



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหารต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและ  
พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด  
The Effect of Illness Perception Promoting Dietary Focus Program on Illness  
Perception and Dietary Behaviors in Muslim Patients with Ischemic Heart Disease

สายชล ยอดคง<sup>1\*</sup>, บุศรา หมั่นศรี<sup>2</sup>, จารุวรรณ กฤตย์ประชา<sup>2</sup>  
Saichon Youdkong<sup>1\*</sup>, Busara Muensri<sup>2</sup>, Charuwan Kritpracha<sup>3</sup>

(Received: May 18, 2020; Revised: August 21, 2020; Accepted: August 25, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหารต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 50 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมและเครื่องมือทั้งหมดโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย โดยวิธีการวัดซ้ำได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .83 และแบบสอบถามพฤติกรรมรับประทานอาหารผู้ป่วยมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .70 ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและคะแนนพฤติกรรมรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหารภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

<sup>1</sup>โรงพยาบาลปัตตานี

<sup>1</sup>Pattani Hospital

<sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>2</sup>Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

\*Corresponding Author: chomny@hotmail.com



ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหารสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมุสลิมกล่อมเนื้อหัวใจขาดเลือดมีการรับรู้การเจ็บป่วยและมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

**คำสำคัญ:** โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร การรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมุสลิมกล่อมเนื้อหัวใจขาดเลือด

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of illness perception promoting with dietary focus program on illness perception and dietary behaviors in Muslim patients with ischemic heart disease. The sample comprised fifty purposively selected defined properties into the experimental on control group. Subjects in the control group received routine nursing care while those in the experimental group received the illness perception promotion with dietary focus program. The content validity of the program and all instruments were examined by three experts. The test-retest reliability of the B-IPQ was .83. The internal consistency reliability of the dietary behavior Questionnaire in Muslim patients yield a Cronbach s alpha coefficient of .70. The results revealed that: The mean score of illness perception and the mean score of dietary behavior in Muslim patients with ischemic heart disease in the experimental group after receiving illness representation promoting program was higher than that of the control group.

This study showed that the illness perception promotion with dietary focus program can promote appropriate illness perception and dietary behaviors in Muslim patients with ischemic heart disease.

**Key words:** Illness perception promoting with dietary focus program, Illness perception, Dietary behaviors, Muslim patients with ischemic heart disease

### บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 สถานการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลก มีประชากรเสียชีวิตสูงถึงปีละ 9.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.2 และมีแนวโน้มเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) จะมีการเสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้าน



คนทั่วโลก (American Heart Association, 2016) สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 432,943 คน มีอัตราการเสียชีวิต 20,855 คนต่อปี หรือชั่วโมงละ 2 คน (Public Health Statistics, 2016) สำหรับโรงพยาบาลปัตตานีพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยในที่มีรักษาด้วยอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3 ปีซ้อนหลัง (พ.ศ. 2560 – 2562) จำนวน 235, 242, 233 คน ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมุสลิม ร้อยละ 82.12, 83.05 และ 79.80 ตามลำดับ (Pattani Hospital, 2019) จากการศึกษาวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่ามีพฤติกรรมซึ่งส่งผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน (Lillahkul & Supanakul, 2018) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งเกิดจากกระบวนการสะสมของไขมันจากอาหารที่รับประทาน (VanHorn et al., 2016). จากการศึกษาของ Yan et al. (2011) การรับรู้การเจ็บป่วยและวิถีชีวิตหลังจากทราบว่าป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดพบว่าคะแนนด้านการรับประทานอาหารต่ำสุดเมื่อเทียบกับพฤติกรรมด้านอื่นจะเห็นได้ว่าการรับประทานอาหาร มีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำและป้องกันความรุนแรงของโรค (VanHorn et al., 2016) นอกจากนี้จากการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารพบว่า การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน (Kaenphueak, Junprasert, & Asawachaisuwikorm, 2014) ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างน้อย ซึ่งผู้ป่วยมุสลิมมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน แตกต่างจากศาสนาอื่นตรงที่มีบัญญัติเกี่ยวกับอาหารที่กินได้ (ฮาลาล) และที่กินไม่ได้ (หะรอม) อย่างชัดเจน มีเอกลักษณ์โดยเฉพาะในเรื่องวัฒนธรรมด้านอาหาร ซึ่งลักษณะเด่นของอาหารมุสลิมคือนิยมใช้กะทิ โยเกิร์ตและนมเป็นส่วนประกอบ ลักษณะของอาหารจะเน้นมัน (Songtae, 2011) นิยมรับประทานอาหารจำพวกแป้ง ไขมันและน้ำตาล ส่วนผลไม้เป็นผลไม้ในท้องถิ่น เช่นทุเรียน ลองกอง มังคุด (Lillahkul & Supanakul, 2018) จากการศึกษาพบว่าชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงในเขตหนองจอกกรุงเทพมหานคร มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับเสี่ยงสูงมากที่สุด มีการบริโภคอาหารประเภททอดเฉลี่ยสูงถึง 14 ครั้ง/สัปดาห์ และมีการบริโภคผักเฉลี่ยเพียง 8.6 ครั้ง/สัปดาห์ (Klinchuen, Pavadhgul, Therawiwat, & Imamee, 2015) การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัดยะลามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับปานกลาง  $\bar{x} = 2.93$   $SD = 0.36$



การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งมีการศึกษาทั้งด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา แต่พบการศึกษาในด้านการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหารต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วย โดยการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดด้านการรับประทานอาหารของมุสลิมและถ่ายทอดข้อมูลด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วย
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วย

### กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยมีการพัฒนาโปรแกรมจาก 2 แนวคิดหลัก โดยแนวคิดแรก คือแนวคิดการใช้การรับรู้การเจ็บป่วยเป็นพื้นฐานในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย (The representational approach to patient education) ของ Donovan et al. (2007) ร่วมกับแนวคิดที่ 2 คือแนวคิดการรับประทานอาหารของ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและวิทยาลัยแพทย์โรคหัวใจอเมริกา (Van Horn et al., 2016)

โดยแนวคิดแรกที่นำมาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยในครั้งนี้ คือ แนวคิดการใช้การรับรู้การเจ็บป่วยเป็นพื้นฐานในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย (The representational approach to



patient education) สร้างและพัฒนาโดย Donovan et al. (2007) ซึ่งพัฒนามาจาก 2 แนวคิดหลัก คือ แนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representation) ของ Leventhal & Cameron (1987) โดยมีองค์ประกอบการรับรู้การเจ็บป่วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย 2) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย 3) การรับรู้ระยะเวลาของการเจ็บป่วย 4) การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย และ 5) การรับรู้การรักษาและการควบคุมการเจ็บป่วย ร่วมกับแนวคิดที่สอง คือ แนวคิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (Conceptual change model) ของ Hewson (1992) ซึ่งกล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการตีความหรือให้ความหมายของข้อมูลใหม่ ผ่านการแลกเปลี่ยนระหว่างความเชื่อ ความเข้าใจที่ผิดกับข้อมูลใหม่ของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน 1) การประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยทั้ง 5 องค์ประกอบ 2) การระบุการรับรู้ที่ไม่เหมาะสม 3) การสร้างเงื่อนไขสำหรับการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ที่ไม่เหมาะสมหรือผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ 4) การให้ข้อมูลใหม่เพื่อทดแทนการรับรู้ที่ไม่เหมาะสม 5) การสรุปถึงประโยชน์การได้รับข้อมูลใหม่ 6) การกำหนดเป้าหมายและการวางแผน และ 7) การติดตามและการทบทวนเป้าหมาย มาสร้างเป็น โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสมอันจะส่งผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

## วิธีการวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ

### คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) เป็นมุสลิม 3) มีการรับรู้ปกติ สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ และ ไม่มีความคิดปกติทางระบบประสาท 4) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 5) สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง 6) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ 7) ผู้ป่วยยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และ 8) ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้



### เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) มีอาการและอาการแสดงที่อาจเป็นอันตราย เช่น อาการเจ็บหน้าอก หรือเกิดอาการของโรคร่วมกำเริบ
- 2) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามข้อตกลงในการเข้าร่วมวิจัย หรือไม่สามารถเข้าร่วมครบทุกกิจกรรมในการวิจัย

### การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ใช้สูตรคำนวณค่า Effect size ของ Cohen as cited in Polit & Beck (2012) ได้กำหนดอำนาจค่าทดสอบ (power) ที่ .80 ระดับนัยสำคัญที่ .05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ได้จากการคำนวณจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันของ Kongsuea, Tantikosoom, & Ua-kit (2014) และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างซึ่งอาจจะมีผู้ยุติการเข้าร่วมวิจัย ร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างเป็น 50 คน โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 25 รายแรกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าเป็นกลุ่มควบคุม และ 25 รายต่อมาเป็นกลุ่มทดลอง รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 ราย จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อน แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองเป็นลำดับต่อไป

### การคัดเลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ในเกณฑ์การคัดเข้า ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยวิธีการจับคู่ (Matching methods) ได้แก่ เพศ ชาย หญิงและ อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 25 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่ม 25 รายต่อมาเป็นกลุ่มทดลอง ทั้งนี้เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

### เครื่องมือวิจัย

#### 1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน

1.1 แผนการส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหารต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรม การรับประทานอาหารสำหรับผู้วิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางการให้ความรู้และคำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1.2 คู่มือการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิม โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและวิทยาลัยแพทย์โรคหัวใจอเมริกา (American Heart Association (AHA), 2016) โดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน นอกจากนี้ในคู่มือการรับประทานอาหารจะมีคำแนะนำในการรับประทานอาหาร



สำหรับผู้ป่วยมุสลิม โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งคู่มือนี้ได้แจกให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คนละ 1 ฉบับ

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โดยเก็บจากแฟ้มประวัติและการสัมภาษณ์จากผู้ป่วย

2) แบบประเมินข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ที่เก็บข้อมูลด้วยตนเองจากเวชระเบียน ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ประวัติโรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษา และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

2.2 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire) หรือ (B-IPQ) ของ Broadbent, Petrie, Main, & Weinmann (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย Thepphawan, Watthnakitkrileart, Pongthavorntamol, & Dumavibhat (2011) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ สำหรับข้อคำถามปลายเปิดผู้วิจัยตัดแปลงจาก 1 ข้อ เป็น 6 ข้อ

2.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของ Heart healthy eating self-efficacy (HHESE) (Margaret, 2003) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยTantikosoom (2010) ซึ่งผู้วิจัยได้ตัดแปลงข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ ทุกข้อเป็นข้อคำถามเชิงบวก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร (2) แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย และ (3) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 ท่าน และนักโภชนาการ 1 ท่านตรวจสอบความเหมาะสมความชัดเจนของเนื้อหา ไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และ 0.9 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ



### ความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ นำมาหาค่าความคงที่ ของเครื่องมือวิจัย โดยใช้วิธีการวัดซ้ำ จำนวน 20 ราย มาหาความสอดคล้องภายใน โดยการใช้อยุทธสัมประสิทธิ์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไปหาความเที่ยงกับผู้ป่วย จำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.70

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัส PSU IRB 2017 – Nst 043 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา และประโยชน์ของการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวม เมื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยสถิติทีอิสระ
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่
5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยสถิติ Mann whitney U test
6. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test

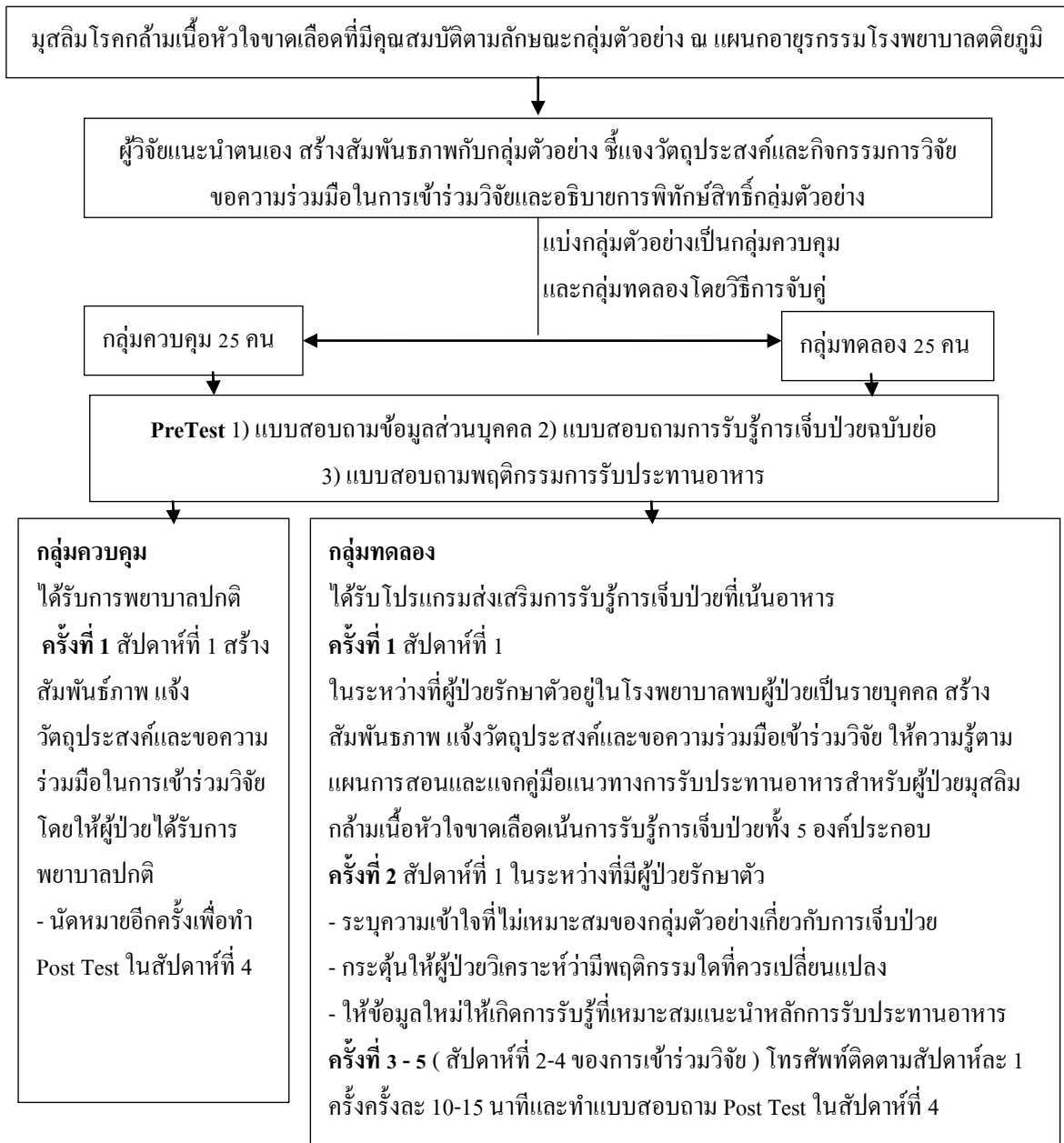
### ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น การกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงต้องใช้สถิติ non- parametric เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติ Mann Whitney U Test เปรียบเทียบกลุ่มทดลองก่อน-หลังใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank test





### การดำเนินการทดลอง



### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88 โดยมีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่สูงสุด ร้อยละ 68 สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72 อาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง ร้อยละ 32 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 - 10,000 ร้อยละ 36 สิทธิในการรักษาใช้สิทธิ์บัตร



ทองร้อยละ 64 โดยในกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88 โดยมีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 56 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 84 สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 - 10,000 ร้อยละ 48 สิทธิในการรักษาใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 88

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - Square) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันด้านข้อมูลส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร (N=50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		Statistics value	P values
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.000	1.000
ชาย	22	88	22	88		
หญิง	3	12	3	12		
อายุ (ปี)					.000	1.000
<60	10	40	11	44		
>60	15	60	14	56		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	2	8	1	4		
ประถมศึกษา	17	68	21	84		
มัธยมต้น	0	0	1	4		
มัธยมปลาย	4	16	1	4		
ปริญญาตรี	2	8	1	4		
สถานภาพสมรส						
โสด	1	4	1	4		
คู่	18	72	21	84		
หม้าย/หย่า	6	24	3	12		



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		Statistics value	P values
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ						
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	12	2	8		
ธุรกิจส่วนตัว	3	12	2	8		
รับจ้าง/ลูกจ้าง	8	32	6	24		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	6	24	5	20		
เกษตรกรกรรม	5	20	10	40		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	6	24	8	32		
มีรายได้						
1-5,000	4	16	0	0		
5,001-10,000	9	36	12	48		
10,001-15,000	3	12	2	8		
15,001-20,000	2	8	2	8		
>20,000	1	4	1	4		
สิทธิในการรักษา						
สิทธิ์บัตรทอง	16	64	22	88		
ประกันสังคม	3	12	1	4		
เบิกได้ข้าราชการ	6	24	2	8		

### ข้อมูลการเจ็บป่วย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.0 -24.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> คือมีน้ำหนักเกิน (ของคนเอเชีย) ร้อยละ 60 มีเส้นรอบเอวเกิน มากกว่า 90 เซนติเมตรในเพศชาย และมากกว่า 80 เซนติเมตรในเพศหญิง พบมากที่สุดร้อยละ 84 ร้อยละ 40 ปฏิเสธโรคประจำตัว ร้อยละ 64 ไม่มียาที่รับประทานประจำ ร้อยละ 36 ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมาก่อน ในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0 - 29.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> คือมีโรคอ้วน (ของคนเอเชีย) ร้อยละ 56 มีเส้นรอบเอวเกิน มากกว่า 90 เซนติเมตรในเพศชาย และมากกว่า 80 เซนติเมตรในเพศหญิง พบมากที่สุดร้อยละ 88 ร้อยละ 60 ปฏิเสธโรคประจำตัว ร้อยละ 68 ไม่มียาที่รับประทานประจำ ร้อยละ 60 ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมาก่อน



เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลการเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi - Square) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลด้านการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลการเจ็บป่วย N=50

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		X <sup>2</sup>	P- values
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ดัชนีมวลกาย						
ต่ำกว่าเกณฑ์	1	4.0	1	4.0		
สมส่วน	5	20.0	3	12.0		
น้ำหนักเกิน	15	60.0	4	16.0		
โรคอ้วน	4	16.0	14	56.0		
โรคอ้วน อันตราย			3	12.0		
เส้นรอบเอวปกติ	4	14	3	12		
เส้นรอบเอวเกิน	21	84	22	88		
การรับประทานยา						
ลืมกินยา	21	84	19	76		
รับประทานยาประจำ	4	16	6	24		
missing system	16	64	15	60		
ผลการตรวจ						
Cholesterol						
ต่ำ			1	4		
สูง	25	100	23	92		
missing system			1	4		
Triglyceride						
ต่ำ			16	64		
สูง	17	68	8	32		
missing system	8	32	1	4		



ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		X <sup>2</sup>	P- values
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
LDL						
ต่ำ	2	8	1	4		
สูง	23	92	23	92		
missing system			1	4		
HDL						
ต่ำ	9	36	13	52		
สูง	16	64	11	44		
missing system			1	4		

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมุสลิม โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติ (Independent t - test) ผลการศึกษาก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยของทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหารด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t - test)  
(N = 50)

การรับรู้การเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง n = 25		กลุ่มควบคุม n = 25		t	p -value
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง	39.80	7.56	39.76	5.73	0.21	.983
หลังทดลอง	54.24	3.17	40.17	.27	17.23	.001



การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วย ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติที่คู่ paired t- test (N=50)

การรับรู้การเจ็บป่วย	ก่อนทดลอง n = 25		หลังทดลอง n = 25		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง	39.80	7.56	54.24	3.17	-9.925	.001
หลังทดลอง	39.76	5.73	40.76	2.27	-7.24	.476

P < 0.05

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิม โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติ Mann Whitney Test ผลการศึกษาก่อนการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร พบว่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการรับประทานอาหารของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร ด้วยสถิติ Mann Whitney U test (N=50)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	กลุ่มทดลอง n = 25	กลุ่มควบคุม n = 25	z	p-value
	Mdn (IQR)	Mdn (IQR)		
ก่อนทดลอง	38 (20)	36 (16)	-1.060	.289
หลังทดลอง	66 (4)	61 (8)	-5.355	.001

P < 0.05



การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหารวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Sign -Rank Test ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหารด้วยสถิติ Wilcoxon Sign - Rank Test (N = 50)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	ก่อนทดลอง n = 25		หลังทดลอง n = 25		z	p-value
	Mdn	IQR	Mdn	IQR		
ก่อนทดลอง (n = 25)	38	20	66	4	-4.373	.001
หลังทดลอง (n = 25)	36	16	61	8	-4.376 <sup>b</sup>	.001

P < 0.05

### อภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นอธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามแนวคิดการใช้การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นพื้นฐานในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยของ Donovan et al. (2007) ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (Conceptual change model) ของ Hewson (1992) เพื่อส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้เหมาะสมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิถีการดูแลสุขภาพตามการรับรู้ที่เกิดขึ้นตาม 5 องค์ประกอบการรับรู้การเจ็บป่วย (Leventhal et al., 1997) ผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาคำแนะนำกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับคำแนะนำการรับรู้การเจ็บป่วยจะต่างกันจะมีทั้งด้านดีและไม่ดีซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตและการเจ็บป่วย (Junehag, Asplund, & Svedlund, 2013) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดรู้ว่าโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังและมีผลกระทบที่รุนแรงแต่สามารถควบคุมได้โดยการรักษา (Yan et al., 2011)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่สอดคล้องกับการศึกษาของ Yan et al. (2013) พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมที่มีการติดตามทางโทรศัพท์



เกิดการรับรู้การเจ็บป่วยหลังจากทราบว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถดูแลตนเองและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับเป็นซ้ำ

กลุ่มทดลองผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหารซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนทดลอง ส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมีความถูกต้องเหมาะสมเฉพาะโรค มีการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยส่งเสริมให้คำแนะนำให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและสอดคล้องวิถีชีวิตและถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม โดยใช้แนวคิดการใช้การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นพื้นฐานในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย (The representational approach to patient education) ของ Donovan et al. (2007) ร่วมกับแนวคิดการรับประทานอาหาร (VanHorn et al., 2016) มาเป็นแนวทางปฏิบัติและได้มอบคู่มือการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปทบทวนความรู้ที่ผู้วิจัยให้ไว้ และโทรศัพท์ติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยจะโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการทบทวนเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การวางแผนเป้าหมายเพื่อการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคและหลักศาสนา พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง มีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ดังนั้นการให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหารสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยมุสลิมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การศึกษาของ Kongseu et al. (2014) ศึกษาโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือด ซึ่งให้โปรแกรมการสอนและให้ความรู้สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่าคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่า การศึกษาของ Hassan (2015) พบว่าการให้ความรู้ข้อมูลที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม ส่งผลให้ผู้ป่วยมุสลิมมีพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม การศึกษาของ Makeng, Jittanoon, & Buapetch (2018) พบว่าการวางแผนโดยใช้หลักคำสอนของอิสลามที่มีข้อกำหนดในการเลือกรับประทานอาหารที่ชัดเจนและเข้มงวด โดยมุสลิมต้องเลือกรับประทานอาหารที่ฮาลาล และอาหารที่ดีหรือตอยิบันเพราะถือเป็นคุณสมบัติที่ดีของการเป็นมุสลิม กลุ่มตัวอย่างต้องเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจะเลือกรับประทานอาหารตามหลักการของศาสนาและการให้คำแนะนำในการเลือกพฤติกรรมอื่นมาทดแทนพฤติกรรมเดิมที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทาน





น้ำเปล่าแทนน้ำหวาน การลดอาหารประเภทข้าว – แป้งลง รับประทานผักและโปรตีนเพิ่มขึ้นโดยปรับเปลี่ยนเมนูอาหารด้วยการเน้นผักให้มากขึ้น เช่น ข้าวย่ำเน้นผัก ปลาย่าง ไข่ฝักสดที่บ้านที่หาได้ง่ายตามท้องถิ่น การทดแทนอาหารว่างที่เป็นแป้ง ขนมหวาน ด้วยผลไม้ที่มีรสหวาน กิจกรรมในโปรแกรมเหล่านี้ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและต่อเนื่อง การศึกษาของ Ranee (2017) พบว่าการให้ความรู้ที่มีแบบแผนและการได้รับคู่มือแนวทางการรับประทานอาหารและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์กิจกรรมดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม

### สรุป

ผู้ป่วยมุสลิมมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและวัฒนธรรมด้านอาหารเป็นเอกลักษณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ การรับรู้การเจ็บป่วย โดยการศึกษาครั้งนี้มีการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยร่วมกัน คือการใช้คำถามปลายเปิดร่วมกับการใช้แบบสอบถามสามารถประเมินและทำความเข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งในระยะของการฟื้นฟูสภาพหัวใจควรส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหารในผู้ป่วยมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจึงสนับสนุนองค์ความรู้ในส่วนของ การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ชัดเจนเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับทางการแพทย์ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ

### ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งต่อไป ในการประเมินพฤติกรรมการรับรู้ ควรปรับปรุงกิจกรรมด้วยวิธีอื่น ๆ ให้สอดคล้องกับบริบทของมุสลิมมากขึ้น
2. การศึกษาครั้งต่อไปควรนำผลการทดลองที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาศึกษาในเรื่องของการรับประทานยา
3. นำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นอาหาร ไปใช้เป็นแนวทางในการปรับความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร



### รายการอ้างอิง (References)

- American Heart Association (AHA). (2016). *Heart disease and stroke statistic 2016 update*. Retrieve from <http://www.nonocortx.com/Article/HeartDiseaseStrokeStatistic.pdf>.
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main J., & Weinmann, J. (2006). The brief illness perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Donovan, S.H., Ward, E.S., Song, K.M., Heidrich, M.S., Gunnarsdottir, S., & Phillips, M.C. (2007). An update on the representational approach to patient education. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 211-216.
- Hassan, S.H. (2015). Effect of religious behavior on health-related lifestyles of muslims in Malaysia. *Journal Reling Health*, 54(4), 1238-1248.
- Hewson, P.W. (1992). *Conceptual change in science teaching and teacher education*. University of Wisconsin-Madison: United States of America.
- Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2013). Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myoicardial infarction. *Caring Sciences*, 28(2), 289-296
- Kaenphueak, Y., Junprasert, S., & Asawachaisuwikorm, W. (2017). Outcomes of self-regulation on eating behavior and brisk walk for weight control in overweight women. *The Public Healthjournal of Burapha University*, 9(1), 105-116.
- Klinchuen, S., Pavadhgul, P., Therawiwat, M., & Iamee, N., (2015). Food consumption behavior among metabolic syndrome risk thai muslim in nongchock district, Bangkok. *Journal of Health*, 38(129), 31-39.
- Kongseu, P., Tantikosoom, P., & Ua-kit, N. (2014). The effect of educative supportive nursing program on dietary behaviors among patients after percutaneous transluminal coronary intervention. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21(1), 168-185.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, 117-138.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, A.E., Patrick-Miller. L., & Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. *Perceptions of Health and Illness*, 189, 19-45.



- Lillahkul, N., & Supanakul, P. (2018). Way of life of muslim people in thailand southern provinces and health promoting life style. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 302-312.
- Makeng, M., Jittanoon, P., & Buapetch, A. (2018). The effect of Muslim-Based health behavior modification program on diabetic control behaviors and blood sugar level of uncontrolled DM Muslim patients with Co-Morbidity. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(1), 46-62.
- Margaret, E.G. (2003). Heart healthy eating self – efficacy an Effective tool for management eating behavior change intervention for Hypercholesterol. *Topics in Clinical Nutrition*, 18(4), 229-244.
- Pattani Hospital. (2019). *Statistics of myocardial ischemia patients admitted to Pattani Hospital 2017-2019*. Pattani: Pattani Hospital: 2017-2019. (in Thai).
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wikins.
- Ranee. S., (2017). *The effect of promoting perceived benefits and reducing perceived barriers program on eating behavior in muslim patients with coronary heart disease*. Degree of master of nursing science program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai).
- Songtae, J., (2011). *Health behaviors contributing to risk of conteibuting to risk of coronary heart disease among thai muslim in the meesuwan 3*. Master of Public Health Thesis. Health Promotion Program, Thammasat University, Bangkok. (in Thai).
- Tantikosoom, P. (2010). *The effect of behavioral management program on blood cholesterol in patients with coronary revascularizotion*. Degree of Doctor of Philosophy Program Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai).
- Thepphawan, P., Watthnakitkrileart, D., Pongthavornkamol, K., & Dumavibhat, C., (2011). Cognitive representation, emotional responses and hospitalization experience in predicting decision making for receiving treatment among patients with acute coronary syndrome. *Journal Nursing Science*, 29(2), 111-119.
- VanHorn, L., Caeson, J., Appel, L., Burke, L., Economos, C., & Karmally, W. (2016). Recommended Dietary Pattern to Achieve Adherence to the American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC) Guidelines. *Circulation*, 134, 505-529.



- Yan, J., You, L., He, J., Wang, J., Chen, L., Liu, B., & Jin, S. (2011). Illness perception among Chinese patients with acute myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 85(2011), 398-405.
- Yan, J., You, L., Liu, B., Jin, S., Zhou, J., Lin, C., & Gu, J. (2013). The effect of a telephone follow-up intervention on illness perception and lifestyle after myocardial infarction in China: A randomized controlled trial. *Journal Of Nursing Studies*, 51(6), 844-855.