรศัพท์ 087-2928028 E-mail: Sarinah.ranee@gmail.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ประกอบคำอธิบายดังต่อไปนี้

4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ประชากรตัวอย่างมุสลิมมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ

4.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

4.2.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค

4.2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4.3 เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับประชากรตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับประชากรตัวอย่างจะถูกวิเคราะห์เป็นข้อมูลทางสถิติ และผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีการระบุชื่อของประชากรตัวอย่าง

5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ประชากรตัวอย่างจะได้รับการปฏิบัติในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะจัดกลุ่มประชากรตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม

5.1 กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่อยู่กลุ่มนี้ จะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยท่านจะได้รับความรู้จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในเรื่องการรับประทานยา การสังเกตอาการ และการมาตรวจตามนัด โดยผู้วิจัยจะให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Pretest) ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที จากนั้นผู้วิจัย นัดหมายทำ แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Posttest) ในสัปดาห์ที่ 5 ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปัตตานี ตามการตรวจนัดของแพทย์ แจกคู่มือแนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนสิ้นสุดการวิจัย

5.2 กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่อยู่กลุ่มนี้จะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้

ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค โดยผู้วิจัยจะให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Pretest) ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที จากนั้นผู้วิจัยให้กิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมเป็นรายบุคคล

ในสัปดาห์ที่ 1 ณ หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี ใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1) ให้ความรู้ตามแผนการสอนในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แผ่นภาพนำเสนอ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ประมาณ 30 นาที

2) แจกคู่มือแนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

ในสัปดาห์ที่ 2-4 ท่านจะได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จำนวนรวม 3 ครั้ง เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ทบทวนความรู้ตามคู่มือที่ท่านได้รับไป ประเมินอุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย โดยผู้วิจัยจะนัดวันและเวลาตามที่ท่านสะดวก ในสัปดาห์ที่ 4 ท่านจะได้ทำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผ่านทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 5 ท่านจะได้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Posttest) ณ หอผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี ตามการตรวจนัดของแพทย์ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนสิ้นสุดการวิจัย

6. การติดต่อกับผู้วิจัยกรณีมีปัญหาสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้โดยตรงตลอดเวลา คือ นางสาวซารีนะฮ์ระนี ที่เบอร์โทรศัพท์ 087-2928028

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ประชากรตัวอย่างทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ขัดข้อง

8. ไม่มีค่าตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่าง ที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

9. ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างจะได้รับการปกปิด

10. จำนวนของประชากรตัวอย่างการวิจัยที่ใช้ในครั้งนี้ ทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 22 คน



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง เพียงคำตอบเดียว และเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพ
 โสด สมรส หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพปัจจุบัน
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 พนักงานเอกชน รับราชการ/พนักงานของรัฐ เกษตรกรรม/ประมง
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้ในครอบครัวต่อเดือน
 ไม่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท 5,000-10,000 บาท
 10,001-15,000 บาท มากกว่า 15,000 บาท
7. สิทธิการรักษา
 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เบิกได้ ประกันสังคม
8. มีบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มี มี
9. ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบเลย สูบบุหรี่อยู่ ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว
10. รูปแบบการรับประทานอาหาร ประกอบอาหารเอง ซื้อ/รับประทานอาหารนอกบ้าน
11. ส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอก (ดูได้จากเวชระเบียน)
 - 11.1 การวินิจฉัยโรค.....
 - 11.2 โรคประจำตัวหรือโรคร่วม
 ไม่มี มีโรคประจำตัวโปรดระบุด้านล่างตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง
 โรคไต อื่นๆ.....
 - 11.3 ส่วนสูง.....เซนติเมตร น้ำหนักตัวปัจจุบัน.....กิโลกรัม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง

ขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

- | | | |
|---|---------|---------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เคยปฏิบัติเลย |
| 2 | หมายถึง | ปฏิบัติเดือนละครั้ง |
| 3 | หมายถึง | มีการปฏิบัติสัปดาห์ 1 ครั้ง |
| 4 | หมายถึง | มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง |
| 5 | หมายถึง | มีการปฏิบัติทุกวัน |

| ทุกครั้งที่รับประทานอาหารที่ระบุท่านได้ปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวอย่างไร | มีการปฏิบัติ | | | | |
|--|---------------|----------------------------|--------------------------|---------------------|----------------------|
| | ทุกวัน (5) | สัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง (4) | สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (3) | เดือนละครั้ง (2) | ไม่เคยปฏิบัติ (1) |
| 1. ท่านเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น ออกไก่ ปลา เนื้อไม่ติดมัน เป็นต้น | | | | | |
| 2. ท่านเลือกใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก น้ำมันดอกทานตะวัน เป็นต้น ในการผัด | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| | | | | | |
| 12. | | | | | |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทาน
อาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย (✓)
ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

- | | | |
|---|---------|----------------------|
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วย |
| 3 | หมายถึง | ไม่แน่ใจ |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

| ข้อคำถาม | เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5) | เห็นด้วย (4) | ไม่แน่ใจ (3) | ไม่เห็น ด้วย (2) | ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1) |
|---|------------------------------|-----------------|-----------------|------------------------|---------------------------------|
| 1. การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ออกไก่ไม่ติดหนัง ช่วยลดความเสี่ยงของการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ | | | | | |
| 2. อาหารไขมันสูง เช่น เนื้อติดมัน หรือไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ไม่ดีต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| | | | | | |
| 12. | | | | | |

แผนการสอน เรื่อง “แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ”



สำหรับ ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ
 สถานที่สอน หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปัตตานี
 ผู้สอน นางสาวชารินะห์ ธรณี
 อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ
 วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
4. ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

เวลาสอน ประมาณ 40 นาที

2

| วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม | เนื้อหา | กิจกรรมการเรียนการสอน | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--|---|---|------------|--|
| 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสนใจและให้ความสำคัญกับหัวข้อการสอน | <p>ชั้นนำ (5 นาที)</p> <p>ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ภายหลังจากการสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการสอน</p> <p>วัตถุประสงค์การสอน</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 2. ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ 3. ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 4. ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ | <p>- ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยท่าทีสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส และแนะนำตัวเอง</p> <p>- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสอน และระยะเวลาของการทำกิจกรรม</p> <p>- เกริ่นนำเข้าสู่เนื้อหา โดยการซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองว่าป่วยเป็นโรคหัวใจชนิดไหน</p> | | <p>- ประเมินสีหน้าท่าทางของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงความตั้งใจ ความสนใจ เช่น การพยักหน้า ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ</p> |

| วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม | เนื้อหา | กิจกรรมการเรียน การสอน | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--|---|---|--|---|
| 3. เพื่อให้ผู้ป่วยมี ความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรค หลอดเลือดหัวใจ อาการ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และ การรักษา | <p>โรคหลอดเลือดหัวใจ ชั้นสอน (30 นาที)</p> <p>โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นความผิดปกติในโครงสร้างของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีการอุดตันหรือตีบแคบ ส่งผลให้เลือดที่มีระดับออกซิเจนเข้มข้นไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด นำไปสู่การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน</p> <p>อาการและอาการแสดงมีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> เจ็บหน้าอก เกิดจากการนำออกซิเจนหรือเลือดไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจากการตีบแคบหรืออุดตันบริเวณหลอดเลือดโคโรนารี หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก หรือหายใจติดขัด เกิดจากการแลกเปลี่ยนแก๊สที่ปอดผิดปกติ หน้ามืด หมดสติชั่วคราว หรือเป็นลม หรือภาวะช็อก จากภาวะความดันโลหิตต่ำ ใจสั่น มักมีความรู้สึกเหมือนหัวใจเต้นเร็ว เหนื่อยง่าย เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง | <p>- อธิบายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ โดยการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อร่วมสนทนาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ “ท่านทราบหรือไม่ว่าท่านเจ็บป่วยด้วยโรคหรือภาวะอะไร”</p> <p>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์การเจ็บป่วย และการรักษาที่ผ่านมาของตนเอง “ท่านมีประสบการณ์ของ</p> | <p>- แผ่นภาพ นำเสนอโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> | <p>- ผู้ป่วยสามารถบอกหรือตอบคำถามเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถูกต้อง</p> <p>- สามารถบอกอาการได้อย่างน้อย 2 อาการ</p> <p>- สามารถบอกปัจจัยเสี่ยงได้อย่างน้อย 2 ปัจจัย</p> |

| วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม | เนื้อหา | กิจกรรมการเรียน การสอน | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|------------------------------|--|---|------------|--------------|
| | <p>สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง</p> <ol style="list-style-type: none"> ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ เชื้อชาติ เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความเครียด <p>การรักษา</p> <p>การตีบหรืออุดตันในหลอดเลือดแดง ส่งผลให้เกิดภาวะที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะวิกฤต อาจมีอันตรายถึงชีวิตหรือมีภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งในปัจจุบันนี้มีการรักษาด้วยกันหลายวิธี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> การปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น การรับประทานยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาเมื่อมีอาการดีขึ้นไม่ควรปรับยา หรือ หยุดยาเอง ยกเว้นถ้ามีผลข้างเคียงจากการรับประทานยาให้หยุดและไปพบแพทย์ ยาโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น Aspirin Clopidogrel เป็นต้น | <p>อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไรบ้าง และการรักษาที่เคยได้รับเป็นอย่างไรบ้าง”</p> <p>กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดขึ้นกับตนเองได้</p> | | |

5

| วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม | เนื้อหา | กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|------------------------------|--|------------------------------|------------|--------------|
| | <p>3. การทำบอลลูนและใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวดในผู้ป่วยที่มีการตีบของหลอดเลือดหัวใจโดยไม่ต้องผ่าตัดเปิดหน้าอก เป็นวิธีการที่นิยมและเห็นผลการรักษาที่ชัดเจน ซึ่งต้องอาศัยความชำนาญและประสบการณ์ของแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ</p> <p>4. การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass graft) เป็นการผ่าตัดโดยการเปิดหน้าอกเพื่อทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้เส้นเลือดที่ขาและผนังหน้าอก แล้วทำการต่อเชื่อมเส้นเลือดให้ใหม่ โดยเลี้ยงเส้นเลือดจุดที่ตีบตัน มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น โดยเฉพาะตีบแบบกระจายทั่วไป ในรายเส้นเลือดตีบที่บริเวณโคนของเส้นเลือดแดงโคโรนารีด้านซ้าย หรือในรายที่รักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากการทำบอลลูนขยายเส้นเลือดหัวใจ</p> | | | |

6

| วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม | เนื้อหา | กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--|---|--|--|---|
| <p>4. ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>5. สามารถบอกการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถูกต้อง</p> | <p>แนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาแล้ว สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ หากไม่ลดปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหาร หลักการเลือกรับประทานอาหารสำหรับมุสลิมจะยึดหลักจากบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอานตอนหนึ่งว่า "โอ้มนุษย์ทั้งหลาย จงบริโภคสิ่งที่ได้รับอนุญาต (ฮาลาล) และสิ่งที่ดี (ดีเยฮัน) จากที่มีอยู่ในแผ่นดิน..." (อัล-บาคอเราะฮฺ :โองการที่ 172) จากบทบัญญัติดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้ประโยชน์ในการเลือกรับประทานที่ถูกต้องตามหลักศาสนาและเหมาะสมกับสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น</p> <p>การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยยึดหลักอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามแนวทางดังนี้</p> <p>1. กลุ่มไขมัน จัดเป็นสารอาหารหลักที่ให้พลังงานสูงที่สุดโดย 1 กรัมจะให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี ในแต่ละวันควรได้รับพลังงานจากไขมันร้อยละ 25-35 ของพลังงานทั้งหมด และในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรได้รับพลังงานจากไขมันน้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด นอกจากนี้ยังจะต้องคำนึงถึงประเภทของไขมันที่ควรเลือกรับประทานให้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยมีหลักการคือ เน้นอาหาร</p> | <p>- อธิบายเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร</p> <p>- ภาพประกอบ</p> <p>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างอาหารที่ตนเองไม่ควรรับประทาน</p> <p>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายและเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคหลอดเลือดหัวใจได้</p> | <p>- แผ่นภาพ</p> <p>- นำเสนอเรื่องพฤติกรรม</p> <p>- การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>- รูปภาพอาหารท้องถิ่น</p> | <p>- ผู้ป่วยสามารถบอกความสำคัญของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>- สามารถบอกการเลือกอาหารที่เหมาะสมได้อย่างน้อย 2 ข้อ</p> |

| วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม | เนื้อหา | กิจกรรมการเรียนรู้การสอน | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------------------|---|--------------------------|------------|---|
| | <p>ที่มีไขมันไม่อิ่มตัวมากกว่าไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ รายละเอียดดังต่อไปนี้</p> <p>1.1 ไขมันอิ่มตัว เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะ แอลดีแอลคอเลสเตอรอล (ไขมันเลว) และคอเลสเตอรอลรวมสูงขึ้น และจะลดระดับเอชดีแอล (ไขมันดี) ซึ่งจะส่งผลต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุดหากไม่มีการควบคุมปริมาณการรับประทาน อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงที่ควรจำกัดหรือหลีกเลี่ยงที่มาจากพืชได้แก่ กะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เป็นต้น และที่มาจากสัตว์ได้แก่ หนังไก่ เนื้อแดงติดมัน ไขมันสัตว์ เป็นต้น</p> <p>1.2 ไขมันทรานส์ เป็นไขมันที่ได้จากกระบวนการเติมไฮโดรเจนลงในไขมันไม่อิ่มตัวทำให้มีคุณสมบัติไขมันเปลี่ยนไปจากสถานะของเหลวที่อุณหภูมิห้อง เป็นของแข็งที่อุณหภูมิห้อง ไขมันทรานส์ควรจำกัดการรับประทานให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้เนื่องจากส่งผลเสียต่อร่างกายมากกว่าไขมันอิ่มตัว ตัวอย่างแหล่งของไขมันทรานส์ เช่น เนยขาว เนยเทียม มากา린 ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมของไขมันทรานส์ ได้แก่ ขนมเบเกอรี่ เฟรนช์ฟราย เป็นต้น</p> <p>1.3 ไขมันไม่อิ่มตัว แบ่งเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ ได้แก่ ไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว และไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง ไขมันไม่อิ่มตัวหากรับประทานในปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยให้การลดระดับไขมันในเลือดได้ แหล่งที่พบไขมันกลุ่มนี้</p> | | | สามารถยกตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมที่ตนเองรับประทานเป็นประจำได้ถูกต้อง |

| วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม | เนื้อหา | กิจกรรมการเรียนรู้การสอน | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------------------|---|--------------------------|------------|--------------|
| | <p>ส่วนใหญ่มาจากน้ำมันพืชที่ใช้ประกอบอาหาร (ยกเว้นน้ำมันปาล์มและน้ำมันมะพร้าวที่มีไขมันอิ่มตัวสูง) เช่น น้ำมันถั่วเหลือง ข้าวโพด เมล็ดดอกทานตะวัน เมล็ดดอกคาถาฝอย รำข้าว มะกอก คาโนล่า เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบในถั่วเปลือกแข็ง เช่น อัลมอนด์ เม็ดมะม่วงหิมพานต์ ถั่วลิสง ถั่วพิสตาชิโอ แมคคาเดเมีย เป็นต้น</p> <p>2. กลุ่มเนื้อสัตว์ เป็นแหล่งโปรตีนที่สำคัญแต่ในเนื้อสัตว์ยังคงมีไขมันอยู่ซึ่งมีความแตกต่างกันตามชนิดเนื้อสัตว์ หลักในการเลือกรับประทานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>2.1 เลือกเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ได้แก่ ปลาทุกชนิด ออกไก่ไม่ติดหนัง เนื้อไม่ติดมัน เป็นต้น โดยเฉพาะในปลาเป็นแหล่งของมีไขมันชนิดไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่งที่ชื่อโอเมก้าสาม ซึ่งมีส่วนช่วยในการป้องกันและลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้</p> <p>2.2 หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอก ไส้ฮิว ปลาเค็ม เนื้อแดดเดียว เป็นต้น</p> <p>3. กลุ่มข้าวแป้ง เป็นแหล่งพลังงานหลักของร่างกาย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรรับประทานกลุ่มข้าวแป้งที่ไม่ขัดสีเป็นหลักหรือกลุ่มข้าวแป้งที่มีใยอาหารสูง เนื่องจากข้าวแป้งกลุ่มนี้มีส่วนช่วยลดการดูดซึมของคอเลสเตอรอลและชะลอการ</p> | | | |


| วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม | เนื้อหา | กิจกรรมการเรียนรู้การสอน | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------------------|---|--------------------------|------------|--------------|
| | <p>เพิ่มของระดับน้ำตาลในเลือดให้นานขึ้น โดยมีหลักในการเลือกรับประทานดังนี้</p> <p>3.1 อาหารประเภทข้าวแป้งไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ธัญพืช ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วแดง ลูกเดือย ข้าวโอ๊ต เป็นต้น ควรเน้นให้มากที่สุดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด</p> <p>3.2 อาหารประเภทข้าวแป้งขัดสี ได้แก่ ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว บะหมี่ ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง เป็นต้น ยังรับประทานได้ในปริมาณที่เหมาะสม</p> <p>3.3 อาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้ ชา กาแฟ ขนมหวานต่างๆ เป็นต้น ควรลดปริมาณให้มากที่สุดโดยในแต่ละวันควรบริโภค น้ำตาลไม่เกินวันละ 6 ช้อนชาหรือ ไม่เกิน 24 กรัม</p> <p>4. กลุ่มผักผลไม้หลากสี เป็นแหล่งของวิตามิน เกลือแร่และใยอาหาร นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งของสารต้านอนุมูลอิสระซึ่งมีส่วนช่วยในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยขอแนะนำการรับประทานผักและผลไม้ในแต่ละอย่างน้อยให้ได้วันละ 5 กำมือ หรือ 400 กรัมต่อวัน จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาการที่รุนแรงขึ้นของโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>5. กลุ่มนม เป็นแหล่งของโปรตีนและแร่ธาตุที่สำคัญ นอกจากนี้แล้วยังมีไขมันอีกด้วย โดยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรเลือกดื่มนม โยเกิร์ตหรือผลิตภัณฑ์มาจากนมที่มีไขมันต่ำหรือขาดมันเนยหรือพว่องมันเนย ในบางฉบับไม่ดื่มมาจากทดแทน</p> | | | |

| วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม | เนื้อหา | กิจกรรมการเรียนรู้การสอน | สื่อการสอน | การประเมินผล | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|----------------|-------------------|----------|------------------|--|-----|-----------------|-------------|--|--|--|
| | <p>และแกงกะทิ เนื่องจากจะช่วยลดไขมันได้ หรือในบางกรณีไปงานเลี้ยง งานบุญ มีแกงกะทิ หากจะกินของทอดให้แกงหนึ่งออกก่อนเพราะจะมีไขมันสูง และถ้าหากต้องการบริโภคแกงกะทิให้ดีก็เฉพาะเนื้อโดยไม่ตักน้ำแกง</p> <p>7.2 หลีกเลี่ยงอาหารสำเร็จรูป หรืออาหารกึ่งสำเร็จรูป และควรเลือกอาหารสดมากกว่าอาหารแปรรูป ได้แก่ ลูกชิ้น ไส้กรอก แหนม อาหารกระป๋อง ของหมักดอง ไข่เค็ม ปลาเค็ม เป็นต้น</p> <p>8. การอ่านฉลากอาหาร เป็นการอ่านข้อมูลทางโภชนาการเพื่อประเมินสารอาหารที่สำคัญได้แก่ ไขมัน โซเดียม และน้ำตาล ในผลิตภัณฑ์อาหารต่อหนึ่งหน่วยบริโภค เช่น ห่อน้ำรับประทานได้ก็ครั้ง ให้พลังงานการบริโภคต่อหนึ่งหน่วยเท่าไร และมีปริมาณไขมัน โซเดียม หรือ น้ำตาลเท่าไรต่อหนึ่งหน่วยบริโภค เป็นต้น</p> <p>9. แนวทางการบริโภคอาหาร</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หมวดอาหาร</th> <th>ปริมาณที่แนะนำ</th> <th>เลือกทานเป็นประจำ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ข้าวแป้ง</td> <td>8-10 ทัพพีต่อวัน</td> <td>เน้นกลุ่มที่ไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีต ถั่วเมล็ดแห้ง และธัญพืช</td> </tr> <tr> <td>ผัก</td> <td>3-5 ทัพพีต่อวัน</td> <td>ผักพื้นบ้าน</td> </tr> </tbody> </table> | หมวดอาหาร | ปริมาณที่แนะนำ | เลือกทานเป็นประจำ | ข้าวแป้ง | 8-10 ทัพพีต่อวัน | เน้นกลุ่มที่ไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีต ถั่วเมล็ดแห้ง และธัญพืช | ผัก | 3-5 ทัพพีต่อวัน | ผักพื้นบ้าน | | | |
| หมวดอาหาร | ปริมาณที่แนะนำ | เลือกทานเป็นประจำ | | | | | | | | | | | |
| ข้าวแป้ง | 8-10 ทัพพีต่อวัน | เน้นกลุ่มที่ไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีต ถั่วเมล็ดแห้ง และธัญพืช | | | | | | | | | | | |
| ผัก | 3-5 ทัพพีต่อวัน | ผักพื้นบ้าน | | | | | | | | | | | |

| วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม | เนื้อหา | | | กิจกรรมการเรียนรู้การสอน | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|---|--|------------------------|--|---|------------|--|
| | ผลไม้ | 2-4 กำมือต่อวัน | ผลไม้ตามฤดูกาล | | | |
| | นม/โยเกิร์ต | 1-2 แก้วต่อวัน | โดยเน้นที่ขาดมันเนย หรือพร่องมันเนย | | | |
| | เนื้อสัตว์ | 8-10 ช้อนโต๊ะต่อวัน | เนื้อแดงควรเลือกเนื้อสันในหรือไม่ติดมัน สัตว์ปีกเลือกส่วนอกหรือไม่ติดหนัง และเน้นปลา | | | |
| | น้ำมัน | 2-3 ช้อนชาต่อวัน | น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันคาโนลา | | | |
| | น้ำตาลและเกลือ | น้อยที่สุด | | | | |
| 6. ผู้ป่วยรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และมี | อุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อ การประเมินการรับรู้อุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการซักถามข้อมูลเชิงลึก โดยการซักถามประเด็น เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ความเชื่อและความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร | | | กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการนำเสนออุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยใช้คำถามปลายเปิด “ปัญหา | | - ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับอุปสรรคที่เหมาะสมกับ |

| วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม | เนื้อหา | กิจกรรมการเรียนรู้การสอน | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------------------|--|--|---|--------------|
| | หวาน โดยการเลือกที่จะชงชา หรือ กาแฟด้วยตนเองแทนการเลือกแบบสำเร็จรูป 3in 1 เนื่องจากจะช่วยลดปริมาณน้ำตาลและครีมเทียมได้ - แนะนำวิธีการเลือกรับประทานอาหารในบางสถานการณ์ เช่น กรณีไปงานเลี้ยงงานบุญ มีเมนูแกงกะทิ แนะนำให้ตักเฉพาะเนื้อที่ไม่ติดมันเหลือน้ำแกงกะทิเพื่การรับประทานผักในมื้อนั้น เป็นต้น | | | |
| | ขั้นสรุป (5 นาที) เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่จะต้องได้รับการรักษาในระยะยาว นอกจากผู้ป่วยจะรักษาด้วยการรับประทานยาหรือทำหัตถการไปแล้ว จะต้องลดปัจจัยเสี่ยงในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่รุนแรงยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของอาหารที่เหมาะสม และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการเลือกรับประทานอาหารที่เกิดขึ้นกับตนเองเพื่อประสิทธิภาพของการรักษา และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น | - ร่วมกันสรุปความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การรับ ประ ทาน อาหาร ของ ผู้ป่วย muslim โรคหลอดเลือดหัวใจ - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามประเด็นที่มีข้อสงสัย | แจกคู่มือแนวทางการรับประทานสำหรับผู้ป่วย muslim โรคหลอดเลือดหัวใจ | |

แนวทางการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดหัวใจ



จัดทำโดย นางสาวชาริณี ระณี
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

คำนำ

คู่มือแนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

จัดทำโดย
ชาริณี ระณี
สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

| สารบัญ | |
|---|----|
| โรคหลอดเลือดหัวใจ | 1 |
| อาการและอาการแสดง | 2 |
| สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง | 3 |
| การรักษา | 4 |
| บทบัญญัติในอิสลาม | 7 |
| แนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ | 11 |
| การปรุงประกอบอาหาร | 21 |
| เคล็ดลับง่ายง่าย | 25 |
| สรุป | 29 |
| รายการอ้างอิง | 30 |

โรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารีที่มีการอุดตันหรือตีบแคบ ส่งผลทำให้เลือดที่มีระดับออกซิเจนเข้มข้นไม่เลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง จนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน

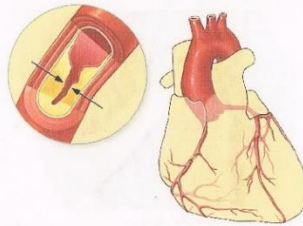


Figure 1 <https://www.scitechnology.com>

1

อาการและอาการแสดง

1. เจ็บหน้าอก
2. หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก หรือหายใจติดขัด
3. หน้ามืด หมดสติชั่วคราว หรือเป็นลม จากภาวะความดันโลหิตต่ำหรือภาวะช็อก
4. ใจสั่น มักมีความรู้สึกเหมือนหัวใจเต้นเร็ว
5. เหงื่ออฉ่ำ

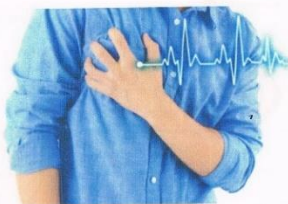












Figure 2 <http://www.thaihsa.org/th>

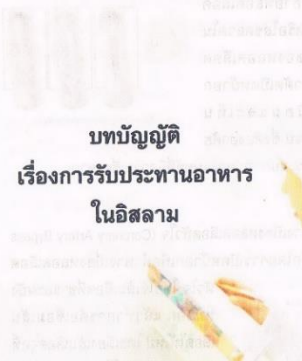
2

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

| | | | |
|-----------------|--|---|----------------------|
| เพศ |  |  | ไขมันในเลือดสูง |
| อายุ |  |  | ความดันสูง |
| ประวัติครอบครัว |  |  | เบาหวาน |
| สูบบุหรี่ |  |  | อ้วน |
| เครื่องดื่ม |  |  | เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ |

3

บทบัญญัติ เรื่องการรับประทานอาหารในอิสลาม



6

บทบัญญัติในอิสลาม

ท่านศาสนทูตมุฮัมมัด (คือลอัลลอฮุอะลัยฮิวะสัลลิม) กล่าวไว้ว่า "พวกท่านจงปฏิบัติตามโภชนาการมุสลิม" (ฮัรุม มะอานี อัล-อาฮารี ของอิมามอะฮมาดี) เพราะ "โรคทุกโรคล้วนมีสาเหตุขึ้นเมื่อขาดจากโรคโรคนั้นก็จะหายด้วยการอนุมัติของอัลลอฮ์" (หะดีษเศาะฮีห มุสลิม)

ซึ่งชาในหลักคำสอนนี้ครอบคลุมถึงการรักษาโรคในทุกรูปแบบที่ไม่ขัดกับหลักการของศาสนา ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยาหรือทริชอื่น ๆ จะเห็นได้ว่าในกลุ่ม **ผู้ช่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ** เมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว จำเป็นต้องทำการรักษา โดยปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่ว่าจะเป็นการรับประทาน หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร



Figure 5 <http://www.islam.org/>

7

ไขมันอิ่มตัว

ไขมันอิ่มตัวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะ แอลดีแอลคอเลสเตอรอล (ไขมันเลว) และคอเลสเตอรอลรวมสูงขึ้น และจะลดระดับเอชดีแอล (ไขมันดี) ซึ่งจะส่งผลต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุด หากไม่มีการควบคุมปริมาณการรับประทาน อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงที่ควรจำกัดหรือหลีกเลี่ยงที่มาจากพืช ได้แก่ กะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เป็นต้น และที่มาจากสัตว์ได้แก่ หนึ่ง ไข่ เนื้อแดงติดมัน ไขมันสัตว์ เป็นต้น

| | |
|---|---|
|  |  |
| ไขมันอิ่มตัวจากพืช :ไม่มีคอเลสเตอรอล | ไขมันอิ่มตัวจากสัตว์ :มีคอเลสเตอรอล |

ไขมันไม่อิ่มตัว

ไขมันไม่อิ่มตัว แบ่งเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ ได้แก่ ไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียวและไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง ไขมันไม่อิ่มตัว หากรับประทานในปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยในการลดระดับไขมันในเลือดได้



แหล่งที่พบไขมันกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มาจากน้ำมันพืชที่ใช้ประกอบอาหาร (ยกเว้นน้ำมันปาล์มและน้ำมันมะพร้าวมีไขมันอิ่มตัวสูง) เช่น น้ำมันถั่วเหลือง ข้าวโพด เมล็ดดอกทานตะวัน เมล็ดดอกคำฝอย รำข้าว มะกอก คาโนล่า เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบในถั่วเปลือกแข็ง เช่น อัลมอนด์ เม็ดมะม่วงหิมพานต์ ถั่วลิสง ถั่วพิสตาชิโอ แมคคาเดเมีย เป็นต้น

กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์จากนม

นมเป็นแหล่งของโปรตีนและแร่ธาตุที่สำคัญ นอกจากนี้แล้วยังมีไขมันอีกด้วย โดยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรเลือกดื่มนม โยเกิร์ตหรือผลิตภัณฑ์ที่มาจากนมที่มีไขมันต่ำหรือไขมันน้อยหรือพร่องมันเนย ในบางคนไม่ดื่มนมอาจทดแทนด้วยเครื่องดื่มธัญพืช เช่น น้ำเต้าหู้ นมถั่วเหลือง ข้าวข้าวโพด เป็นต้น

| นม | ไขมัน | พลังงาน |
|-----------------|-------|---------|
| นมชาดมันเนย | 0-3 | 90 |
| นมพร่องมันเนย | 5 | 120 |
| นมไขมันเต็มส่วน | 8 | 150 |



การปรุงประกอบอาหาร

ลดเค็ม

อาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมสูงส่วนใหญ่จะมีรสเค็มแต่ก็มีบางชนิดรสชาติไม่เค็มแต่มีปริมาณเกลือโซเดียมสูง ซึ่งอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงจะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และหัวใจทำงานหนักมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยควรมีหลักการจำกัดหรือลดปริมาณเกลือ



โซเดียมโดย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง โดยไม่นำมาปรุงประกอบอาหาร เช่น กลุ่มอาหารหมักดองเค็ม (ปลาเค็ม ไข่เค็ม) กลุ่มอาหารสำเร็จรูป (อาหารกระป๋อง ขนมปังสำเร็จรูป) และนอกจากนี้ควรลดเครื่องปรุงรสและประกอบอาหาร เช่น เกลือ น้ำปลา กะปิ บุดู ไตปลา ผงชูรส ผงปรุงรส ซอสปรุงรส ซอสถอยนางรม เป็นต้น และงดการปรุงรสเพิ่มหลังจากทำอาหารเสร็จแล้ว โดยจำกัดปริมาณเครื่องปรุงไม่เกิน 2-3 ช้อนชาต่อวันหรือน้อยกว่านั้น

ลดหวาน

เนื่องจากอาหารหวานมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อีกทั้งยังส่งผลต่อการเกิดโรคอื่น ควรจำกัดการรับประทานน้ำตาลแล้วละ 6 ช้อนชาต่อวัน หรือประมาณ 2 ช้อนโต๊ะ หรือน้อยกว่า



สมุนไพรพื้นบ้าน

การใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการปรุงประกอบอาหาร มีส่วนช่วยให้อาหารมีรสชาติดีขึ้น เช่น ชিং ซ่า ตะไคร้ มะกรูด มะนาว ขมิ้น หอม กระเทียม พริกไทย เป็นต้น ตัวอย่างเมนูอาหารที่ใช้สมุนไพร เช่น ต้มยำ ต้มขมิ้น ต้มส้ม แกงเลียง เป็นต้น



การประกอบอาหาร

เลือกอาหารที่ปรุงโดย ต้ม นึ่ง ย่าง อบ ซ้ำ ผัดน้ำมันน้อย แทนการทอดและแกงกะทิ แต่หากจะกินของทอดให้แกะหนังออกก่อนเพราะจะมีไขมันสูง



และถ้าหากต้องการบริโภคแกงกะทิให้ตักเฉพาะเนื้อโดยไม่ตักน้ำแกง



เลี่ยงอาหารทอด



เลือกอย่างไรดี

| | | |
|--------------|--------------|---------------|
| | | |
| ปลาทุบึ่ง | ปลาทุต้ม | ปลาทอด |
| 35 kcal/ ตัว | 35 kcal/ ตัว | 120 kcal/ ตัว |

| | | |
|-------------|--------------|--------------|
| | | |
| ไข่ต้ม | ไข่ดาว | ไข่เจียว |
| 75 kcal/ฟอง | 120 kcal/ฟอง | 200 kcal/ฟอง |

เคล็ดลับง่าย

ปริมาณที่แนะนำให้รับประทาน สำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

| หมวดอาหาร | ปริมาณที่แนะนำ | เลือกทานเป็นประจำ |
|--------------|---------------------|--|
| ข้าวแป้ง | 8-10 ทัพพีต่อวัน | เน้นกลุ่มที่ไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีต ถั่วเมล็ดแห้ง และธัญพืช |
| ผัก | 3-5 ทัพพีต่อวัน | ผักพื้นบ้าน |
| ผลไม้ | 2-3 กำมือต่อวัน | ผลไม้ตามฤดูกาล |
| นม/โยเกิร์ต | 2-3 แก้วต่อวัน | โดยเน้นที่ไขมันน้อย หรือพร่องมันเนย |
| เนื้อสัตว์ | 8-10 ช้อนโต๊ะต่อวัน | เนื้อแดงควรเลือกเนื้อสันในหรือไม่ติดมัน สัตว์ปีกเลือกส่วนอกหรือไม่ติดหนัง และเน้นปลา |
| น้ำมัน | 2-3 ช้อนชาต่อวัน | น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว ไขมันดอกทานตะวัน น้ำมันมะกอก น้ำมันคาโนล่า |
| น้ำตาล เกลือ | น้อยที่สุด | |

แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

บทสนทนาการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ
 สัปดาห์ที่ 2 โทรศัพท์ครั้งที่ 1 (ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที)

แนะนำตัว/ยืนยันข้อมูลผู้ป่วย

“สวัสดีค่ะ” ดิฉัน ขารินะฮ์ ะนะนี นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่ะ
 ขอเรียนสายคุณ....(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง)....ค่ะ ดิฉันโทรมาเยี่ยมตามนัดที่ตกลงกันไว้ที่โรงพยาบาลปัตตานี
 ค่ะ “ไม่ทราบว่าคุณ.....สะดวกที่จะพูดคุยหรือไม่ค่ะ”
 (ถ้าสะดวก) เริ่มบทสนทนาต่อไป
 (ถ้าไม่สะดวก) รบกวนคุณ....ติดต่อกลับมาที่ดิฉัน หรือแจ้งช่วงเวลาที่สะดวกในการติดต่อ
 กลับไปใหม่ค่ะ”

บทสนทนา

“คุณ..... เป็นอย่างไรบ้างคะ มีอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจบ้างไหมคะ เช่น เจ็บหน้าอก ใจ
 สั่น หายใจเหนื่อย หน้ามืด หรือมีอาการอื่นๆบ้างหรือไม่ค่ะ ” วันนี้ดิฉันโทรมา เพื่อติดตามเยี่ยม และ
 พูดคุยตามที่เรานัดกันไว้ค่ะ ก่อนอื่นดิฉันต้องขอทบทวนกำหนดการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ซึ่งรวม
 ทั้งหมด 3 ครั้ง ดังนี้ค่ะ

- ครั้งที่ 1-3 (สัปดาห์ที่ 2-4) เป็นการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 3 สัปดาห์
 ใน ครั้งละ 10-15 นาที โดยมีหัวข้อดังนี้
 - 1) ทบทวนความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 2) ทบทวนบทบัญญัติและคำสอนศาสนาอิสลามเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการ
 รับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 3) ทบทวนอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ
 ประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการ
 รับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) เป็นการโทรศัพท์ติดตามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่
 เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิมครั้งสุดท้าย และทำการนัดหมายประเมิน
 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจวันที่
 แพทย์นัด ณ แผนกหอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปัตตานี (สัปดาห์ที่ 5) ประมาณ 10-15
 นาที และแจ้งวัตถุประสงค์ อีกครั้ง ดังนี้ค่ะ ”

1. เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิมและพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิม

2. เพื่อประเมินประเมินการรับรู้ถึงประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคของการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิม และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

เนื้อหา

สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยใช้คำถาม เช่น “คุณรับประทานอาหารเป็นอย่างไรบ้าง ยังมีการรับประทานอาหารไขมันสูงปริมาณมากหรือไม่ การประกอบอาหารยังเลือกวิธีการทอดมากกว่าการต้มหรือนึ่งอย่างไรบ้างคะ” หากผู้ป่วยยังรับประทานอาหารไขมันสูงในปริมาณมาก ให้ผู้ป่วยอธิบายว่าเกิดจากสาเหตุอะไร

ทบทวนความรู้ตามคู่มือพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสนทนา โดยใช้คำถามการสนทนา เช่น “คุณทราบหรือไม่ว่าอาหารไขมันสูงมีผลต่อสุขภาพร่างกายและหัวใจคุณอย่างไรบ้าง”

ประเมินอุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจที่ปฏิบัติไม่ได้ และร่วมกันหาทางออกของปัญหา

ชมเชยผู้ป่วย และพูดคุยให้กำลังใจ หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจมุสลิม

สรุป

เน้นย้ำว่าการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมเฉพาะโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือ เพราะนอกจากผู้ป่วยจะรับประทานยาตามแผนการรักษาแล้ว หากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง และเกิดการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจได้

นัดหมาย

หลังจบการสนทนาในแต่ละครั้ง ทำการนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป
สัปดาห์ที่ 4 โทรศัพท์ครั้งที่ 3 (ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที)

แนะนำตัว/ยืนยันข้อมูล

“สวัสดีค่ะ” ดิฉัน ชารีนะฮ์ ะนี นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่ะ ขอเรียนสวัสดีคุณ....(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง)....ค่ะ ดิฉันโทรมาเยี่ยมตามนัดที่ตกลงกันไว้ที่โรงพยาบาลปัตตานี
ค่ะ “ไม่ทราบว่าคุณ.....สะดวกที่จะพูดคุยหรือไม่คะ”

(ถ้าสะดวก) เริ่มบทสนทนาต่อไป

(ถ้าไม่สะดวก) รบกวนคุณ....ติดต่อกลับมาที่ดิฉัน หรือแจ้งช่วงเวลาที่สะดวกในการติดต่อกลับไปใหม่ค่ะ”

บทนำ

“ คุณ..... เป็นอย่างไรบ้างคะ สัปดาห์นี้มีอาการผิดปกติอย่างไรบ้าง เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจเหนื่อย หน้ามืด หรือมีอาการอื่นๆบ้างหรือไม่คะวันนี้ดิฉันโทรมา เพื่อติดตามเยี่ยม และพูดคุยกันตามที่เรานัดหมายกันไว้”

เนื้อหา

อธิบายแก่ผู้ป่วยเรื่องการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายของการติดตามเยี่ยมตามที่ตกลงกันไว้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสรุปความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้คำถาม เช่น “การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคมีความสำคัญกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไรบ้างคะ”

สอบถามอุปสรรคของพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยใช้คำถาม เช่น “ เหตุผลของคุณที่เลือกรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น เลือกการทอด มากกว่าการต้ม หรือ นึ่ง คืออะไรคะ ” พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

ประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Post test) ทางโทรศัพท์ กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณผู้ป่วย ที่ให้ความร่วมมือในทุกกระบวนการวิจัย และตอบแบบสอบถาม

สรุป

เน้นย้ำว่าการปรับพฤติกรรมอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือ เพราะนอกจากผู้ป่วยจะรับประทานยาตามแผนการรักษาแล้ว หากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง และเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจได้

นิตินาม

นิตินามเพื่อตอบแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร (Post test) ณ แผนกหอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปัตตานี สัปดาห์ที่ 5



ตารางที่ 6 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .693 | 12 |

Item Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|--------------|------|----------------|----|
| Eat_Behav 1 | 3.97 | .615 | 30 |
| Eat_Behav 2 | 2.63 | 1.351 | 30 |
| Eat_Behav 3 | 2.93 | .740 | 30 |
| Eat_Behav 4 | 1.57 | .679 | 30 |
| Eat_Behav 5 | 2.67 | .758 | 30 |
| Eat_Behav 6 | 3.30 | .794 | 30 |
| Eat_Behav 7 | 2.87 | 1.042 | 30 |
| Eat_Behav 8 | 2.97 | .718 | 30 |
| Eat_Behav 9 | 2.90 | .548 | 30 |
| Eat_Behav 10 | 3.03 | .928 | 30 |
| Eat_Behav 11 | 2.50 | .938 | 30 |
| Eat_Behav 12 | 1.87 | 1.074 | 30 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|--------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| Eat_Behav 1 | 29.23 | 22.047 | .492 | .659 |
| Eat_Behav 2 | 30.57 | 19.013 | .376 | .673 |
| Eat_Behav 3 | 30.27 | 22.547 | .310 | .677 |
| Eat_Behav 4 | 31.63 | 21.895 | .458 | .660 |
| Eat_Behav 5 | 30.53 | 22.051 | .371 | .669 |
| Eat_Behav 6 | 29.90 | 21.334 | .450 | .657 |
| Eat_Behav 7 | 30.33 | 19.264 | .538 | .636 |
| Eat_Behav 8 | 30.23 | 23.013 | .252 | .684 |
| Eat_Behav 9 | 30.30 | 23.803 | .218 | .688 |
| Eat_Behav 10 | 30.17 | 24.833 | -.046 | .730 |
| Eat_Behav 11 | 30.70 | 22.838 | .173 | .699 |
| Eat_Behav 12 | 31.33 | 19.264 | .514 | .640 |

Scale Statistics

| Mean | Variance | Std. Deviation | N of Items |
|-------|----------|----------------|---------------|
| 33.20 | 25.269 | 5.027 | 12 |

จากตารางที่ 6 ผลการคำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .70 แสดงว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 7 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการ
รับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .727 | 12 |

Item Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|------------------|------|----------------|----|
| Pre_Percieved_1 | 3.87 | .730 | 30 |
| Pre_Percieved_2 | 3.53 | 1.042 | 30 |
| Pre_Percieved_3 | 4.03 | .718 | 30 |
| Pre_Percieved_4 | 4.00 | .371 | 30 |
| Pre_Percieved_5 | 3.80 | .551 | 30 |
| Pre_Percieved_6 | 3.80 | .551 | 30 |
| Pre_Percieved_7 | 2.90 | .885 | 30 |
| Pre_Percieved_8 | 2.43 | .898 | 30 |
| Pre_Percieved_9 | 2.47 | .973 | 30 |
| Pre_Percieved_10 | 2.90 | 1.094 | 30 |
| Pre_Percieved_11 | 3.00 | 1.083 | 30 |
| Pre_Percieved_12 | 3.03 | 1.129 | 30 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| Pre_Percieved_1 | 35.90 | 25.197 | .194 | .728 |
| Pre_Percieved_2 | 36.23 | 21.771 | .442 | .697 |
| Pre_Percieved_3 | 35.73 | 24.478 | .303 | .716 |
| Pre_Percieved_4 | 35.77 | 26.599 | .108 | .731 |
| Pre_Percieved_5 | 35.97 | 24.516 | .427 | .707 |
| Pre_Percieved_6 | 35.97 | 24.999 | .336 | .715 |
| Pre_Percieved_7 | 36.87 | 22.257 | .492 | .691 |
| Pre_Percieved_8 | 37.33 | 22.230 | .486 | .692 |
| Pre_Percieved_9 | 37.30 | 20.493 | .648 | .665 |
| Pre_Percieved_10 | 36.87 | 22.395 | .344 | .714 |
| Pre_Percieved_11 | 36.77 | 22.116 | .379 | .708 |
| Pre_Percieved_12 | 36.73 | 23.513 | .216 | .736 |

Scale Statistics

| Variance | Std. Deviation | N of Items |
|----------|----------------|------------|
| 25.269 | 5.027 | 12 |

จากตารางที่ 7 ผลการคำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .727 แสดงว่าแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งโรคหลอดเลือดหัวใจ มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 8 คะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| คู่ที่ | คะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร | | | | | |
|--------|-------------------------------|-----------|--------|------------|-----------|--------|
| | กลุ่มควบคุม | | | กลุ่มทดลอง | | |
| | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง | ผลต่าง | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง | ผลต่าง |
| 1 | 28 | 30 | 2 | 30 | 42 | 12 |
| 2 | 32 | 31 | -1 | 37 | 48 | 11 |
| 3 | 32 | 31 | -1 | 29 | 44 | 15 |
| 4 | 28 | 29 | 1 | 30 | 51 | 21 |
| 5 | 32 | 33 | 1 | 29 | 46 | 17 |
| 6 | 28 | 30 | 2 | 32 | 48 | 16 |
| 7 | 29 | 31 | 2 | 26 | 40 | 14 |
| 8 | 32 | 33 | 1 | 24 | 48 | 24 |
| 9 | 33 | 33 | 0 | 25 | 46 | 21 |
| 10 | 26 | 26 | 0 | 25 | 48 | 23 |
| 11 | 30 | 31 | 1 | 28 | 42 | 14 |
| 12 | 26 | 27 | 1 | 27 | 47 | 20 |
| 13 | 30 | 33 | 3 | 27 | 49 | 22 |
| 14 | 35 | 35 | 0 | 24 | 43 | 19 |
| 15 | 31 | 30 | -1 | 27 | 44 | 17 |
| 16 | 26 | 27 | 1 | 29 | 43 | 14 |
| 17 | 26 | 28 | 2 | 31 | 44 | 13 |
| 18 | 30 | 30 | 0 | 30 | 50 | 20 |
| 19 | 25 | 27 | 2 | 29 | 45 | 16 |
| 20 | 25 | 26 | 1 | 31 | 47 | 16 |
| 21 | 29 | 28 | -1 | 30 | 46 | 16 |
| 22 | 29 | 29 | 0 | 28 | 50 | 22 |
| Mean | 29.18 | 29.91 | 0.73 | 28.55 | 45.95 | 17.41 |
| SD | 2.81 | 2.52 | 1.16 | 2.97 | 2.95 | 3.76 |

ตารางที่ 9 คะแนนการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคและผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคลของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

| คู่ที่ | กลุ่มทดลอง | | |
|--------|------------|-----------|--------|
| | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง | ผลต่าง |
| 1 | 33 | 55 | 22 |
| 2 | 32 | 56 | 24 |
| 3 | 28 | 57 | 29 |
| 4 | 29 | 57 | 28 |
| 5 | 33 | 59 | 26 |
| 6 | 38 | 55 | 17 |
| 7 | 28 | 55 | 27 |
| 8 | 31 | 59 | 28 |
| 9 | 31 | 60 | 29 |
| 10 | 30 | 59 | 29 |
| 11 | 38 | 58 | 20 |
| 12 | 30 | 58 | 28 |
| 13 | 30 | 57 | 27 |
| 14 | 37 | 56 | 19 |
| 15 | 31 | 58 | 27 |
| 16 | 28 | 57 | 29 |
| 17 | 30 | 59 | 29 |
| 18 | 29 | 55 | 26 |
| 19 | 30 | 52 | 22 |
| 20 | 30 | 58 | 28 |
| 21 | 28 | 59 | 31 |
| 22 | 30 | 55 | 25 |
| Mean | 31.09 | 57.00 | 25.91 |
| SD | 3.04 | 1.95 | 3.73 |

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดของพฤติกรรมการรับประทานอาหารรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

| พฤติกรรมการรับประทาน อาหาร | กลุ่มควบคุม | | | | | | | |
|---|-------------|-------|-----|-----|-----------|-------|-----|-----|
| | ก่อนทดลอง | | | | หลังทดลอง | | | |
| | \bar{x} | SD | Min | Max | \bar{x} | SD | Min | Max |
| 1. ท่านเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น ออกไก่ ปลา เนื้อไม่ติดมัน | 3.64 | .581 | 2 | 4 | 3.82 | .395 | 3 | 4 |
| 2. ท่านเลือกใช้ใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก น้ำมันดอกทานตะวัน เป็นต้น ในการผัด | 2.18 | 1.140 | 1 | 4 | 2.32 | 1.086 | 1 | 4 |
| 3.* ท่านรับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ เช่น แกงมัสมั่น แกงเขียวหวาน แกงเหลือง ก๋วยเตี๋ยวชซี เป็นต้น | 2.45 | .671 | 1 | 4 | 2.36 | .581 | 1 | 3 |
| 4.* ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภททอด เช่น ไก่ทอด ปลาทอด หอยทอด เนื้อทอด ลูกชิ้นทอด | 1.32 | .646 | 1 | 3 | 1.27 | .550 | 1 | 3 |
| 5.* ท่านเลือกรับประทานขนมทอดกรอบ เช่น โรตีสี มันทอด ผีอกทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด ปาท่องโก๋ ก๋วยเตี๋ยว ข้าวเกรียบ เป็นต้น | 2.05 | .785 | 1 | 4 | 2.09 | .750 | 1 | 4 |
| 6. ท่านเลือกวิธีการปรุงอาหารโดยการ หุง นึ่ง ต้ม อบหรือย่างมากกว่าการทอด | 3.32 | .477 | 3 | 4 | 3.36 | .492 | 3 | 4 |
| 7.* ท่านปรุงรสเพิ่มโดยการใส่เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาลหรือชูชู ในระหว่างการรับประทาน | 2.68 | .646 | 2 | 4 | 2.68 | .646 | 2 | 4 |

| พฤติกรรมมารับประทาน อาหาร | กลุ่มควบคุม | | | | | | | |
|--|-------------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | ก่อนทดลอง | | | | หลังทดลอง | | | |
| | \bar{x} | SD | Min | Max | \bar{x} | SD | Min | Max |
| 8.* ท่านเลือกที่จะรับประทาน อาหารรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปลา ตากแห้ง ผักกาดดอง | 2.95 | .785 | 1 | 4 | 3.05 | .722 | 1 | 4 |
| 9.* ท่านเลือกรับประทานขนม หวาน เช่น ข้าวเหนียวหน้า สังขยา ผักทองเชื่อม กล้วยเชื่อม ถั่วต้มน้ำตาล มันเชื่อม เป็นต้น | 2.73 | .456 | 2 | 3 | 2.77 | .429 | 2 | 3 |
| 10. ท่านลดปริมาณนมข้นหวาน น้ำตาล ที่ใสในเครื่องดื่ม เช่น ชา เย็น น้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น | 2.50 | 1.058 | 1 | 4 | 2.55 | 1.011 | 1 | 4 |
| 11. ท่านรับประทานผักผลไม้ อย่างน้อยวันละ 5 กำมือ | 2.14 | 1.082 | 1 | 5 | 2.32 | .995 | 1 | 5 |
| 12. เมื่อท่านเลือกซื้ออาหาร สำเร็จรูป ท่านจะดูฉลาก โภชนาการเพื่อพิจารณาว่ามี สารอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลอดเลือดหัวใจ | 1.23 | .612 | 1 | 3 | 1.32 | .646 | 1 | 3 |
| รวม | 29.18 | 2.81 | 25.00 | 35.00 | 29.91 | 2.52 | 26.00 | 35.00 |

* ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมมารับประทานอาหารรายข้อ ของ
กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร
ใกล้เคียงกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพิ่มขึ้น
กว่าก่อนทดลองเล็กน้อย

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดของพฤติกรรมการรับประทานอาหารรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

| พฤติกรรมการรับประทาน อาหาร | กลุ่มทดลอง | | | | | | | |
|---|------------|-------|-----|-----|-----------|------|-----|-----|
| | ก่อนทดลอง | | | | หลังทดลอง | | | |
| | \bar{x} | SD | Min | Max | \bar{x} | SD | Min | Max |
| 1. ท่านเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น ออกไก่ ปลา เนื้อไม่ติดมัน | 3.64 | .581 | 3 | 5 | 4.86 | .468 | 3 | 5 |
| 2. ท่านเลือกใช้ไขมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก น้ำมันดอกทานตะวัน เป็นต้น ในการผัด | 2.32 | 1.249 | 1 | 5 | 4.23 | .528 | 3 | 5 |
| 3.* ท่านรับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ เช่น แกงมัสมั่น แกงเขียวหวาน แกงเหลือง ก๋วยเตี๋ยวซี เป็นต้น | 2.68 | .568 | 1 | 3 | 3.82 | .501 | 3 | 5 |
| 4.* ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภททอด เช่น ไก่ทอด ปลาทอด หอยทอด เนื้อทอด ลูกชิ้นทอด | 1.05 | .213 | 1 | 2 | 2.95 | .213 | 2 | 3 |
| 5.* ท่านเลือกรับประทานขนมทอดกรอบ เช่น โรตีสี ฝรั่งทอด ผีอกทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด ปาท่องโก๋ ก๋วยเตี๋ยว ข้าวเกรียบ เป็นต้น | 2.05 | .722 | 1 | 4 | 3.55 | .510 | 3 | 4 |
| 6. ท่านเลือกวิธีการปรุงอาหาร โดยการ หุง นึ่ง ต้ม อบหรือย่างมากกว่าการทอด | 3.27 | .703 | 2 | 5 | 4.59 | .503 | 4 | 5 |
| 7.* ท่านปรุงรสเพิ่มโดยการใส่เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาลหรือชู ในระหว่างการรับประทานอาหาร | 2.45 | .596 | 1 | 3 | 3.36 | .658 | 3 | 5 |

| พฤติกรรมมารับประทาน อาหาร | กลุ่มทดลอง | | | | | | | |
|--|------------|------|-------|-------|-----------|------|-------|-------|
| | ก่อนทดลอง | | | | หลังทดลอง | | | |
| | \bar{x} | SD | Min | Max | \bar{x} | SD | Min | Max |
| 8.* ท่านเลือกที่จะรับประทาน อาหารรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปลาตากแห้ง ผักกาดดอง | 2.59 | .590 | 2 | 4 | 4.00 | .816 | 3 | 5 |
| 9.* ท่านเลือกรับประทานขนม หวาน เช่น ข้าวเหนียวหน้า สังขยา ผักทองเชื่อม กล้วย เชื่อม ถั่วต้มน้ำตาล มันเชื่อม เป็นต้น | 2.68 | .780 | 1 | 4 | 3.50 | .512 | 3 | 4 |
| 10. ท่านลดปริมาณนมข้นหวาน น้ำตาล ที่ใส่ในเครื่องดื่ม เช่น ชาเย็น น้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น | 2.23 | .813 | 1 | 4 | 4.00 | 0.00 | 4 | 4 |
| 11.ท่านรับประทานผักผลไม้ อย่างน้อยวันละ 5 กำมือ | 2.36 | .902 | 1 | 4 | 4.05 | .653 | 3 | 5 |
| 12. เมื่อท่านเลือกซื้ออาหาร สำเร็จรูป ท่านจะดูฉลาก โภชนาการเพื่อพิจารณาว่ามี สารอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลอดเลือดหัวใจ | 1.23 | .612 | 1 | 3 | 3.05 | .375 | 2 | 4 |
| รวม | 28.55 | 2.97 | 24.00 | 37.00 | 45.95 | 2.95 | 40.00 | 51.00 |

* ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 11 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมมารับประทานอาหารรายข้อ ของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมมารับประทานอาหารแตกต่างกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างเห็นได้ชัด

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดของการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรครายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

| การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ อุปสรรค | กลุ่มทดลอง | | | | | | | |
|---|------------|------|-----|-----|-----------|-------|-----|-----|
| | ก่อนทดลอง | | | | หลังทดลอง | | | |
| | \bar{x} | SD | Min | Max | \bar{x} | SD | Min | Max |
| 1. การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ออกไก่ไม่ติดหนัง ช่วยลดความเสี่ยงของการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ | 3.27 | .631 | 2 | 4 | 5.00 | 0.000 | 5 | 5 |
| 2. อาหารไขมันสูง เช่น เนื้อติดมัน หรือไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ไม่ดีต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ | 2.91 | .750 | 2 | 4 | 4.95 | .213 | 4 | 5 |
| 3. การรับประทานอาหารชนิดผัก ผลไม้ ธัญพืช หรือถั่ว ช่วยลดไขมันในเลือดได้ | 3.14 | .468 | 2 | 4 | 4.86 | .351 | 4 | 5 |
| 4. เมื่อท่านรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจจะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น | 3.41 | .666 | 2 | 4 | 4.91 | .294 | 4 | 5 |
| 5. การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้ท่านรู้สึกไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น | 2.59 | .590 | 2 | 4 | 4.64 | .492 | 4 | 5 |
| 6. การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ท่านรู้สึกว่าได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา | 3.05 | .486 | 2 | 4 | 5.00 | 0.000 | 5 | 5 |
| 7. การเลือกรับประทานน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก น้ำมันดอกคำฝอย | 2.32 | .716 | 1 | 4 | 4.82 | .395 | 4 | 5 |

| การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ อุปสรรค | กลุ่มทดลอง | | | | | | | |
|--|------------|------|-------|-------|-----------|------|-------|-------|
| | ก่อนทดลอง | | | | หลังทดลอง | | | |
| | \bar{x} | SD | Min | Max | \bar{x} | SD | Min | Max |
| น้ำมันรำข้าว ช่วยลดไขมันในเลือดได้ | | | | | | | | |
| 8.* การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีค่าใช้จ่ายสูง | 1.68 | .646 | 1 | 3 | 4.23 | .528 | 3 | 5 |
| 9.* การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีความยุ่งยากและใช้เวลานานเกินไป | 1.68 | .646 | 1 | 3 | 4.73 | .456 | 4 | 5 |
| 10.* การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก | 2.59 | .590 | 2 | 4 | 4.95 | .213 | 4 | 5 |
| 11.* ท่านรู้สึกยากลำบากที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ | 2.23 | .869 | 1 | 4 | 4.55 | .510 | 4 | 5 |
| 12.* ท่านไม่กล้าซักถามแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค | 2.23 | .869 | 1 | 4 | 4.36 | .581 | 3 | 5 |
| รวม | 31.09 | 3.04 | 28.00 | 38.00 | 57.00 | 1.95 | 52.00 | 60.00 |

* ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 12 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรครายข้อ ของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคแตกต่างกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างเห็นได้ชัด

ตารางที่ 13 คະแนนและการแปลผลคະแนนการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

| คู่ที่ | การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของกลุ่มทดลอง (n = 22) | | | |
|--------|---|----------------|-----------|---------|
| | ก่อนทดลอง | แปลผล | หลังทดลอง | แปลผล |
| 1 | 33 | ไม่เหมาะสม | 52 | เหมาะสม |
| 2 | 32 | ไม่เหมาะสม | 56 | เหมาะสม |
| 3 | 28 | ไม่เหมาะสม | 57 | เหมาะสม |
| 4 | 29 | ไม่เหมาะสม | 59 | เหมาะสม |
| 5 | 33 | ไม่เหมาะสม | 58 | เหมาะสม |
| 6 | 38 | เหมาะสมปานกลาง | 60 | เหมาะสม |
| 7 | 28 | ไม่เหมาะสม | 55 | เหมาะสม |
| 8 | 31 | ไม่เหมาะสม | 58 | เหมาะสม |
| 9 | 31 | ไม่เหมาะสม | 55 | เหมาะสม |
| 10 | 30 | ไม่เหมาะสม | 59 | เหมาะสม |
| 11 | 38 | เหมาะสมปานกลาง | 55 | เหมาะสม |
| 12 | 30 | ไม่เหมาะสม | 59 | เหมาะสม |
| 13 | 30 | ไม่เหมาะสม | 59 | เหมาะสม |
| 14 | 37 | เหมาะสมปานกลาง | 57 | เหมาะสม |
| 15 | 31 | ไม่เหมาะสม | 55 | เหมาะสม |
| 16 | 28 | ไม่เหมาะสม | 58 | เหมาะสม |
| 17 | 30 | ไม่เหมาะสม | 56 | เหมาะสม |
| 18 | 29 | ไม่เหมาะสม | 59 | เหมาะสม |
| 19 | 30 | ไม่เหมาะสม | 58 | เหมาะสม |
| 20 | 30 | ไม่เหมาะสม | 55 | เหมาะสม |
| 21 | 28 | ไม่เหมาะสม | 57 | เหมาะสม |
| 22 | 30 | ไม่เหมาะสม | 57 | เหมาะสม |

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มทดลอง มีคະแนนการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคก่อนทดลองอยู่ในระดับไม่เหมาะสม 19 คน และในระดับเหมาะสมปานกลาง 3 คน ภายหลังจากทดลอง พบว่ามีการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับเหมาะสมทั้งหมด

ตารางที่ 14 การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมมารับประทานอาหารก่อนทดลองในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|-----------|---------------------------------|----|-------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Eat_Pre_c | .144 | 22 | .200* | .951 | 22 | .331 |

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

จากตาราง 14 พบว่าค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมมารับประทานอาหารก่อนทดลองในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ได้ค่า Sig. = .331 แปลว่ามีการกระจายข้อมูลแบบปกติ

ตารางที่ 15 การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมมารับประทานอาหารหลังทดลองในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|------------|---------------------------------|----|-------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Eat_Post_c | .117 | 22 | .200* | .953 | 22 | .360 |

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

จากตาราง 15 พบว่าค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมมารับประทานอาหารหลังทดลองในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ได้ค่า Sig. = .360 แปลว่ามีการกระจายข้อมูลแบบปกติ

ตารางที่ 16 การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|-----------|---------------------------------|----|-------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Eat_Pre_x | .130 | 22 | .200* | .934 | 22 | .148 |

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

จากตาราง 17 พบว่าค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ได้ค่า Sig. = .148 แปลว่ามีการกระจายข้อมูลแบบปกติ

ตารางที่ 17 การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|------------|---------------------------------|----|-------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Eat_Post_x | .119 | 22 | .200* | .972 | 22 | .755 |

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

จากตาราง 17 พบว่าค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ได้ค่า Sig. = .755 แปลว่ามีการกระจายข้อมูลแบบปกติ

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

| | | Mean | N | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--------|------------|--------|----|----------------|-----------------|
| Pair 1 | Eat_Post_c | 29.909 | 22 | 2.524 | .538 |
| | Eat_Pre_c | 29.181 | 22 | 2.805 | .598 |
| Pair 2 | Eat_Post_x | 45.955 | 22 | 2.952 | .629 |
| | Eat_Pre_x | 28.546 | 22 | 2.972 | .634 |



| | | Paired Differences | | | | t | df | Sig. (2-tailed) | |
|--------|------------------------|--------------------|----------------|-----------------|---|--------|--------|-----------------|-------|
| | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | | Lower | | | | Upper |
| Pair 1 | Eat_Post_c - Eat_Pre_c | .727 | 1.162 | .247 | .212 | 1.243 | 2.935 | 21 | .008 |
| Pair 2 | Eat_Post_x - Eat_Pre_x | 17.409 | 3.446 | .735 | 15.881 | 18.937 | 23.698 | 21 | .000 |

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

Group Statistics

| | sample | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|----------------|------------|----|--------|----------------|-----------------|
| Eat_Behav_Pre | control | 22 | 29.182 | 2.805 | .598 |
| | experiment | 22 | 28.546 | 2.972 | .634 |
| Eat_Behav_Post | contro | 22 | 29.909 | 2.524 | .538 |
| | experiment | 22 | 45.954 | 2.952 | .629 |

Independent Samples Test

| | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | | |
|---------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|--------|--------|
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | | |
| | | | | | | | | Lower | Upper | |
| EatBehav_Pre | Equal variances assumed | .02 | .90 | .73 | 42 | .469 | .636 | .871 | -1.12 | 2.39 |
| | Equal variances not assumed | | | .73 | 41.86 | .469 | .636 | .871 | -1.12 | 2.39 |
| EatBehav_Post | Equal variances assumed | .75 | .39 | -19.38 | 42 | .000 | -16.045 | .828 | -17.71 | -14.37 |
| | Equal variances not assumed | | | -19.38 | 41.01 | .000 | -16.045 | .828 | -17.71 | -14.37 |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวชารีนะฮ์ ระณี เกิดเมื่อวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2533 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ในปีการศึกษา 2555 หลังจบการศึกษาเข้ารับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2558 และผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลักสูตร 3 เดือน เมื่อปี พ.ศ. 2556 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในโครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยฟาฏอนี

