

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค ต่อพฤติกรรม

การรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

Effects of a 4-week Promotion Program, based on Perceived Health Benefits and Barriers, on Eating Behavior among Muslim Patients with Coronary Heart Disease in Southern Thailand

ซารินะฮ์ ธานี^{1*} และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ¹

Sarinah Raneer^{1*} and Noraluk Uakit¹

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลปัตตานี เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ และระดับการศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 และ .70 ตามลำดับ และแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 และ .73 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา Dependent t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคสูง ($M=45.95$, $SD=2.95$) กว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ($M=28.55$, $SD=2.97$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคสูงกว่า ($M=45.95$, $SD=2.95$) กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 29.91$, $SD= 2.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค มีผลต่อการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ดี เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการรับประทานอาหาร, โรคหลอดเลือดหัวใจ, มุสลิม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Sarinah.raneer@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 087-2928028)



Abstract

The purpose of this quasi-experimental research study was to examine the effect of a health promoting perceived benefits and reducing perceived barriers program on eating behavior among Muslim patients with coronary heart disease in Southern Thailand. Patients with coronary heart disease, who were admitted in internal medicine wards of Pattani hospital, were selected by purposive sampling. Eligible patients were arranged to one control group (n=22) and one experimental group (n=22). Groups were matched by age, sex and educational level. All participants were from the Muslim religion. The control group received conventional nursing care while the experimental group received a 4-week health promotion program on perceived benefits and barriers, based on the Health Belief Model (Becker, 1974). Research instruments were the following questionnaires: a) demographic information, b) eating behavior, c) perceived benefits, and d) perceived barriers. Content validity index for these instruments were .92 and .83, respectively. The Cronbach's alpha were .70, and .73, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and t-test. The results revealed the following.

1. The mean score of eating behavior, after receiving the program regarding perceived benefits promoting, and perceived barriers reduction was significantly higher than before receiving the program ($M=45.95$, $SD=2.95$ and $M=28.55$, $SD=2.97$, respectively) at a statistical level of .05

2. The mean score of eating behavior, after receiving the program was significantly higher in the experimental group ($M = 45.95$, $SD= 2.95$), than the control group who received only the conventional nursing care ($M = 29.91$, $SD= 2.52$) at a statistical level of .05

Therefore, the program to promoting perceived benefits and reducing perceived barriers have effect on eating behavior among Muslim patients with coronary heart disease in Southern Thailand.

Keywords: Eating Behavior, Coronary Heart Disease, Southern Thailand

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี 2555 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 7.4 ล้านคน จากการเสียชีวิตทั้งหมด 56 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2014) สำหรับข้อมูลสถิติในประเทศไทย 3 ปีซ้อนหลัง ระหว่างปี 2556-2558 พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 26.9, 27.8, 28.9 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ซึ่งในปี 2558 ภาคใต้มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 31.9 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าภาคเหนือและภาคอีสาน โดยเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีประชากร

ส่วนใหญ่เป็นมุสลิม พบว่ามีอัตราการเสียชีวิต 27.9 ต่อประชากรแสนคน (Policy and Strategy Office, 2016) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีแนวโน้มเจ็บป่วย ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ (Suwatanaviroj, & Yamwong, 2013)

โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีการสะสมของคราบไขมัน บริเวณผนังของหลอดเลือดจนทำให้เกิดการอุดตันหรือตีบแคบ ส่งผลให้เลือดที่มีระดับออกซิเจนเข้มข้นไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ (American Heart Association, 2016; Libby, & Theroux, 2005) หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของหัวใจจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีภาวะหัวใจล้มเหลว จนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ (Black, & Hawks, 2010) ซึ่งปัจจุบันพบว่า วิธีการดูแลรักษาที่ได้รับการยอมรับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีทั้งรูปแบบการฉายา เช่น การรับประทานยาต้านเกร็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด การรักษาด้วยการทำหัตถการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น การขยายหลอดเลือด หรือการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการไม่ฉายา ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การลดความอ้วน ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ การป้องกันในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ได้แก่ การป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น ป้องกันการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Aroonsang, 2013) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาแล้ว สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ หากไม่ลดปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Darr, Astin, & Atkin, 2008; Smith, Benjamin, Bonow, Braun, Creager, Franklin et al., 2011) จากการศึกษาของ Cobb, Brown, & Davis (2006) พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารอย่างจริงจัง และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต สามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการรับประทานอาหารถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีสามารถลดและชะลอการเกิดโรคได้ และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ซึ่งพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมจะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (Boonmeesrisap, Deenan, & Chunlestskul, 2009) ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง การรับประทานไขมันทรานส์ และการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง (De Souza, Mente, Maroleanu, Cozma, Ha, Kishibe et al., 2015; Tantikosoom, 2010) จากความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลามที่ส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกัน และลดความรุนแรงของโรคได้ โดยกำหนดบทบัญญัติเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อเป็นแนวทางให้กับมุสลิมในการเลือกรับประทานอาหาร จากบทบัญญัติของคัมภีร์อัลกุรอานที่ว่า “โอ้มนุษย์ทั้งหลาย จงบริโภคสิ่งที่ได้รับการอนุมัติ (ฮาลาล) และสิ่งที่ดี (ตอยยิบ) จากที่มีอยู่ในแผ่นดิน..... อัลกุรอาน (2:172)” (Nima & Hasuwannakit, 2008; Niratchara, & Pattama, 2018)

จากบทบัญญัตินี้ดังกล่าว เห็นได้ว่า ศาสนาอิสลามมีข้อกำหนดชัดเจนในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพ และถูกต้องตามหลักศาสนา เพราะฉะนั้นกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักศาสนาแล้ว ยังจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจอีกด้วย



แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยมุสลิมยังคงรับประทานอาหารตามความเคยชิน รับประทาน ถูกหลักศาสนาแต่ไม่คำนึงถึงความเหมาะสมกับโรค เนื่องด้วยวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิม โดยเฉพาะมุสลิมใน ภาคใต้มีสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากภาคอื่น ๆ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างต่าง ไป โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร Dahlan (2010) ศึกษาพบว่า ชาวไทยมุสลิมในสามจังหวัด ชายแดนภาคใต้ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่แตกต่างจากชาวพุทธ ซึ่งลักษณะของอาหารที่ค่อนข้าง ไขมันและรสจัด ตลอดจนวิธีการปรุงอาหารและชนิดของไขมันที่ประกอบอาหาร สอดคล้องกับ Songteh (2011) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของมุสลิมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับ ปานกลาง ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยมุสลิม คือ การรับประทานอาหารที่มี ส่วนประกอบของ บูดู แกงกะทิ เช่น แกงมัสมั่น ซึ่งรับประทานมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 25 และ อาหารจำพวกแป้งและไขมันสูง ร้อยละ 14 สอดคล้องกับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่อยู่ใน ภาวะอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 40.5 ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะโภชนาการที่เกินมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง อันมีสาเหตุมา จากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และมากเกินความจำเป็นของร่างกาย Yeereem & Navicharern (2016) ศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับ ปานกลาง ซึ่งเป็นระดับที่ไม่เพียงพอต่อการควบคุมน้ำหนัก เนื่องจากภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ

จากงานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย กลุ่มนี้ ได้แก่ ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมและจัดกระทำได้ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ (Rahmati, Tavafian, Gholami, & Jafari, 2015; Hemwichian, Songwathana, & Kong-in, 2007 และปัจจัย ที่สามารถจัดกระทำได้ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล (Payukkaruk and Thato, 2013) การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยงของโรค (Rahmati, Tavafian, Gholami, & Jafari, 2015; Hemwichian, Songwathana, & Kong-in, 2007; Boonmeesrisap, Deenan, & Chunlestskul, 2009) โดยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์และมีสัมพันธ์กับการทำนายพฤติกรรมการสุขภาพอยู่ในอันดับต้น ๆ ของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการรับรู้ ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัย หมดประจำเดือน (Hemwichian, Songwathana, & Kong-in, 2007) อีกทั้งมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขต ภาคใต้ (Payukkaruk, & Thato, 2013) ส่วนการรับรู้อุปสรรค พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบและมีสัมพันธ์ การทำนายอยู่ในอันดับต้น ๆ ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Boonmeesrisap, Deenan, & Chunlestskul, 2009) จะเห็นได้ว่า ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ อุปสรรคมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) กล่าวว่า เป็น แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต่อการเจ็บป่วย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะ ลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค โดยที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้น อยู่กับความเชื่อ และเปรียบเทียบได้ว่าสิ่งนั้นก่อ ผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นจะเป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน หากบุคคล

รับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่หากรับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมนั้น ซึ่งในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ถือเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ บนพื้นฐานของความเชื่อทางศาสนาและวิถีชีวิต ซึ่งสามารถปรับได้ตามความเหมาะสม และไม่ผิดต่อความเชื่อทางศาสนา ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่สมดุล หากผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของอาหารที่เหมาะสมกับโรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ หากผู้ป่วยมีอุปสรรคมากกว่าก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นน้อยลง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหารและยาแบบย่อ 3 ครั้ง ใน 4 สัปดาห์ มีผลต่อการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (Sethares, & Elliott, 2004) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด โดย การให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Suwanarut, Thaniwattanon, & Srikeaw, 2009) จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แบบทั่วไป ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมในรายละเอียดด้านการรับรู้ความเชื่อ วิถีชีวิต และไม่ลงลึกในบริบทของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จากปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคที่มีความสัมพันธ์ และมีสัมประสิทธิ์การทำนายอยู่ในอันดับต้น ๆ กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีความสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) อีกทั้งยังไม่พบงานวิจัยเชิงทดลองที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อน และหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

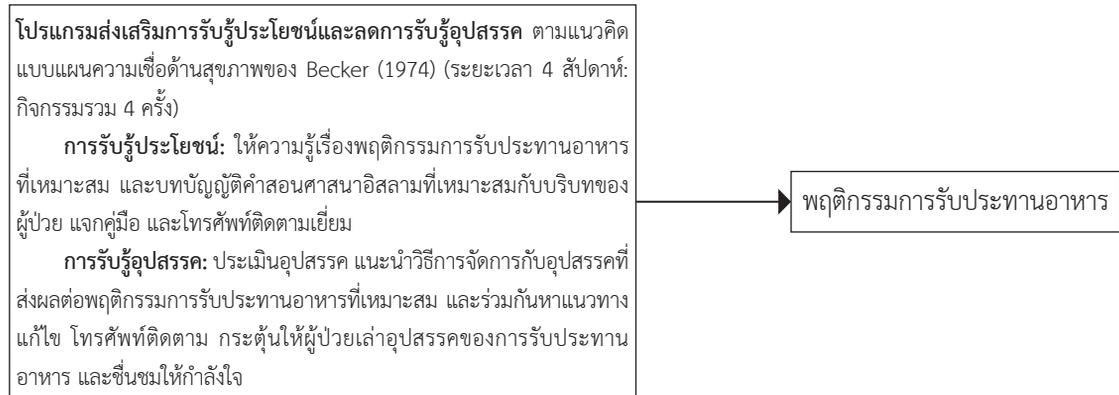
สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ



กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคที่ประยุกต์จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) โดยมีการประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ มีกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เพศชายและหญิง อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลปัตตานี ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistical Power Table) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) ที่ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 คน (Burns, & Grove, 2009) เลือกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจในช่วง 6 เดือนแรก มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาและการได้ยิน สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก

เกณฑ์ในการคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน ได้แก่ มีอาการเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีก 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดด้วยการจับคู่ (Matched Pairs) ในเรื่องเพศ อายุ และระดับการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อน แล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยในมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ดัดแปลงจาก Thai version of Heart Healthy Eating Questionnaire ของ Khongseua, Tantikosoom, & Ua-kit (2014) จำนวน 12 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติเดือนละครั้ง มีการปฏิบัติเดือนละ 2-3 ครั้ง มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง และมีการปฏิบัติทุกวัน การแปลผล คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 12 - 60 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) โดยการจัดกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1: สัปดาห์ที่ 1

1. ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Pre-test) (ใช้เวลา 10-15 นาที)

2. ผู้วิจัยให้ความรู้คำแนะนำตามแผนการสอนเป็นรายบุคคล โดยใช้แผ่นภาพนำเสนอ ประกอบด้วย เนื้อหาโรคหลอดเลือดหัวใจ แนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การอ่านฉลาก เป็นต้น ที่มีความสอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลาม แลเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ประเมินอุปสรรคที่เป็นสาเหตุของการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค พร้อมแนวทางแก้ไขร่วมกัน พร้อมทั้งแจกคู่มือ แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนเนื้อหาที่ผู้วิจัยให้ความรู้เมื่อกลับบ้าน (ใช้เวลา 30 นาที)

3. หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้วิจัยนัดหมายการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ตามวันและเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกจำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ตามลำดับ

ครั้งที่ 2-4: สัปดาห์ที่ 2-4 ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เป็นการทบทวนความรู้ ความเข้าใจและกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจผู้ป่วย และประเมินอุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน โดยโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้งรวม 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10-15 นาที และทำการนัดหมายเพื่อทำ Post-test ในสัปดาห์ที่ 5

การประเมินผล ทำในสัปดาห์ที่ 5 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดที่แผนกหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปัตตานี โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อทำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือด



หัวใจ (Post-test) 10-15 นาที หากผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ของพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยดัดแปลงจากแบบประเมิน Belief about Dietary Compliance scale (BDCS) ของ Bennett, Milgrom, Champion, & Huster, (1997) แปลภาษาไทยโดย Angkulkhajorn & Prechawong (2014) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 12 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง - ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom, Hastings, & Madaus (1971) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การรับรู้ไม่เหมาะสม	ได้คะแนนน้อยกว่า	ร้อยละ 60
การรับรู้เหมาะสมปานกลาง	ได้คะแนนน้อยกว่า	ร้อยละ 60-80
การรับรู้เหมาะสม	ได้คะแนน	ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ซึ่งกลุ่มทดลองได้ผ่านเกณฑ์การประเมินผล ร้อยละ 80 ทุกราย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 3 ส่วน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 2 คน พยาบาลผู้มีความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 คน นักโภชนาการ 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยทำการรวบรวมความเห็นของแบบสอบถามทั้งหมดที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ตรวจสอบแล้ว มาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารผู้ป่วยในมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92 และ .83 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (Burns & Grove, 2009) ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลปัตตานี เพื่อตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70, .73 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม - 16 สิงหาคม 2560 โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลดูแลตามปกติ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 30 กรกฎาคม - 30 กันยายน 2560 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารอย่างมีแบบแผน เป็นรายบุคคล และได้รับการติดตามประเมิน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง และประเมินแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังกิจกรรมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปัตตานี ในวันที่ 30 เมษายน 2560 (หมายเลขการรับรอง 003/2560) การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างในการถอนตัวออกจากการวิจัยตลอดการดำเนินวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	20	90.90	20	90.90
หญิง	2	9.10	2	9.10
อายุ				
น้อยกว่า 49 ปี	8	36.40	5	22.70
50 - 54 ปี	7	31.80	10	45.50
มากกว่า 55 ปี	7	31.80	7	31.80
อายุเฉลี่ย		51.40		52.20
สถานภาพ				
โสด	0	0	1	4.5
สมรส	22	100	21	95.50
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้ศึกษา	2	9.10	2	9.10
ประถมศึกษา	11	50	11	50
มัธยมศึกษา	8	36.40	8	36.40
ปริญญาตรี	1	4.50	1	4.5



ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่า 5,000 บาท	8	36.40	12	54.60
5,000-10,000 บาท	11	50	9	40.90
มากกว่า 10,000 บาท	3	13.60	1	4.50
อาชีพปัจจุบัน				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/รับจ้าง	7	31.80	9	40.90
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	22.70	5	22.70
เกษตรกร/ประมง	9	40.90	7	31.80
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	1	4.60	1	4.60
สิทธิการรักษา				
หลักประกันสุขภาพ	19	86.40	19	86.40
เบิกได้/ประกันสังคม	3	13.60	3	13.60
รูปแบบการรับประทานอาหาร				
ประกอบอาหารเอง	20	90.90	21	95.50
ซื้อหรือรับประทานอาหารนอกบ้าน	2	9.10	1	4.50
การวินิจฉัยโรค				
STEMI	9	40.90	6	27.30
NSTEMI	13	59.10	16	72.70

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.90 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 51.40 และ 52.20 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 97.70 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 50 กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกร/ประมง ร้อยละ 36.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท ส่วนกลุ่มทดลองพบว่า ประกอบอาชีพรับจ้าง/ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.90 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 86.40 นอกจากนี้ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยโรค NSTEMI มากที่สุด ร้อยละ 59.10 และ 72.70 ตามลำดับ และได้รับการวินิจฉัยโรค STEMI ร้อยละ 40.90 และ 27.30 ตามลำดับ ตลอดจนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีรูปแบบการรับประทานอาหาร โดยประกอบอาหารเองมากที่สุด ร้อยละ 90.9 และ 95.5 ตามลำดับ ซื้อหรือรับประทานอาหารนอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 9.10 และ 4.50 ตามลำดับ



2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	29.20	2.80	21	2.94	.01
หลังทดลอง	29.90	2.50			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	28.50	2.90	21	23.70	.001
หลังทดลอง	45.90	2.90			

$p < .05$

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลอง ($M=29.20$, $SD=2.80$) แตกต่างกับหลังการทดลอง ($M=29.90$, $SD=2.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนทดลอง ($M=28.50$, $SD=2.90$) แตกต่างกับหลังการทดลอง ($M=45.90$, $SD=2.90$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ก่อนทดลอง					
กลุ่มควบคุม	29.18	2.81	41.86	0.73	.47
กลุ่มทดลอง	28.50	2.97			
หลังทดลอง					
กลุ่มควบคุม	29.91	2.52	42	-19.38	.001
กลุ่มทดลอง	45.94	2.95			

$p < .05$

จากตาราง 3 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการ



ทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. คะแนนการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของกลุ่มทดลอง

ตาราง 4 คะแนนการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค	M	ร้อยละ	SD	Max	Min
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	31.09	51.82	3.04	28.00	38.00
หลังทดลอง	57.00	95.00	1.95	52.00	60.00

จากตาราง 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับเหมาะสม

อภิปรายผล

ผลการศึกษา เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนทดลอง ส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารมีความเหมาะสมเฉพาะโรค เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคที่ผู้วิจัยประยุกต์ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต่อการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรค โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความเชื่อ และเปรียบเทียบได้ว่าสิ่งนั้นก่อผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นจะเป็นปัญหาอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่หากรับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค

การรับรู้ประโยชน์ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างมีแบบแผน โดยส่งเสริมการรับรู้ให้คำแนะนำ ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการ แผนการรักษา อาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการกำเริบที่อาจเกิดขึ้นหากผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของ

การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและถูกต้องตามหลักอาหารอิสลาม (ฮาลาล) และอาหารเหมาะสมกับโรค (ตอยยิบ) ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรค ผู้วิจัยทำการประเมินอุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมรับประทานอาหาร พร้อมทั้งหาแนวทางจัดการร่วมกันอย่างเหมาะสม โดยให้คำแนะนำถึงวิธีการจัดการหรือหลีกเลี่ยงกับอุปสรรค ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยมุสลิม และไม่ขัดต่อหลักศาสนาอิสลาม ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และถูกต้องตามหลักฮาลาล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้แจกคู่มือ แนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้ที่ผู้วิจัยได้ให้ไว้หลังจากออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง 3 สัปดาห์รวม 3 ครั้ง เพื่อเป็นการทบทวนเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งยังเป็นการประเมินอุปสรรคของผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และหาแนวทางจัดการร่วมกัน และเน้นย้ำผู้ป่วยเรื่องการตระหนักถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ตลอดจนการชื่นชมและให้กำลังใจ โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยมุสลิม ต้องคำนึงถึงหลักอาหารที่เป็นที่อนุญาตตามหลักฮาลาล และมีคุณค่าทางโภชนาการหรือเหมาะสมกับการเจ็บป่วย (Nima, & Hasuwannakit, 2008) ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาไม่ว่าจะเป็นการขยายหลอดเลือด หรือการรับประทานยาตามแผนการรักษา หากผู้ป่วยยังคงรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรคก็ยังมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า พฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น (Boonmeesrisap, Deenan, & Chunlestskul, 2009)

ผลการศึกษาครั้งนี้ ยังเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานอาหารหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ก่อนการจำหน่าย ได้แก่ การสอนการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั่ว ๆ ไป เรื่องโรค การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ ในระยะเวลาการให้ข้อมูลที่จำกัด โดยกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการติดตามการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการแจกเอกสารหรือคู่มือการดูแลตนเอง และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ไม่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนให้ตระหนักเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจตามบทบัญญัติของศาสนา และเน้นย้ำในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมรับประทานอาหาร และไม่ได้รับการประเมินอุปสรรคที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นตัวกำกับการทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกราย ซึ่งอภิปรายได้ว่า กิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานอาหารที่กลุ่มทดลอง ได้รับจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ได้แก่ การให้ความรู้ที่มีแบบแผนเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของ



ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจ การได้รับคู่มือแนวทางการรับประทานอาหาร เพื่อนำกลับไปทบทวนที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ กิจกรรมดังกล่าว เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมรับประทานอาหาร ทั้งด้านการ ประเมินปัญหาอุปสรรค และการหาแนวทางจัดการร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Sethares, & Elliott (2004) ศึกษาการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องอาหารและยาแบบย่อ มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาในผู้ป่วยโรค หัวใจล้มเหลว และการศึกษาของ Angkulkhajorn, & Prechawong (2014) ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพ ด้าน การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารและยาของ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ และการศึกษาของ Chuaytaen, & Ua-kit (2016) ศึกษาการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้การจัดการอุปสรรค พบว่า มีผลต่อคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาที่สูงขึ้นของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี จะเห็นได้ว่าการศึกษาพฤติกรรมการรับประทาน อาหารของกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจมีความคล้ายคลึงกัน ในเรื่องการปรับความเชื่อและการรับรู้มีความเหมาะสม ควบคู่กับแผนการรักษาของแพทย์ และมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง โดยการ มีกิจกรรมต่าง ๆ มาเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ ที่เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิต การให้คู่มือ การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ซึ่งถือเป็นกิจกรรมที่แตกต่างจากการ พยาบาลปกติ มาเป็นกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคมีคะแนน พฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการให้ความรู้ที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของ ผู้ป่วย หรือแจกคู่มือ และการประเมินอุปสรรคตั้งแต่ในหอผู้ป่วยใน และสามารถทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ นักโภชนาการ ให้มีส่วนร่วมในการเน้นย้ำ และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับ ประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และดำเนินการติดตามผู้ป่วย เพื่อความต่อเนื่องและให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลควรมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นบทบาทอิสระในการส่งเสริมสุขภาพให้ ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ยังเป็นวิธีการที่จะช่วยประเมินปัญหาอุปสรรคที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทาน อาหารของผู้ป่วยเป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มระยะเวลาติดตามเพื่อประเมินผลในระยะยาว เช่น 3, 6 เดือน เพื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจในแต่ละช่วงเวลา และติดตามความต่อเนื่อง ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม



2. ควรมีการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคในระยะยาว เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไต เป็นต้น

References

- Angkulkhajorn, S., & Prechawong, S. (2014). The Effect of Health Promoting Program Applying Pender's Model on Dietary and Medication Adherence in Adult Patients with Heart Failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 25(2): 77-89. (in Thai)
- 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
- Aroonsang, P. (2013). *Nursing for Cardio and Vascula Disease*. Khonkaen: Klungnana. (in Thai)
- 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.
- Black, J. M. & Hawks, J. H. (2010). *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcome* St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- 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.
- Boonmeesrisap, A., Deenan, A., & Chunlestskul, K. (2009). Determinants of eating Behavior of Patients with Coronary Artery Heart Disease. *The journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 17(3): 41-53. (in Thai)
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization*. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Chuaytaen, T., & Ua-kit, N. (2016). The Effect of Promoting Perceived Benefits and Perceived Barriers Program on Medication Adherence of Myocardial Infarction Patients who underwent Percutaneous Coronary Intervention. *Sonklanakarind journal of Nursing*, 36(3): 56-74. (in Thai)
- Cobb, S. L., Brown, D. J., & Davis, L. L. (2006). Effective Interventions for Lifestyle Change After Myocardial Infarction or Coronary Artery Revascularization. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18: 31-39.



- Dahlan, W. (2553). *Identity Food of Malay - Thai in Southern Muslim Kitchen* Bangkok: The Halal Science Center Chulalongkorn University. (in Thai)
- 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.
- De Souza, R. J., Mente, A., Maroleanu, A., Cozma, A. I., Ha, V., Kishibe, T., et al. (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.
- Hemwichian, S., Songwathana, P., & Kong-in, W. (2007). Factors Influencing Preventive Behaviors for Cardiovascular Disease among Thai Muslim Menopausal Women. *Songkla Med J*, 25(5): 379-388. (in Thai)
- Khongseua, P., Tantikosoom, P., & Ua-kit, N. (2014). The Effect of Educative Support Nursing Program on Dietary Behaviors among Patients after Percutaneous Transluminal Coronary Intervention. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21: 168-185. (in Thai)
- Libby, P., & Theroux, P. (2005). Pathophysiology of Coronary Artery Disease. *Circulation*, 111(25): 3481-3488.
- Nima, Y. & Hasuwannakit, S. (2008). *Medical and Patient Care on Muslim way*. Songkla: the Research of Southern Health Systems *Sonklanakarind* University. (in Thai)
- Niratchara, L., & Pattama, S. (2018). Way of Life of Muslim People in Thailand's Southern Provinces, and Health Promoting Lifestyle. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2): 302-312. (in Thai)
- Payukkaruk, P., & Thato, R. (2013). Factors Predicting Health Promoting Lifestyles in Patients at Risk for Cardiovascular Disease in Southern Area. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 25(3): 81-92. (in Thai)
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. USA: Appleton and Lang.
- Piaseu N., Tatsanachantatane, D., Kittipoom, S., & Putwatana, P. (2009). Nutritional Knowledge, Attitude Toward Food, Food Behavior, and Nutritional Status among Nursing Students. *Rama Nurs J*, 15(1): 48-59. (in Thai)
- Policy and Strategy Office, The Permanent Secretary Office Ministry of Public Health. (2016). *Number and Rate of Death of Ischemic Heart Disease (I20-I25) Per Capita 100,000 People in 2007 - 2015*. Classified by Province Health Services And country Overview (Including Bangkok). (in Thai)



- 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.
- 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., Benjamin, E. J., Bonow, R. O., Braun, L. T., Creager, M. A., Franklin, B. A., et al, (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.
- Songteh, J. (2011). *Health Behaviors Contributing to Risks of Coronary Heart Disease among Thai Muslim in the Meesuwan 3 Community*. (Faculty of Public Health). Thammasat University. (in Thai)
- Suwanarut, D., Thaniwattananon, P., & Srikeaw, M. (2009). Effect of Behavioral Modification Program with Support Group on Nutritional Behaviors in Patients with Ischemic Heart Disease. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 21(2): 122-138. (in Thai)
- 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.
- 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/>
- Yeereem P., & Navichareern, R., (2016). Factors Related to Bweight Control Behaviors Among Obese Muslim Women in Lower Southern Region, Thailand. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27(2): 31-42. (in Thai)