

Review

Eating pattern in Muslim Patients with Coronary Heart Disease

Sarinah Rane^{1*}, Anirut Kepan²

¹Lecturer, The project of Faculty of Nursing, Fatoni University, Pattani, Thailand

²Dietitian, Pattani Hospital, Pattani, Thailand

ABSTRACT

Coronary heart disease has the highest mortality rate in Thailand and the world. It is found that Muslim is more likely to suffer from coronary heart disease than those who are Buddhist. Patients with coronary heart disease who have been treated, the disease can return to be repeated if not reduce risk factors, eating behavior, and lifestyle changes. Traditional Thai folk food customization is in line with the Therapeutic Lifestyle Change diet (TLC diet) which reduced the consumption of saturated fat, trans fat, and increased vegetables, fruits, nuts, whole grain cereals, fish, lean meat, low-fat dairy products and vegetable oils. They are the main targets for reducing LDL cholesterol levels, reduce the risk of coronary heart disease, and reduce the occurrence of severe complications of coronary heart disease.

Key words: Eating, Coronary heart disease, Muslim

Received: 27 February 2019

Accepted: 11 June 2019

Available online: 18 June 2019

*Corresponding author's email: Sarinah.ranee@gmail.com

<http://www.Nutritionthailand.org>

บทความปริทัศน์

แนวทางการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

ซารีนะห์ ระณี^{1*}, อนิรุต เกบั้น²

¹อาจารย์ประจำโครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยฟาฏอนี จังหวัดปัตตานี

²นักโภชนาการ โรงพยาบาลปัตตานี จังหวัดปัตตานี

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดหัวใจพบอัตราการเสียชีวิตเป็นจำนวนมากทั้งในประเทศไทยและระดับโลก และพบว่าผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาแล้ว สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ หากไม่ลดปัจจัยเสี่ยง ด้านพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งการปรับรูปแบบอาหารพื้นบ้านที่นิยมตามความเคยชินของชาวไทยมุสลิมให้มีความสอดคล้องกับแนวทางการรับประทานอาหารแบบ Therapeutic Lifestyle Change diet (TLC diet) โดยลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์ และเนื้บริโภคผักผลไม้ กลุ่มข้าวแป้งไม่ขัดสี ธัญพืช ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และน้ำมันที่มีไขมันไม่อิ่มตัวสูง เพื่อเป้าหมายหลักในการลดระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอล ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นของโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ: การรับประทานอาหาร, โรคหลอดเลือดหัวใจ, มุสลิม

*Corresponding author's email: Sarinah.ranee@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก จากข้อมูลสถิติในประเทศไทยในช่วง ปี พ.ศ. 2557-2559 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 27.8, 28.9 และ 32.3 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ1 จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประชากรภาคใต้มีอัตราการเสียชีวิต 31.9 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าภาคเหนือและภาคอีสาน โดยเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิมพบว่ามีอัตราการเสียชีวิต 27.9 ต่อประชากรแสนคน2 จากการศึกษาพบว่าผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ 3

โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากการสะสมของคราบไขมันบริเวณผนังของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจนทำให้เกิดการอุดตันหรือตีบแคบ ส่งผลให้เลือดที่มีระดับออกซิเจนเข้มข้นไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะส่งผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีภาวะหัวใจล้มเหลว จนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ 4 ซึ่งปัจจุบันพบวิธีการดูแลรักษาที่ได้รับการยอมรับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีทั้งรูปแบบการใช้ยา การทำหัตถการ และการไม่ใช้ยา ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมอาหาร การลดความอ้วน ออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ การป้องกันในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ได้แก่ การป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น ป้องกันการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาแล้ว สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ หากไม่ลดปัจจัยเสี่ยง ด้านพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งการรับประทานอาหารถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถลดและชะลอการเกิดโรคได้ และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม จะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง การรับประทานไขมันทรานส์ และการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง 5,6 จากความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลามที่ส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกัน และลดความรุนแรงของโรคได้ โดยกำหนดบทบัญญัติเรื่องกรรมการรับประทานอาหารเพื่อเป็นแนวทางให้กับมุสลิมในการเลือกรับประทานอาหารจากบทบัญญัติของคำภีร์อัลกุรอานที่ว่า “โอ้มนุษย์ทั้งหลาย จงบริโภคสิ่งที่ได้รับการอนุมัติ (ฮาลาล) และสิ่งที่ดี (ตอยยิบ) จากที่มีอยู่ในแผ่นดินอัลกุรอาน (2:172)” จากบทบัญญัติดังกล่าว เห็นได้ว่าศาสนาอิสลามมีข้อกำหนดชัดเจนในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพและถูกต้องตามหลักศาสนา เพราะฉะนั้นกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักศาสนาแล้ว ยังจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจอีกด้วย

พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค เป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น

การศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นต้น ส่งผลให้เกิดปัญหา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร⁷ มีดังต่อไปนี้

1. ขาดความรู้ ความตระหนัก และไม่สนใจการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะการเลือกการรับประทานที่เหมาะสมเฉพาะโรค จากการศึกษาของ ดวงตา สุวรรณรัตน์ และคณะ (2552) พบว่า พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ด้านการเลือกชนิดของอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการกำหนดอาหารอยู่ในระดับต่ำ ภายหลังการกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองใน 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับสูง

2. ความเชื่อ การรับรู้ และความเคยชินในการรับประทาน การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยมุสลิมส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารตามความเคยชิน ซึ่งจากการศึกษาการรับประทานอาหารของชาวไทยมุสลิมในเขตหนองจอก มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยยึดหลักตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลามเท่านั้น แต่ไม่คำนึงถึงความเหมาะสมกับสุขภาพหรือการเจ็บป่วย⁸ เนื่องด้วยวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิม โดยเฉพาะมุสลิมในภาคใต้มีสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากภาคอื่นๆ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างต่างไป โดยเฉพาะพฤติกรรมการ

รับประทานอาหาร วินัย ทะหัลลัน (2553) ศึกษาพบว่า ชาวไทยมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่แตกต่างจากชาวพุทธ ซึ่งลักษณะของอาหารที่ค่อนข้างมันและรสจัด ตลอดจนวิธีการปรุงอาหารและชนิดของไขมันที่ประกอบอาหาร และจันทิตรา ทรงเต๊ะ (2554) ศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของชาวไทยมุสลิมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเคยชิน อาจเป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และพบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของ แอ่งกะทิ เครื่องเทศ เช่น แอ่งมัสมั่น ซึ่งรับประทานมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์

3. ค่านิยมอาหารจานด่วนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นส่งผลให้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไปด้วย อีกทั้งความเร่งรีบของกลุ่มวัยทำงาน ส่งผลให้ต้องหาวิธีการที่สะดวก รวดเร็ว และง่ายต่อการบริโภคอาหาร ที่สามารถรับประทานได้ทันทีเอง ทั้งอาหารจานด่วน อาหารจานเดียว หรืออาหารฟาสต์ฟู้ดที่ได้รับค่านิยมจากชาติตะวันตก

4. การให้ข้อมูล คำแนะนำ หรือการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารยังไม่ชัดเจน และไม่เหมาะสมในบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นเพียงการให้คำแนะนำสั้นๆ ในระยะเวลาที่จำกัด อาจเนื่องจากความไม่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ อีกทั้งสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลไม่มีความต่อเนื่อง ขาดการส่งต่อข้อมูลหรือแผนการให้

ความรู้ ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรม การรับประทานอาหารไม่ต่อเนื่อง^{9,10}

5. การรับประทานอาหารนอกบ้าน ภาวะเศรษฐกิจในสังคมปัจจุบันเปลี่ยนไปส่งผลให้วิถีชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวัน ที่จะต้องเร่งรีบไปทำงาน ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาที่จำกัด ส่งผลให้ไม่มีเวลาในการประกอบอาหาร จึงจำเป็นต้องรับประทานอาหารนอกบ้านมากขึ้น อีกทั้งยังเลือกรับประทานอาหารสำเร็จรูปเนื่องจากมีความสะดวกในการหาซื้อ จากการศึกษาของ ญัฐกานต์ ช่างเหล็ก, สุวลี โล่วิกรรณ์ และสยาม คำเจริญ, (2552) พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ความสะดวกในการเลือกรับประทานอาหาร ร้อยละ 94.9 และความชอบในรสชาติอาหาร ร้อยละ 82.3

6. อิทธิพลของสื่อโฆษณาต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากปัจจุบันการรับข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่มาจากสื่อโฆษณาที่มีหลากหลายช่องทาง ทั้งอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ วิทยุ หรือสิ่งตีพิมพ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะการโฆษณาผลิตภัณฑ์ประเภทอาหารที่นำเสนอสรรพคุณหรือคุณค่าทางโภชนาการที่เกินจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยหรือผู้บริโภคเกิดความคล้อยตาม และมีแนวโน้มที่จะตกเป็นเหยื่อของการโฆษณานั้น โดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ ความปลอดภัย หรือความเหมาะสมกับโรค อาจส่งผลต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น⁷ จากการศึกษาของ ญัฐกานต์ ช่างเหล็ก และคณะ (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์พยาบาล ร้อยละ 93.7 รองลงมาคือ สื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 55.7 และแผ่นพับ ใบปลิว หนังสือหรือวารสาร ร้อยละ 30.3

บทบัญญัติทางศาสนาอิสลามเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

ศาสนาอิสลาม เป็นวิถีการดำเนินชีวิต หรือรูปแบบของพฤติกรรมที่มาจาก คัมภีร์อัลกุรอาน และคำสอนหรือแบบอย่างจากท่านศาสดามุฮัมมัด ที่กำหนดหลักศรัทธาและหลักการปฏิบัติได้อย่างครอบคลุมในทุกเรื่องของชีวิตมนุษย์ กลุ่มผู้ป่วยมุสลิมมีหลักคำสอนที่ชัดเจนบ่งบอกถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพและการรักษาโรคว่า “ท่านจงรักษาโรค เพราะพระเจ้าจะไม่ส่งโรคใด ๆ มา นอกจากจะให้มียารักษา (หะดีษเศาะฮิหฺบุคอรี, 5678) และทุก ๆ โรคนั้นมียารักษา ถ้าหากยานั้นถูกกับโรค และโรคนั้นก็หายได้ด้วย การอนุมัติของพระเจ้าของเจ้า (หะดีษเศาะฮิหฺมุสลิม, 69/2204)¹¹ จากหลักคำสอนจะเห็นได้ว่าศาสนาอิสลามให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรักษาโรค เมื่อเกิดโรคแล้วมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการรักษา โดยไม่ปล่อยให้ตนเองตกอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือสิ้นหวังในการรักษาโรค จากหลักคำสอนที่กล่าวมาข้างต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพถือเป็นยาหรือการรักษาแบบหนึ่ง ดังนั้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจถึงแม้จะรับประทานยาตามแผนการรักษาแล้ว ยังต้องตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสามารถลดและชะลอการเกิดโรคได้ และการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพ^{10,12}

ศาสนาอิสลามส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยมีบทบัญญัติเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อเป็นแนวทางให้กับมุสลิมในการเลือกรับประทานอาหาร ดังต่อไปนี้

1. การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ (ตอยยิบ) และเป็นที่ยอมรับตามหลักศาสนา (ฮาลาล) ดังโองการที่ว่า “โอ้บรรดาผู้ศรัทธา สูเจ้าจงบริโภคสิ่งที่ดีจากสิ่งที่เราได้ประทานแก่สูเจ้า และจงขอขอบคุณต่ออัลลอฮฺ หากสูเจ้าเคารพสักการะแต่เพียงพระองค์” อัลกุรอาน (2:172) และโองการที่ว่า “โอ้มนุษย์ทั้งหลาย จงบริโภคสิ่งที่ดีที่ได้รับการอนุมัติ (ฮาลาล) และสิ่งที่ดี (ตอยยิบ) จากที่มีอยู่ในแผ่นดิน และจงอย่าปฏิบัติตามแนวทางของมารร้าย (ชัยฏอน) เพราะมันเป็นศัตรูอันชัดแจ้งของพวกเจ้า อัลกุรอาน (2:172)^{8,13} สรุปได้ว่าอาหารฮาลาล หมายถึง อาหารที่ได้มาถูกต้องตามหลักอิสลาม ครอบคลุมในเรื่องชนิดของอาหาร วิธีการปรุง วิธีการบริโภค และอาหารตอยยิบ หมายถึง อาหารคุณภาพดี สะอาด คุณค่าทางโภชนาการ และเหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือโรคนั้น¹⁴ จากบทบัญญัติของคัมภีร์อัลกุรอานจะเห็นว่าศาสนาอิสลามมีข้อกำหนดชัดเจนในการส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และเหมาะสมกับสุขภาพร่างกาย โดย ค่านึงถึงฮาลาลและตอยยิบ เพราะฉะนั้นกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยแล้วนอกจากจำเป็นต้องรับประทานอาหารฮาลาลที่ถูกต้องตามหลักศาสนาแล้ว ยังจำเป็นต้องรับประทานอาหารตอยยิบที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจอีกด้วย

2. การควบคุมน้ำหนักตัวและการรับประทานอาหารในปริมาณที่พอดี พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มากเกินไปความต้องการของร่างกาย ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ทั้งภาวะอ้วน โรคภัยต่าง ๆ อีกทั้งยังส่งผลต่อการเพิ่มความรุนแรงของโรคหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ซึ่งศาสนาอิสลามให้ความสำคัญในเรื่องปริมาณของ

การรับประทานอาหาร จากส่วนหนึ่งของบทบัญญัติที่ว่า “...จงกิน จงดื่ม และจงอย่าฟุ่มเฟือย แท้จริงพระองค์ไม่ชอบบรรดาผู้ที่ฟุ่มเฟือย (สุรยฺสุรฺย)” อัลกุรอาน (7:31) และจากคำสอนของศาสดาที่ว่า “...เพียงพอแล้วสำหรับลูกหลานอาดัมด้วยอาหารเพียงไม่กี่คำที่สามารถจะยกหลังของเขาได้ หรือจงเตรียมท้องไว้สามส่วน ส่วนหนึ่งสำหรับอาหาร ส่วนหนึ่งสำหรับเครื่องดื่ม และส่วนหนึ่งสำหรับลมหายใจ (บันทึกโดย อัตติรมีซี และอิบน์มาญะฮฺ)”^{8,14} สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรมีกำหนดปริมาณของอาหารที่รับประทานให้เหมาะสม โดยหลีกเลี่ยงทั้งอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมันสูง และโซเดียมสูง และเน้นในการรับประทานผัก ผลไม้ ธัญพืช เนื้อสัตว์ไขมันต่ำในสัดส่วนที่พอเหมาะ¹⁵

3. อาหารฮารอม หรืออาหารที่ต้องห้ามในการบริโภคตามบทบัญญัติทางศาสนา ได้แก่ ห้ามบริโภคสิ่งที่จะเป็นโทษหรือเป็นอันตรายต่อร่างกาย ห้ามบริโภคสิ่งเสพติดทุกชนิด เช่น ยาเสพติด บุหรี่ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และอาหารที่ต้องห้าม ได้แก่ ซากสัตว์ที่ตายไปแล้ว เนื้อสุกร สัตว์ที่ถูกเชือดเพื่อบูชายันต์ เลือดสัตว์ที่พุ่งออกจากการเชือด และสัตว์ที่ถูกเชือดโดยไม่กล่าวจากพระนามของอัลลอฮฺ^{14,16} ดังนั้น สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำเป็นที่จะต้องเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคโดยปราศจากอาหารที่ต้องห้ามตามหลักศาสนา

4. การถือศีลอดขณะเจ็บป่วย การถือศีลอดในช่วงเดือนรอมฎอน เป็นหลักปฏิบัติที่สำคัญสำหรับมุสลิมที่มีสติปัญญา บรรลุศาสนภาวะ มีพลานามัยที่แข็งแรงต้องปฏิบัติ การถือศีลอดมีผลทำให้สุขภาพแข็งแรง และเป็นการบำบัดโรคบางประเภท ขณะเดียวกันอาจมีบางโรคที่เป็นเหตุให้ไม่สามารถถือศีลอดได้ หรือสามารถทำได้แต่เป็นการ

ยากลำบาก หรืออาจก่ออันตรายให้กับตนเอง ศาสนาอิสลามจึงอนุญาตให้งดการถือศีลอดได้ หากการเจ็บป่วยด้วยโรคเป็นอุปสรรคต่อการถือศีลอด หรือการถือศีลอดจะก่อให้เกิดอันตราย อาการป่วยหนักมากขึ้น หรือทำให้อาการป่วยหายช้าลง ตามคำวินิจฉัยที่เป็นจริง และบุคคลนั้นจำเป็นที่จะต้องถือศีลอดชดใช้หลังหายจากอาการป่วย¹¹

5. บทบัญญัติในด้านอื่น ๆ เช่น การรับประทานอาหารเช้าถึงเวลา การล้างมือทำความสะอาดก่อนและหลังรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารเช้าด้วยมือขวา ไม่รับประทานเหมือนคนรื้อร่อน เป็นต้น^{14,16}

จะเห็นได้ว่าศาสนาอิสลามมีหลักคำสอนในการดูแลสุขภาพที่สามารถเชื่อมโยงสู่หลักวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ได้ ที่คงไว้บนหลักข้อเท็จจริงของศาสนา โดยส่งเสริมให้มนุษย์ใช้วิธีการรักษาเชิงการป้องกัน เพื่อให้ห่างไกลจากโรคภัย หรือการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคทวีความรุนแรงขึ้น สำหรับผู้ป่วยมุสลิมแล้วการดูแลสุขภาพมีความจำเป็นและมีความสำคัญบนหลักการศาสนาอิสลาม ซึ่งไม่สามารถปฏิเสธได้ ถึงแม้หลักการศาสนาไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือการรักษาโรคที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคใด

โรคหนึ่ง แต่ศาสนาอิสลามกำหนดหลักคำสอนในรูปแบบของภาพรวม โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรม

การรับประทานอาหาร เพราะฉะนั้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจนอกจากจะมีการรับรู้ที่เกี่ยวข้องโรคและการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมกับโรคแล้ว ยังจำเป็นที่จะต้องมีความสอดคล้องกับความเชื่อศาสนา

แนวทางการรับประทานอาหารตาม TLC diet^{15,17}

Therapeutic Lifestyle Change diet (TLC diet) คือ การปรับเปลี่ยนวิถีทางการดำเนินชีวิตด้านการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าลดน้ำหนักตัว และการออกกำลังกายให้มากขึ้น เพื่อเป้าหมายหลักในการลดระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอล และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อน หรือความรุนแรงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เน้นการเลือกรับประทานไขมันไม่อิ่มตัว แป้งไม่ขัดสี เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ และจำกัดอาหารพวกไขมันอิ่มตัว แป้งขัดสี และอาหารจำพวกไขมันทรานส์ โดยเน้นการประกอบอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง อบ ยำ ผัดน้ำมันน้อย แทนการทอดและแกงกะทิ^{9,10,12,22} ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงส่วนประกอบสารอาหารของ TLC Diet

สารอาหาร	ข้อแนะนำ
ไขมันรวม	25-35% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด
- ไขมันอิ่มตัว	น้อยกว่า 7% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด
- ไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง	ไม่เกิน 10% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด
- ไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว	20% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด

ตารางที่ 1 แสดงส่วนประกอบสารอาหารของ TLC Diet (ต่อ)

สารอาหาร	ข้อแนะนำ
คาร์โบไฮเดรต	50-60% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด
โปรตีน	15% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด
โคเลสเตอรอล	น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อวัน
ใยอาหาร	20-30 กรัมต่อวัน
พลังงานรวม	พลังงานที่ได้รับและพลังงานที่ใช้ไปควรมีคุณภาพ เพื่อคองน้ำหนักตัวให้พึงปรารถนา/ป้องกันน้ำหนักเกิน
ไขมันทรานส์	ควรบริโภคให้น้อยที่สุดหรือไม่เกินร้อยละ 1 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด

การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยยึดหลักอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามแนวทางดังนี้

1. กลุ่มไขมัน จัดเป็นสารอาหารหลักที่ให้พลังงานสูงที่สุดโดย 1 กรัมจะให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี ในแต่ละวันควรได้รับพลังงานจากไขมันร้อยละ 25-35 ของพลังงานทั้งหมด และในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรได้รับพลังงานจากไขมันน้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด นอกจากนี้ยังจะต้องคำนึงถึงประเภทของไขมันที่ควรเลือกรับประทานให้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยมีหลักการคือ เน้นอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวมากกว่าไขมันอิ่มตัวและลดไขมันทรานส์ให้น้อยที่สุด รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ไขมันอิ่มตัว เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะ แอลดีแอล

โคเลสเตอรอล และโคเลสเตอรอลรวมสูงขึ้น และจะลดระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลซึ่งจะส่งผลต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุด^{21,23}อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงที่ควรจำกัดหรือหลีกเลี่ยงที่มากจากพืชได้แก่กะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เป็นต้น และที่มาจากสัตว์ได้แก่ หนังไก่ เนื้อติดมัน ไขมันสัตว์ เป็นต้น

1.2 ไขมันทรานส์ เป็นไขมันที่ได้จากกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วนลงไปไขมันไม่อิ่มตัวทำให้มีคุณสมบัติไขมันเปลี่ยนไปจากสถานะของเหลวที่อุณหภูมิห้องเป็นของแข็งที่อุณหภูมิห้อง ไขมันทรานส์ควรจำกัดการรับประทานให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้เนื่องจากจะส่งผลเสียต่อร่างกายมากกว่าไขมันอิ่มตัว²³ ตัวอย่างแหล่งของไขมันทรานส์ เช่น เนยขาว เนยเทียม มากาเร็น ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมของไขมันทรานส์ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ เฟรนฟราย โดนัท โรตีส เป็นต้น

1.3 ไขมันไม่อิ่มตัว แบ่งเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ ได้แก่ ไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียวและไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง ไขมันไม่อิ่มตัวหกรับประทานในปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยในการลดระดับไขมันในเลือดได้ แหล่งที่พบไขมันกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มาจากน้ำมันพืชที่ใช้ประกอบอาหาร (ยกเว้นน้ำมันปาล์มและน้ำมันมะพร้าวมีปริมาณไขมันอิ่มตัวสูง) เช่น น้ำมันถั่วเหลือง ข้าวโพด เมล็ดดอกทานตะวัน เมล็ดดอกคาถาฝอย รำข้าว มะกอก^{20,24} คาโนล่า เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบในถั่วเปลือกแข็ง เช่น อัลมอนด์ เม็ดมะม่วงหิมพานต์ ถั่วลิสง ถั่วพิสตาชิโอ แมคคาเดเมีย เป็นต้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับคำสอนจากคำภีร์อัลกุรอานและวจนของท่านศาสดา ที่ว่า “จงปรุงรสอาหารด้วยน้ำมันมะกอกเนื่องจากมันเป็นต้นไม้แห่งศิริมงคล” (หะดีษระดับดี อิบ นิมาญะฮฺ, 3316)¹⁸ แสดงให้เห็นถึงศาสนาอิสลามสนับสนุนเรื่องการบริโภคไขมันไม่อิ่มตัว โดยเฉพาะ น้ำมันมะกอก เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกาย

2. กลุ่มเนื้อสัตว์ เป็นแหล่งโปรตีนที่สำคัญ แต่ในเนื้อสัตว์ยังคงมีไขมันอยู่ซึ่งมีความแตกต่างกันตามชนิดเนื้อสัตว์ หลักในการเลือกรับประทานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

เลือกเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ได้แก่ ปลา ออกไก่ไม่ติดหนัง เนื้อไม่ติดมัน เป็นต้น โดยเฉพาะในปลาเป็นแหล่งของไขมันชนิดไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่งที่ชื่อโอเมกาสาม ซึ่งมีส่วนช่วยในการป้องกันและลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้

3. กลุ่มข้าวแป้ง เป็นแหล่งพลังงานหลักของร่างกาย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรรับประทานกลุ่มข้าวแป้งที่ไม่ขัดสีเป็นหลักหรือกลุ่มข้าวแป้งที่มีใยอาหารสูง เนื่องจากข้าวแป้งกลุ่มนี้มีส่วนช่วยลดการดูดซึมของโคเลสเตอรอลและชะลอ

การเพิ่มของระดับน้ำตาลในเลือดให้นานขึ้น โดยมีหลักในการเลือกรับประทานดังนี้

3.1 อาหารประเภทข้าวแป้งไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ธัญพืช ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วแดง ลูกเดือย ข้าวโอ๊ต เป็นต้น ควรรับประทานให้มากที่สุดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่อาจจะต้องหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องจำกัดแร่ธาตุโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส

3.2 อาหารประเภทข้าวแป้งขัดสี ได้แก่ ข้าวขาว ข้าวเหนียว บะหมี่ ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง ซึ่งรับประทานได้ในปริมาณที่เหมาะสม

3.3 อาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้ ชา กาแฟ ขนมหวานต่าง ๆ ควรลดปริมาณให้มากที่สุด โดยในแต่ละวันควรบริโภคน้ำตาลไม่เกินวันละ 6 ช้อนชาหรือ ไม่เกิน 24 กรัมต่อวัน

4. กลุ่มผักผลไม้หลากสี เป็นแหล่งของวิตามิน เกลือแร่และใยอาหาร นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งของสารต้านอนุมูลอิสระ โดยแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้อย่างน้อยวันละ 5 กำมือหรือ 400 กรัมต่อวัน จะช่วยลด การเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอาการที่รุนแรงขึ้นของโรคหลอดเลือดหัวใจ²¹ ซึ่งในคำภีร์อัลกุรอานและวจนของท่านศาสดามูฮัมมัดได้ระบุถึงผลไม้ที่ประโยชน์หลายชนิด เช่น อินทผลัม ทับทิม องุ่น กัลย เห็ดขึ้นฉ่าย เป็นต้น

5. กลุ่มนม เป็นแหล่งของโปรตีนและแร่ธาตุที่สำคัญ นอกจากนี้แล้วยังมีไขมันอีกด้วย โดยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรเลือกบริโภคนมโยเกิร์ตหรือผลิตภัณฑ์ที่มาจากนมที่มีไขมันต่ำหรือขาดมันเนยหรือพร่องมันเนย สำหรับผู้ที่ไม่บริโภค



นม สามารถทดแทนด้วยเครื่องดื่มจากธัญพืช เช่น น้ำเต้าหู้ นำนมข้าว ชุปข้าวโพด เป็นต้น

6. การปรุงรสอาหาร

6.1 ลดอาหารที่มีโซเดียมสูง อาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูงส่วนใหญ่มักจะมีรสเค็ม ซึ่งจะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และหัวใจทำงานหนักมากขึ้น ดังนั้นผู้ช่วยควรลดปริมาณโซเดียมโดยไม่ นำอาหารที่มีปริมาณโซเดียมมาปรุงประกอบอาหาร เช่น กลุ่มอาหารหมักดองเค็ม (ปลาเค็ม ไข่เค็ม) กลุ่มอาหารสำเร็จรูป (อาหารกระป๋อง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป) และนอกจากนี้ควรระวังการปรุงรสเค็มในระหว่างประกอบอาหาร เช่น เกลือ น้ำปลา กะปิ น้ำบูดู ไตปลา ผงชูรส ผงปรุงรส ซอสปรุงรส ซอสหอยนางรม เป็นต้น และงดการปรุงรสเพิ่มหลังจากทำอาหารเสร็จแล้ว

6.2 การใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการปรุงประกอบอาหาร มีส่วนช่วยให้อาหารมีรสชาติดีขึ้น เช่น ขิง ข่า ตะไคร้ มะกรูด มะนาว ขมิ้น หอมกระเทียม พริกไทย เป็นต้น ตัวอย่างเมนูอาหารที่ใช้สมุนไพร เช่น ต้มยำ ต้มขมิ้น ต้มส้ม แกงเลียง เป็นต้น ซึ่งในคำภีร์อัลกุรอานและวจนะของท่านศาสดามูฮัมมัดได้ระบุถึงสมุนไพรที่ประโยชน์หลายชนิดที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและช่วยรักษาโรค เช่น พืชตระกูลข่า ขิง ยี่หระดำหรือเทียนดำ กระเทียม เป็นต้น

7. การประกอบอาหาร

7.1 ควรเลือกอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ย่าง อบ ยำ ผัดน้ำมันน้อย แทนการทอดและแกงกะทิ ซึ่งจากจะช่วยจำกัดปริมาณไขมันที่ได้รับต่อวันได้ หรือในบางกรณีไปงานเลี้ยง งานบุญ มีแกงกะทิ หากจะรับประทานของทอดให้รับประทานแต่ส่วนเนื้อ เพราะหนังสัตว์มีไขมันสูง และถ้าหากต้องการ

รับประทานแกงกะทิให้ตักเฉพาะเนื้อโดยไม่ตักน้ำแกง

7.2 หลีกเลี่ยงอาหารสำเร็จรูป หรืออาหารกึ่งสำเร็จรูป ได้แก่ อาหารกระป๋อง ลูกชิ้น แหนม ไส้กรอก ของหมักดอง ไข่เค็ม ปลาเค็ม เป็นต้น อาหารกลุ่มในนี้ส่วนใหญ่ประกอบไปด้วยโซเดียมสูง ซึ่งจะส่งผลต่อระดับความดันโลหิตสูง

8. การอ่านฉลากโภชนาการ เป็นการอ่านข้อมูลทางโภชนาการเพื่อประเมินสารอาหารที่มีในผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ โดยข้อมูลที่สำคัญได้แก่ ไขมัน โซเดียม และน้ำตาล ต่อหนึ่งหน่วยบริโภค

ตารางที่ 2 ปริมาณอาหารที่แนะนำให้รับประทานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

หมวดอาหาร	ปริมาณที่แนะนำ
ข้าวแบ่งไม่ขัดสี	8-10 ทัพพีต่อวัน
ผักตามฤดูกาล	3-5 ทัพพีต่อวัน
ผลไม้ตามฤดูกาล	2-4 กำมือต่อวัน
นมหรือโยเกิร์ตชนิดไขมันต่ำ	1-2 แก้วต่อวัน
เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ	8-10 ช้อนโต๊ะต่อวัน
น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก น้ำมันคาโนล่า น้ำมันดอกทานตะวัน	2-3 ช้อนชาต่อวัน
น้ำตาลและเกลือ	น้อยที่สุด

สรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาแล้ว สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ หากไม่ลดปัจจัยเสี่ยง ด้านพฤติกรรมรับประทานอาหาร และปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งศาสนาอิสลาม



ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรักษาโรค เมื่อเกิดโรคแล้วมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการรักษา โดยไม่ปล่อยให้ตนเองตกอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือสิ้นหวังในการรักษาโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพถือเป็นยาหรือการรักษารูปแบบหนึ่ง ดังนั้น สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจถึงแม้จะรับประทานยาตามแผนการรักษาแล้ว ยังต้องตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่จะสามารถลดและชะลอการเกิดโรคได้ และการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ศาสนาอิสลามมีหลักคำสอนในการดูแลตนเอง ที่สามารถเชื่อมโยงสู่หลักวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ได้ ที่คงไว้บนหลักข้อเท็จจริงของศาสนา โดยส่งเสริมให้มนุษย์ใช้วิธีการรักษาเชิงการป้องกัน เพื่อให้ห่างไกลจากโรคภัย หรือการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคที่วัดความรุนแรงขึ้น อีกทั้งมีข้อกำหนดชัดเจนในการส่งเสริมพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพและถูกต้องตามหลักศาสนา เพราะฉะนั้นกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักศาสนาแล้ว ยังจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจอีกด้วย ซึ่งการปรับรูปแบบอาหารพื้นบ้านตามความเคยชินของชาวไทยมุสลิมให้มีความสอดคล้องกับแนวทางการรับประทานอาหารตาม TLC diet จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น

พึงระลึกเสมอว่า อัลลอฮ์ (ซุบฮานะฮูวะตะอาลา) จะส่งบททดสอบโดยการกำหนดให้เราเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ (โรคหลอดเลือดหัวใจ) เราจึงจำเป็นต้อง

จะต้องหาวิธีการรักษาโรค โดยเฉพาะ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เพราะสุขภาพที่ดี ถือเป็นความรับผิดชอบ (อะมานะฮ์) ที่ยิ่งใหญ่สำหรับผู้ป่วยมุสลิม

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2559. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข. 2560.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาด. 2559.
3. Suwatanaviroj T, Yamwong S. Prevalence of coronary artery disease in different ethnic groups at a tertiary care hospital. J Med Assoc Thai. 2013;96(10):1298-1301.
4. Black JM, Hawks JH. Medical-Surgical nursing: Clinical management for positive outcome. 8th ed. St. Louis, MO: Saunders; 2010.
5. อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์, อาภรณ์ ดীনาน, กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2552;17(3):41-53.
6. De Souza RJ, Mente A, Maroleanu A, Cozma AI, Ha V, Kishibe T, et al. 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. 2015;351.



7. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำหรับวัยทำงาน. 2558.
8. ยูซุฟ นิมะ, สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2551.
9. ดวงตา สุวรรณรัตน์, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์, ไหมไทย ศรีแก้ว. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองพฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552;21(2):122-138.
10. ปาริชาติ คงเสื่อ, ปชานันท์ ตันติโกสม, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วารสารเกื้อการุณย์. 2557;21:168-184.
11. อิสมาอีลลุดฟี จะปะกียา. คู่มือผู้ป่วยและการจัดการตามหลักการอิสลาม. ยะลา: มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา. 2555.
12. พิกุล ดินามาส, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ทัศนาศูวรรณะปกรณ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. พยาบาลสาร. 2551; 35(3): 72-83.
13. Al-Jauziya IQ. Healing with the medicine of the Prophet (PBUH). Darussalam. 2003.
14. ซอफीยะห์ นิมะ, ยูซุฟ นิมะ. การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการส่งเสริมสุขภาพ: อาหารและโภชนาการ. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลา นครินทร์. 2552.
15. National Cholesterol Education Program Adult treatment. Detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) final report. 2002.
16. สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. รายงานฉบับสมบูรณ์ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2552.
17. James I. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. JAMA. 2001;285(19):285:2486-2497.
18. กษิติษฐ ศรีสง่า. การแพทย์ตามแนวทางท่านศาสดามุฮัมมัด ชล. กรุงเทพฯ: หจก. มาร์คเอ็มพรินติ้ง. 2558.
19. Nocella C, Cammisotto V, Fianchini L, D'Amico A, Novo M, Castellani V, et al. Extra Virgin Olive Oil and Cardiovascular Diseases: Benefits for Human Health. Endocrine, Metabolic & Immune Disorders - Drug Targets. 2018;18(1):4-13.



20. Dagfinn A, Edward G, Paolo B, Lars TF, NaNa K, Teresa N, et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and allcause mortality—a systematic review and doseresponse meta-analysis of prospective studies. *Int J Epidemiol.* 2017;46(3):1029-1056.
21. Hooper L, Martin N, Abdelhamid A, Davey SG. Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015;6.
22. Tantikosoom P. The effect of behavioral management program on blood cholesterol in patients with coronary revascularization. Degree of Doctor of Philosophy Program Nursing Science Faculty of Nursing Chulalongkorn University. 2010.
23. Wang DD, Hu FB. Dietary Fat and Risk of Cardiovascular Disease: Recent Controversies and Advances. *Annu Rev Nutr.* 2017;37:423-446.
24. Hooper L, Al-Khudairy L, Abdelhamid AS, Rees K, Brainard JS, Brown TJ, et al. Omega-6 fats for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
25. Mahshid D, Andrew M, Xiaohe Z, Sumathi S, Wei L, Viswanathan M, et al. Associations of fats and carbohydrate intake with cardiovascular disease and mortality in 18 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *Lancet.* 2017;390(10107):2050-2062.