



ผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะ
ไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง
Effects of Community Empowerment Program on Food Consumption Behaviors
for Hyperlipidemia Prevention in Muslim Women with Risk Factors of
Hyperlipidemia

คอรีย๊ะ ละปะนสา

Khoriyah Lahpunsu

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาลัทธิปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University

2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

| | |
|-----------------|--|
| ชื่อวิทยานิพนธ์ | ผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง |
| ผู้เขียน | นางสาวคอรียะห์ เลาะป็นสา |
| สาขาวิชา | การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน |

| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | คณะกรรมการสอบ |
|--|---|
| (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ) |ประธานกรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์) |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม |กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ) |
| (รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตสุนนท์) |กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตสุนนท์) |
| |กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์) |
| |กรรมการ (ดร.มารีสา สุวรรณราช) |

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งสว่าง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยชิ้นนี้มาจากการศึกษาของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมพร ปุณฺณโกสพรรณ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....
(นางสาวคอรีย๊ะ เลาะปนสา)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวคอรีย์เย๊ะ เลาะปนสา)

นักศึกษา

| | |
|-----------------|--|
| ชื่อวิทยานิพนธ์ | ผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง |
| ผู้เขียน | นางสาวคอรีย๊ะ เลาะปนสา |
| สาขาวิชา | การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน |
| ปีการศึกษา | 2561 |

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 60 ราย ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โดยการเลือกหมู่บ้านที่ประชากรมีลักษณะวิถีชีวิตและบริบทชุมชนที่มีความใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 2) แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัย 3) แบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารผ่านการตรวจสอบความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม สถิติทีคู่ และสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.59, p < .05$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.6, p < .001$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมพลังชุมชน

ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

| | |
|----------------------|--|
| Thesis Title | Effects of Community Empowerment Program on Food Consumption Behaviors for Hyperlipidemia Prevention in Muslim Women with Risk Factors of Hyperlipidemia |
| Author | Miss Khoriyah Lahpansa |
| Major Program | Community Nurse Practitioner |
| Academic year | 2018 |

ABSTACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a Community Empowerment Program on food consumption behavior to prevent hyperlipidemia in Muslim women who have risk factors for hyperlipidemia. The sample consisted of 60 Muslim women with risk factors for hyperlipidemia in a community in Songkla province. Subjects were purposively selected according to specific qualifications. They were assigned to experimental groups and control groups, 30 per group, by selecting villages in which the population had similar characteristics, lifestyles and community contexts. The experimental group received the Community Empowerment Program for 12 weeks and the control group received usual care. The research instruments included: 1) the Community Empowerment Program, 2) Sample screening form, 3) demographic data and health data form, and 4) Food consumption behavior to prevent hyperlipidemia questionnaire. Instruments were validated for their content by 3 experts. The reliability of food consumption behavior to prevent hyperlipidemia questionnaire was tested by 16 Muslim women with risk factors of hyperlipidemia, using Cronbach's alpha coefficient, which yielded the value of 0.74. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and independent t-test.

Results revealed that the posttest mean score of food consumption behavior between the experimental and control group were significantly different ($t = 3.59, p < .05$). In the experimental group, the mean score of food consumption behavior posttest was significantly higher than that at pretest ($t = -12.6, p < .001$). The finding of this study indicated that the

Community Empowerment Program is effective in modifying food consumption behaviors to prevent high blood cholesterol.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญ โสพรรณ และ รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตุนนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ ถ่ายทอดความรู้ให้ อย่างเต็มที่ จุดประกายความคิดอันทรงคุณค่า คอยดูแลเอาใจใส่ ส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจ และ ให้โอกาสแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึง ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์ รอง ศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ อารีย์ และนางรัชชก ไตรวรรณ ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัย ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสม ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำ ชี้แนะข้อบกพร่อง และให้แนวคิดที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา สร้างปัญญา และกระบวนการคิดให้กับผู้วิจัยอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์และการทำงาน

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน น้องๆในหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ความร่วมมือในการ ดำเนินงานต่างๆ เพื่อให้การทำวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมทั้งบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุน ช่วยเหลือตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ ที่เป็นแรงบันดาลใจ คอยสนับสนุนด้านการศึกษา และให้กำลังใจในการก้าวผ่านอุปสรรคต่างๆจนประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ขอขอบคุณเพื่อนๆ ที่คอยให้กำลังใจ และช่วยเหลืออยู่เคียงข้างกัน จนสำเร็จการศึกษา

ความสำเร็จในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นวิทยาทาน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเกิด ประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุข และประชาชนในชุมชนในการใช้โปรแกรมเสริมพลังชุมชนเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไขมันในเลือดสูง และโรคเรื้อรังต่างๆที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิต

คอรียะเยาะ เลาะปนาสา

สารบัญ

หน้า

| | |
|--|------|
| บทคัดย่อ..... | (5) |
| ABSTRACT..... | (7) |
| กิตติกรรมประกาศ..... | (9) |
| สารบัญ..... | (10) |
| รายการตาราง..... | (13) |
| รายการภาพประกอบ..... | (14) |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 5 |
| คำถามการวิจัย..... | 5 |
| กรอบแนวคิด/ทฤษฎี..... | 6 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 11 |
| นิยามคำศัพท์..... | 11 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 12 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 12 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 14 |
| ภาวะไขมันในเลือดสูงในมุสลิม..... | 15 |
| สถานการณ์การเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม..... | 16 |
| ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม..... | 17 |
| กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม..... | 20 |
| แนวทางการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม..... | 21 |
| พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม..... | 23 |
| แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม..... | 25 |
| ปัจจัยที่ส่งผลของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม..... | 36 |
| หลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม..... | 38 |

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

| | |
|--|-----|
| โปรแกรมการเสริมพลังชุมชนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสตรีมุสลิมในการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง..... | 42 |
| หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมพลังชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง..... | 42 |
| โปรแกรมเสริมพลังชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม..... | 45 |
| สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม..... | 47 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 49 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 49 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 52 |
| การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ..... | 57 |
| การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง..... | 58 |
| ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล..... | 58 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 63 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล..... | 64 |
| ผลการวิจัย..... | 65 |
| การอภิปรายผล..... | 72 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... | 83 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 83 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้..... | 84 |
| ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... | 85 |
| เอกสารอ้างอิง..... | 86 |
| ภาคผนวก..... | 94 |
| ก การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ..... | 95 |
| ข การวิเคราะห์เพิ่มเติมด้านภาวะสุขภาพภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน..... | 97 |
| ค การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง..... | 99 |
| ง เครื่องมือที่ใช้ในคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง..... | 101 |

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

| | |
|--|-----|
| จ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 104 |
| ฉ โปรแกรมเสริมพลังชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกัน ภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง.... | 109 |
| ช เอกสารรับรองโครงการวิจัย (จริยธรรมการวิจัย)..... | 164 |
| ซ ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 165 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 166 |

รายการตาราง

| ตาราง | หน้า |
|--|------|
| 1. เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่ม..... | 66 |
| 2. เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง..... | 68 |
| 3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t – test..... | 70 |
| 4. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลองของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t – test..... | 71 |
| 5. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t – test..... | 71 |
| 6. การทดสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธี Kolmogorov-Sminov Test.. | 95 |
| 7. การทดสอบความแปรปรวนภายในกลุ่ม (test of homogeneity of variance) ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน โดยใช้สถิติเลวี (Levene’s test)..... | 95 |
| 8. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมเสริมพลังชุมชน ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t – test..... | 97 |
| 9. เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลภาวะสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t – test..... | 98 |

รายการรูปภาพ

| ภาพ | หน้า |
|--|------|
| 1 แผนผังแสดงกรอบแนวคิดการศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง..... | 10 |
| 2 ขั้นตอนการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง..... | 56 |
| 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล และการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... | 62 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด จากผลสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557-2558 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะไขมันในเลือดสูง (มีระดับไขมันโคเลสเตอรอลรวม > 200 มก./ดล) มากถึงร้อยละ 43.8 โดยพบความชุกสูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และความชุกสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-69 ปี (วิชัย, 2557) ซึ่งระดับโคเลสเตอรอลในเลือดที่สูงขึ้น มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคเส้นเลือดหัวใจตีบและตันเพิ่มสูงขึ้นด้วย เนื่องจากระดับไขมันโคเลสเตอรอล มีอิทธิพลในการทำนายระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทิพวรรณ, 2554) และภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายเฉียบพลัน แต่ผู้ป่วยจำนวนมากไม่เคยทราบว่าตนเองมีโรคไขมันผิดปกติ (นิชิภัทร์, 2554) ดังนั้นการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จึงเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอื่น ๆ ได้ อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง นอกจากพันธุกรรมเพศ และอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้แล้ว สาเหตุหลักสำคัญที่พบได้บ่อย คือรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันโคเลสเตอรอลสูง หรืออาหารที่ให้พลังงานมากเกินไป ความต้องการของร่างกาย และการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น (พรชัย, 2554) ซึ่งเมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงสำหรับสตรีมุสลิม เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงพบว่า วิถีชีวิตของสตรีมุสลิมนิยมรับประทานอาหารจำพวกไขมัน แป้ง และน้ำตาล (นิรัชรา, 2561) ประกอบกับมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวทางกายในการทำกิจกรรมประจำวันและการปฏิบัติศาสนกิจว่าเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว (การิยา, 2550) ส่งผลให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง (นิรัชรา, 2561) เนื่องจากการออกกำลังกายในสตรีมุสลิมมีข้อจำกัดในด้านของการแต่งกายที่ต้องปกปิดมิดชิด การจัดเตรียมสถานที่ที่เป็นสัดส่วน ไม่มีการปะปนระหว่างชายหญิง และต้องมีผู้ดูแล (มะฮ์รออม) เป็นต้น ซึ่งปัญหาด้านพฤติกรรมดังกล่าวเหล่านี้ เป็นปัจจัยเสี่ยง

สำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม และเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ ถ้าสตรีมุสลิมมีความเข้าใจและตระหนักในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพราะการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของชนแต่ละกลุ่ม (Orem, 2001) การป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม โดยเน้นกระตุ้นให้เกิดการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสามารถกระทำได้ด้วยตนเองในวิถีชีวิตประจำวัน เพราะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน และจะดำรงอยู่ยาวนานเพียงใดขึ้นอยู่กับ การดูแลเอาใจใส่ในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในปัจจุบัน พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (therapeutic lifestyle changes [TLC]) เป็นกลวิธีอันดับแรกและมีความสำคัญในการป้องกันและควบคุมระดับไขมันในเลือดที่เกิดผลดี โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งมีส่วนช่วยในการลดระดับโคเลสเตอรอลอย่างเห็นได้ชัดเจน (Kelly et al., 2012) การลดระดับโคเลสเตอรอลและระดับไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำในเลือด ร่วมกับเพิ่มระดับไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นสูงในเลือด จะมีส่วนสำคัญในการช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ดังนั้นการควบคุมอาหารที่สำคัญก็คือลดการบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอล กรดไขมันอิ่มตัวสูง กรดไขมันชนิดทราน (trans fatty acid) และเพิ่มการบริโภคอาหารที่มีปริมาณของกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง ซึ่งจากหลากหลายการศึกษาพบว่า การบริโภคอาหารในลักษณะดังกล่าว มีผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลและระดับไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำในเลือดลดลง (นันทิมาศ, 2556; พรพรรณ, 2555; สุทธิลักษณ์, 2554; กัลยาณี, 2551; วิริยะ, 2551; G.S. Mannu et al, 2013; Clare straddling, 2012; Kelly et al, 2012; Da Woot, 2008) ดังนั้นการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเน้นให้สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม จึงเป็นกลวิธีสำคัญในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จนั้น ต้องอาศัยกระบวนการและรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลด้วย เนื่องจากบุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น บุคคลจะต้องมีความพร้อมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการประเมินขั้นของพฤติกรรมในแต่ละบุคคลก่อน และมีการจัดกิจกรรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมตามขั้นของพฤติกรรมในแต่ละบุคคลจึงมีความสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของผาณิต (2552) เกี่ยวกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Trans-theoretical model of change: TTM) พบว่า การใช้แนวคิดจิตวิทยาที่หลากหลายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องตามระยะพฤติกรรมของบุคคล สามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

อาหารและการออกกำลังกายได้ ส่งผลให้ระดับไขมันรวม และแอลดีแอลโคเลสเตอรอลลดลง แต่ข้อจำกัดของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ที่แม้ว่าจะประสบผลสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในระยะสั้นเท่านั้น เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานแตกต่างกันในการเปลี่ยนขั้นของพฤติกรรมในแต่ละบุคคล การมองข้ามปัจจัยแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (ผาณิต, 2552) ซึ่งเมื่อประชาชนยังอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ส่งผลให้ประชาชนกลับไปสู่พฤติกรรมเดิมได้ เนื่องจากรูปแบบกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมดังกล่าวเกิดจากผู้วิจัยเป็นคนกำหนดไว้ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติตาม เมื่อจบโปรแกรมฯ การปฏิบัติต่างๆก็อาจจบตามด้วย

การศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน พบว่าจำเป็นต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากสังคมหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (สุวรรณ, 2552) ดังเช่นการศึกษารูปแบบการดำเนินงาน โดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชนของกานตันะรัตน์ (2558) พบว่าสามารถพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง เกิดนวัตกรรมในชุมชน ทำให้ประชาชนในชุมชนมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง และเกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาของชุมชนได้อย่างยั่งยืน เช่นเดียวกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาวะผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันของชุมชน พบว่า มีผลต่อศักยภาพของชุมชนในการสร้างให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งในเรื่องของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (เอกศักดิ์, 2557) และการศึกษาการเสริมพลัง โดยใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองในชุมชนได้ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (กัตติกาและคณะ, 2554)

นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผล ควรสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิต ได้มีการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของสตรีมุสลิม ซึ่งพบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมอย่างได้ผล อาทิเช่น การศึกษาของจาตุรนต์และคณะ (2553) พบว่า การใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตมุสลิมสามารถทำให้ผู้ป่วยมุสลิมในประเทศไทยที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยาเองในช่วงเดือนถือศีลอดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการใช้การเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการนำหลักการของศาสนาอิสลามที่ส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคต่างๆ เช่น การไม่บริโภคอาหารเกินพอดี และการบริโภคอาหารที่อยู่บนความไม่ฟุ่มเฟือย เป็นต้น (วงศ์เทพ และชูชีพ, 2552) และใช้ทุนทางสังคมที่หลากหลายของบริบทมุสลิม เช่น ผู้นำศาสนา ซึ่งมีความใกล้ชิดและเป็นที่ยอมรับของประชาชน ในระดับชุมชน (ปราณี, 2553) มาใช้ร่วมในการออกแบบกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสตรีมุสลิม เป็น

อีกหนึ่งในกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลสำเร็จในระยะยาว เนื่องจากวิถีชีวิตของสตรีมุสลิมมีความสัมพันธ์กับศาสนาอิสลามในทุกกิจกรรมการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน โครงสร้างของศาสนาอิสลามมีผู้นำศาสนา เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมประสานด้านการปฏิบัติจากการถ่ายทอดหลักศรัทธาและหลักคำสอนต่างๆสู่การปฏิบัติ (บุญเรือง, 2553) ซึ่งเป็นการผสมผสานความเชื่อตามหลักศาสนาในการส่งเสริมแรงจูงใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสตรีมุสลิม สามารถกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการปฏิบัติและพัฒนาระบบให้เกิดเป็นรูปธรรมและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืนในสตรีมุสลิม

การเสริมพลังชุมชนส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ได้มีการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมขึ้นเพื่อใช้แก้ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนให้เกิดความยั่งยืน เช่น การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานของเยาวชน (2555) และการพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีน้ำหนักเกินของอารียา (2559) ซึ่งทั้งสองโปรแกรมได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังชุมชน ตามแบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (way of promoting a healthy community) (Boonyasopun, 2000) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายต่างๆในชุมชนในการร่วมคิดและกำหนดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากความความต้องการของคนในชุมชน และใช้หลักศาสนาที่มีความจำเพาะสำหรับวิถีชีวิตของสตรีมุสลิม (อารียา, 2559) เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชนมุสลิม ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคล พบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีความเหมาะสม มีความง่ายและสามารถนำไปใช้ได้จริง นอกจากนี้มีการศึกษาของไพบูลย์ (2557) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชน มีการพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง เกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถทำให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น และการศึกษาของมินตราและคณะ (2553) เกี่ยวกับผลของการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเน้นการจัดกิจกรรมในกลุ่มแกนนำประชาชนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประชาชนสามารถทำได้ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานดีขึ้น ค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวในเพศหญิงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม ต้องอาศัยทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล คือ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการสนับสนุนจากปัจจัยภายนอก คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตและวัฒนธรรมในชุมชนนั้นด้วย เพื่อให้ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งจากบททวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่มีการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สำหรับสตรีมุสลิมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับบริบทชุมชนมุสลิม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสตรีมุสลิมเพื่อให้เกิดผลในระยะยาวที่ยั่งยืน โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ร่วมกับการบูรณาการแนวคิดการเสริมพลังชุมชน ตามแบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (way of promoting a healthy community) และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Trans-theoretical model of change) ในการกำหนดรูปแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของสตรีมุสลิม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืนในการปฏิบัติ สามารถป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมเสริมพลังชุมชน และกลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมฯ

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน สูงกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมฯ หรือไม่
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรือไม่

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดหลัก 2 กรอบ ได้แก่ แนวคิดการเสริมพลังชุมชน ซึ่งเป็นแนวคิดหลักในการเสริมพลัง เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมการมีส่วนร่วมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน และแนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคล รวมทั้งบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้หลักโภชนาการ และแนวทางการบริโภคอาหารตามหลักศาสนาอิสลาม ในการจัดรูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของสตรีมุสลิม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. แนวคิดการเสริมพลังชุมชน ตามแบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (Way of promoting a healthy community) (Boonyasopun, 2000) เป็นกลวิธีในขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ซึ่งใช้ในกระบวนการเสริมพลังชุมชน เพื่อสนับสนุนกิจกรรมชุมชนเข้มแข็ง ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

1.1 ระยะสะสมพลัง (Getting together-collecting power) มีการรวมกลุ่มแกนนำและสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อเสริมพลังชุมชนโดยปลุกกระตุ้น รวมคน รวมใจ คั้นค่านิยม และรวบรวมฝัน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้และตระหนักต่อปัญหา

1.2 ระยะสมดุลพลัง (Balancing power) เป็นระยะที่มีการพัฒนาความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม โดยใช้กลวิธีเสริมพลังด้วยการร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสริมกำลังใจให้การยอมรับ เสนอทางเลือกที่มีอยู่ และตัดสินใจเลือก ซึ่งทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน เพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

1.3 ระยะแสดงพลัง (Exercising power) เป็นการนำผลการตัดสินใจทางเลือกในระยะสมดุลพลังมาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยการแสดงพลังความสามารถของชุมชน เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ด้วยความร่วมมือของบุคลากรในชุมชน และปรับโครงสร้างและสภาพแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อการปรับพฤติกรรม

2. แนวคิดแบบจำลองขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical Model: TTM or Stage of change) ของ โปรชาสกา ดิคลิเมนต์ และ นอร์ครอส (Prochaska, DiClemente and Norcross, 1992) โดยนำมาใช้ในการประเมินระยะของพฤติกรรมของสตรีมุสลิม ซึ่งประกอบด้วย 5 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนคิดตัดสินใจ หรือระยะที่ยังไม่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Pre-contemplation) 2) ระยะคิดตัดสินใจ หรือระยะเริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Contemplation) 3) ระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ หรือระยะพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Preparation

or Ready for action) 4) ระยะปฏิบัติหรือระยะเริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Action) และ 5) ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม หรือระยะพฤติกรรมยั่งยืน (Maintenance) โดยเลือกสตรึงมุสลิมที่อยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 และนำกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 10 วิธี คือ กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (Cognitive Process) ประกอบด้วย 5 เทคนิค คือ 1) การปลุกจิตสำนึกสร้างความตระหนัก (Consciousness raising) 2) การเร้าอารมณ์และความรู้สึก (Dramatic relief) 3) การประเมินตนเอง (Self-revaluation) 4) การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ (Social-liberation) และ 5) การทำพันธะสัญญากับตนเอง (Self - liberation) และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Processes) ประกอบด้วย 5 เทคนิค ดังนี้ 1) การหาแรงสนับสนุนทางสังคม (Helping relationships) 2) การทดแทนด้วยสิ่งอื่น (Counter-conditioning) 3) การประเมินผลของพฤติกรรมเดิมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น (Environmental reevaluation) 4) การลดอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่ (Stimulus control) และ 5) การให้แรงเสริม (Reinforcement management)

3. หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้หลักโภชนาการและแนวทางการบริโภคอาหารตามหลักศาสนาอิสลาม ดังนี้

3.1 หลักโภชนาบำบัดเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ การควบคุมอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย การลดพลังงานจากอาหารที่บริโภคจากเดิมลงวันละ 500 - 1,000 กิโลแคลอรี (พัชนันท์, 2555) โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายต่ำ (BMI < 18) ควรได้รับสารอาหารประมาณ 1,800 กิโลแคลอรี ดัชนีมวลกายปกติ (BMI 18 – 24.9) ควรได้รับ 1,600 กิโลแคลอรี และผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน (BMI > 25) ควรได้รับไม่เกิน 1,200 - 1,600 กิโลแคลอรี นอกจากนี้ต้องมีการกำหนดชนิดและสัดส่วนของสารอาหารที่ควรได้รับร่วมด้วย โดยเน้นการลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง และเพิ่มการบริโภคผักมากขึ้น (นันทิมาศ, 2556; พรพรรณ, 2555; สุทธิลักษณ์, 2554; กัลยาณี, 2551; วิริยะ, 2551; G.S.Mannu et al, 2013; Clare straddling, 2012; Kelly et al, 2012; Da Woot, 2008)

3.2 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม ซึ่งได้แก่ การส่งเสริมให้มีการบริโภคอาหารจากสิ่งที่มีคุณค่า (ชะลาล) และสิ่งที่เป็นประโยชน์ (ดีอัยยิบ) โดยเน้นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และการส่งเสริมไม่ให้บริโภคเกินพอดี โดยปฏิบัติตามจริยวัตรของท่านศาสดา คือ การแบ่งห้องออกเป็นสามส่วน ส่วนที่ 1 คืออาหาร ส่วนที่ 2 คือน้ำ และส่วนที่ 3 คือลมหายใจ และให้รับประทานอาหารเมื่อถึงเวลา ไม่รับประทานสิ่งที่มีโทษ อันตราย และสิ่งที่ห้ามที่ระบุชัดเจนในอัลกุรอานและฮาดิษ นอกจากนี้ควรกินและดื่มอาหารหลายๆอย่างหมุนเวียนกันไป

ไม่กินหรือดื่मอาหารเพียงชนิดใดชนิดหนึ่ง และควรกล่าวพระนามของพระเจ้าก่อนรับประทานอาหาร และกล่าวสรรเสริญพระองค์ภายหลังการรับประทานอาหาร (กษิติชัย, 2548)

จากกรอบแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยนำมาใช้ในการจัดทำโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ซึ่งขั้นตอนกิจกรรมใน โปรแกรม เริ่มต้นจากการรวมกลุ่มกันของสตรีมุสลิมและแกนนำในชุมชน นำมาจัดกิจกรรมตามระยะของการเสริมพลัง ดังนี้

1. ระยะสะสมพลัง

1.1 ระดับชุมชน ใช้กลวิธีปลุกกระดมด้วยการนำเสนอสถานการณ์ปัญหา และสร้างค่านิยมด้วยการค้นหาทรัพยากรในชุมชน แล้วร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุปัญหา และรวบรวมฝันด้วยการร่วมกำหนดแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาไข่ม้นในเลือดสูงตามความต้องการของชุมชน

1.2 ระดับบุคคล ใช้กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด คือ การประเมินตนเอง (self-reevaluation) โดยให้สตรีมุสลิมทบทวนและประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ที่ได้กระทำผ่านมา และสิ่งใดบ้างที่จะส่งผลกระทบต่ออนาคต ทั้งในด้านความรู้ความเข้าใจ และผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และใช้เทคนิคการรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ (Social-liberation) โดยกระตุ้นให้สตรีมุสลิมจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อจะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เช่น การส่งเสริมการปลูกผักพื้นบ้านกินเองในครอบครัว หมู่บ้าน หรือชุมชน เป็นต้น

2. ระยะสมดุลพลัง

2.1 ระดับชุมชน มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิก และส่งเสริมให้กำลังใจด้วยคำพูดและการกำหนดสิ่งจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนสมาชิกกลุ่มได้ข้อสรุปร่วมของรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

2.2 ระดับบุคคล ใช้เทคนิคการทำพันธสัญญากับตนเอง (Self-liberation) เป็นการสนับสนุนให้สตรีมุสลิม พัฒนาความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยกำหนดแนวทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง เหมาะสมกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมที่เป็นอยู่ และเทคนิคการให้แรงเสริม (reinforcement management) เป็นการให้แรงจูงใจเพื่อเสริมกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น การกล่าวคำชมเชย เมื่อสตรีมุสลิมสามารถปรับเปลี่ยนอาหารได้ เป็นต้น

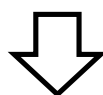
3. ระยะแสดงผลพลัง

3.1 ระดับชุมชน เป็นระยะที่นำรูปแบบการดำเนินงานที่เลือก มาปฏิบัติตามแผนที่กำหนดและสรุปผลการดำเนินงานทั้งหมด

3.2 ระดับบุคคล ใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 เทคนิค เพื่อให้สตรีมุสลิมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ได้แก่ 1) การหาแรงสนับสนุนทางสังคม (helping relationship) เช่น การสนับสนุนของครอบครัว ในการช่วยกันดูแลเอาใจใส่ สนับสนุนและช่วยเหลือ เพื่อส่งเสริมให้สตรีมุสลิมมีการสร้างพฤติกรรมใหม่ เช่น การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม การติดตามหรือคัดเตือนในการเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ลดอาหารไขมันสูง 2) การทดแทนด้วยสิ่งอื่น (counter conditioning) เป็นการเลือกพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์มาปฏิบัติแทนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การทดแทนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงของสตรีมุสลิม ด้วยการบริโภคอาหารที่มีผักมากขึ้น เป็นต้น 3) การประเมินผลของพฤติกรรมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น (environmental reevaluation) เป็นการประเมินความรู้และความรู้สึกของสตรีมุสลิมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ต่อพฤติกรรมของตนเองว่ามีผลต่อสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลรอบข้าง กิจกรรมในขั้นตอนนี้ คือ ให้สตรีมุสลิมเข้าใจและตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเองว่าเป็นแบบอย่างที่ดีและไม่ดี ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เพื่อสุขภาพตนเองและคนรอบข้าง 4) การลดอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่ (stimulus control) เช่น การส่งเสริมให้สตรีมุสลิมหรือผู้ปรุงอาหาร มีการปรับอาหารที่ลดมัน เลือกเมนูอาหารที่มีผักมากขึ้น การเพิ่มการออกกำลังกายโดยการรวมกลุ่มกันของสตรีมุสลิม เป็นต้น 5) การให้แรงเสริม (reinforcement management) เป็นการให้แรงจูงใจเพื่อเสริมกำลังใจหลังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำเร็จ เช่น การเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเปิดใจ ระบายความรู้สึกหลังเข้าร่วมโปรแกรม และมอบเกียรติบัตรพร้อมของรางวัลสำหรับผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ เป็นต้น

ทั้งนี้ในแต่ละขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้นำเอาหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ ร่วมกับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม มาใช้ประกอบกับรูปแบบของกิจกรรมที่มาจากการทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้คัดเลือกรูปแบบกิจกรรมที่มีประสิทธิผล คุณลักษณะของประชากรใกล้เคียงและสอดคล้องกับบริบทของประชากรมุสลิมที่ผู้วิจัยกำลังศึกษา ซึ่งองค์ประกอบและรูปแบบของกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคในระยะเวลาอย่างยั่งยืน ซึ่งสามารถแสดงรายละเอียดเป็นแผนภาพได้ ดังนี้

| โปรแกรมเสริมพลังชุมชน | | |
|---|---|--|
| การเสริมพลังชุมชนตามแบบจำลองวิถีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (ปรับพฤติกรรมระดับชุมชน) ประกอบด้วย 3 ระยะ | แบบจำลองขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (TTM) (ปรับพฤติกรรมระดับบุคคล) | |
| ระยะ สะสม พลัง | <p>รวมกลุ่มสตรีมุสลิมและคัดเลือกแกนนำเพื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปลูกระดมทุน : เสนอสถานการณ์ปัญหา - รวมคน รวมใจ : ร่วมคิดวิเคราะห์ถึงสาเหตุ - ค้นค่านิยมร่วม : ค้นหาทรัพยากรในชุมชน - รวบรวมฝัน : สรุปรูปแผนปฏิบัติการของชุมชน ลงนามทำอามานะฮ์ (ข้อตกลงร่วม) | <p>ใช้กระบวนการปรับความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินตนเอง : สตรีมุสลิมทบทวน/ประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ผ่านมา - การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรม : สตรีมุสลิมมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร |
| ระยะ สมดุล พลัง | <p>สตรีมุสลิมและแกนนำทำกิจกรรมกลุ่ม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร่วมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยน - ประสพการณ์ระหว่างกัน และตัวแบบ - เสริมกำลังใจ ให้การยอมรับระหว่างกัน - เสนอทางเลือกและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ | <p>ใช้เทคนิคการทำพันธะสัญญากับตนเอง โดยกำหนดแนวทางเลือกที่ตรงกับความต้องการของตนเองและชุมชน และเทคนิคการให้แรงเสริม โดยการให้แรงจูงใจเพื่อเสริมกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม</p> |
| ระยะ แสดง พลัง | <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแผนที่ร่วมกำหนดโดยสมาชิก - ติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาโดยเจ้าหน้าที่ | <p>ใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การหาแรงสนับสนุนทางสังคม 2) การทดแทนด้วยสิ่งอื่น 3.) การประเมินผลของพฤติกรรมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น 4.) การลดอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่ |
| <p>ใช้หลักโภชนาบำบัดและแนวทางการบริโภคอาหารตามหลักศาสนาอิสลาม</p> <p>ได้แก่ การควบคุมอาหาร โดยกำหนดชนิดและสัดส่วนของสารอาหารที่ควรได้รับ เน้นลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง และเพิ่มการบริโภคผักมากขึ้น ร่วมกับส่งเสริมการบริโภคอาหารจากสิ่งที่มีคุณค่า (ชะลัด) และสิ่งที่เป็นประโยชน์ (ด้อยยิบ) โดยแบ่งท้องเป็น 3 ส่วน คือ อาหาร น้ำ และลมหายใจ ตามแนวทางของศาสนา</p> | | |



**พฤติกรรมบริโภค
อาหารของสตรีมุสลิม**

ภาพ 1. แผนผังแสดงกรอบแนวคิดการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม หลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมเสริมพลังชุมชน คือ ชุดกิจกรรมที่ใช้ในการเสริมพลังสตรีมุสลิมและแกนนำในการร่วมดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย แนวทางการใช้โปรแกรม แผนการเสริมพลังชุมชนและคู่มือการใช้โปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากโปรแกรมการเสริมพลังชุมชนของอารียา (2559) ซึ่งพัฒนาโดยใช้แบบจำลองวิถีการสร้างความสุขภาวะชุมชน (Way of promoting a healthy community) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสะสมพลัง ระยะสมดุลพลัง และระยะแสดงพลังควบคู่กับการใช้แนวคิดแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Trans-theoretical model of change : TTM) มาใช้ในการประเมินระยะของพฤติกรรม และเลือกสตรีมุสลิมที่อยู่ในระยะที่ 3 (ระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ) และระยะที่ 4 (ระยะปฏิบัติ) และใช้หลักโภชนาบำบัดร่วมกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลามเป็นเนื้อหาของโปรแกรม โดยผู้ใช้โปรแกรม คือ พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเมินผลด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ การปฏิบัติตัวของสตรีมุสลิม ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในด้านพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์ใช้จากแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดของผาณิต (2552) หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ

3. สตรีมุสลิมที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง สตรีมุสลิมอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป (จากทั้งหมด 5 ข้อ) ดังนี้ 1) มีประวัติครอบครัวเป็นภาวะไขมันในเลือดสูงหรือโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80 - 89

มีลิเทียมพรอทในขณะพัก (Pre-HT) 3) ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตั้งแต่ 100 มก./ดล. (Pre - DM) 4) ผู้ที่มีภาวะอ้วน หรือดัชนีมวลกายผิดปกติ (ดัชนีมวลกาย > 25 กก./ม.2) และ 5) มีรอบเวาเกินมาตรฐาน (มากกว่า 80 เซนติเมตร)

4. โปรแกรมการพยาบาลตามปกติ คือ การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในชุมชนตามแนวทางการดำเนินงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ตามหลักการดำเนินงานของคลินิกไร้พุง (Diet & Physical Activity Change Clinic: DPAC) เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) กำหนดเป้าหมาย และวางแผนการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และมีการนัดติดตามและประเมินผล (6 เดือน) โดยนัดทุก 1-2 เดือน และนัดประเมินภาวะสุขภาพเป็นระยะ 2 - 3 เดือน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental design) ชนิดสองกลุ่ม โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Two group pre-post test design) เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมพลังชุมชน ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ศึกษาในชุมชนที่มีประชากรมุสลิมแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จัดกิจกรรมในช่วงระยะเวลาเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2561

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สตรีมุสลิมมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว ทำให้สามารถลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ลดอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเรื้อรังอื่น ๆ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น

2. เจ้าหน้าที่และบุคลากรที่มีสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิ มีแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสมกับผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะสตรีมุสลิม และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ วิถีชีวิตของประชาชน

3. การส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน เพิ่มศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชนที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตมุสลิม โดยสนับสนุนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม
 - 1.1 สถานการณ์การเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม
 - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม
 - 1.3 กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม
 - 1.4 แนวทางการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม
 - 2.1 แนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม
 - 2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม
 - 2.3 หลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม
3. โปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม
 - 3.1 หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมพลังชุมชนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสตรีมุสลิมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
 - 3.2 โปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม
4. สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

ภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม

ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) หมายถึง การที่มีระดับโคเลสเตอรอล (total cholesterol ; TC) ระดับไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein; LDL-C) และระดับไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride ; TG) ในเลือดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ร่วมกับการมีไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นสูง (high density lipoprotein; HDL-C) ในเลือดอยู่ในระดับต่ำ หรือมีระดับไขมันผิดปกติแบบใดแบบหนึ่งร่วมกัน 2 อย่างขึ้นไป (พรชัย, 2554) เป็นภาวะที่ร่างกายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) และก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery diseases) ตามมา โดยการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น ควรมีระดับไขมันในเลือดดังนี้ คือ TC < 200 มก/ดล, LDL-C < 100 มก/ดล, HDL-C > 40 มก/ดล และ TG < 150 มก/ดล (พรชัย, 2554) การตรวจประเมินเพื่อคัดกรองภาวะไขมันเลือดสูงในประเทศไทย ได้มีคำแนะนำการตรวจระดับไขมันในเลือดตามแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ให้ตรวจคัดกรองโรคไขมันในเลือดผิดปกติในประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและตรวจคัดกรองในประชากรทั่วไป คือ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป โดยตรวจระดับไขมันโคเลสเตอรอลรวม ไขมันชนิด HDL และ TG ทุก 3 - 5 ปี (สุรจิต และคณะ, 2552) ซึ่งการประเมินระดับไขมันในเลือด จะประเมินจากการเจาะเลือดหลังงดอาหาร 9 - 12 ชั่วโมง และส่งตัวอย่างเลือดตรวจในห้องปฏิบัติการ

สาเหตุของภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด เกิดขึ้นได้จากหลากหลายสาเหตุ โดยสาเหตุหลักๆ สามารถแบ่งได้ 3 ประการ (พรชัย, 2554) ดังนี้

1. ภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติปฐมภูมิ (Primary dyslipidemia) เป็นความผิดปกติจากสาเหตุทางพันธุกรรม เช่น ภาวะ Polygenic hypercholesterolemia เป็นต้น
2. ภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติทุติยภูมิ (Secondary dyslipidemia) ภาวะนี้เกิดจากโรคทางกายหรือยาบางชนิดที่มีผลต่อกระบวนการสร้างและสลาย lipoprotein ทำให้ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ เช่น โรคอ้วน การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ไตวาย การตั้งครรภ์ และการไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น
3. ภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดจากอาหาร (Dietary dyslipidemia) การบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดภาวะ LDL-C ในเลือดสูง ได้แก่ อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง อาหารที่ให้พลังงานเกินความต้องการของร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตโดยเฉพาะน้ำตาลฟรุกโทสและซูโครสมาก และการดื่มสุรา เป็นต้น

ภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม สาเหตุส่วนใหญ่ พบว่า เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน เช่นเดียวกับประชากรไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง (พึงใจและคณะ, 2545) ทำให้เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดได้ และนอกจากสาเหตุดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆหลากหลายปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อระดับไขมันในเลือด ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงอีกด้วย

สถานการณ์การเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม

ชาวไทยมุสลิมรวมทั้งสตรีมุสลิมมีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูง และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า สตรีมุสลิมมีแนวโน้มต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสูงเช่นเดียวกับสถานการณ์ของประเทศไทยที่พบเพศหญิงมีภาวะไขมันในเลือดสูง มากกว่าเพศชาย (วิชัย, 2557) ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเรื้อรังอื่น ๆ สูงขึ้นตามด้วย โดยจากการศึกษาการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกพบว่า ผู้ป่วยหญิงมีภาวะอ้วนลงพุงมากถึง 87.3 % มากกว่าเพศชายซึ่งมีภาวะอ้วนลงพุง 58.1 % และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงตีบตัน (Risk factors) ที่พบมากที่สุด คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 97.8 (สมชาย, 2556) ดังนั้นผู้ที่ภาวะไขมันในเลือดสูง จึงมีโอกาสสูงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สมองขาดเลือด และอาจส่งผลให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้ การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไทยมุสลิม พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงระดับสูงร้อยละ 41.9 (จันทร์ธา, 2554) โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของสตรีมุสลิมมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารจำพวกไขมัน แป้ง และน้ำตาล (นิรัชรา, 2561) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมและป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิม

ปัจจุบันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยให้ความสำคัญของการรวมกลุ่ม เป็นกลวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลดี แต่ด้วยบริบทของสตรีมุสลิมที่มีวิถีชีวิตประเพณี และวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับหลักการศาสนา สตรีมุสลิมจึงมีการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานที่ยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร ซึ่งสาเหตุปัจจัยเกิดจากบทบาท

หน้าที่ของสตรีมุสลิมที่มีความแตกต่างจากสตรีทั่วไป คือต้องมีการเลี้ยงดูบุตร ดูแลความเป็นอยู่ในครอบครัว และภรรยาต้องเชื่อฟังสามีและต้องได้รับอนุญาตจากสามีในการร่วมกิจกรรมนอกบ้าน ทำให้มีข้อจำกัดในการออกนอกบ้านเพื่อร่วมกิจกรรม ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของสตรีมุสลิม และส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน จึงเป็นกลวิธีสำคัญที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงให้ประสบความสำเร็จและเกิดความยั่งยืนได้

ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม

ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิม ประกอบด้วยปัจจัยที่สามารถควบคุมได้และไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งแบ่งได้ 4 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ลักษณะส่วนบุคคลด้านเชื้อชาติ กรรมพันธุ์ เพศ อายุ การศึกษาและรายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิม เช่นเดียวกับกลุ่มคนทั่วไปซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้

1.1 เพศและอายุ ลักษณะบุคคลด้านเพศและอายุ มีผลต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิม โดยจากผลสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 - 2558 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะไขมันในเลือดสูงมากถึงร้อยละ 43.8 โดยพบความชุกสูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และความชุกสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และสูงสุดในกลุ่มอายุ 45 - 69 ปี (วิชัย, 2557)

1.2 พันธุกรรม ลักษณะการสืบทอดทางกรรมพันธุ์มีผลโดยตรงต่อการเกิดไขมันในเลือดสูง (Familial Hypercholesterolemia) โดยเป็นโรคทางพันธุกรรมชนิดถ่ายทอดทางยีนเด่นที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของตัวรับ LDL ทำให้ผู้ป่วยมีระดับไขมันในเลือดสูง และมักเกิดโรคหัวใจได้เร็วกว่าคนปกติด้วย ซึ่งการศึกษาของซุนหพิมม (Chunhapimon, 2004) พบผู้ป่วยโรคพันธุกรรมแฟมมีเลียล ไฮเปอร์คอเลสเตอรอลิเมียในประเทศไทย มีความผิดปกติของตัวรับ LDL เช่นกัน โดยการศึกษาของจินดวง (Jeenduang, 2010) พบว่าการกลายพันธุ์ของตัวรับ LDL ที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพของภาวะไขมันในเลือดสูงที่พบในคนไทยเกิดขึ้น 2 ตำแหน่ง คือ D151Y และ M391T

1.3 การศึกษาและรายได้ มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงและการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในชาวไทยมุสลิม พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไทยมุสลิมชุมชน

มีสุวรรณ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของบุคคลได้อย่างเพียงพอ และมีความสำคัญต่อสุขภาพบุคคลในการดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพของตน ซึ่งพบว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง ร้อยละ 50.0 (จันทิรา, 2554)

2. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม วัฒนธรรมของบุคคลเป็นตัวกำหนดรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคลกลุ่มนั้น ๆ ซึ่งหมายถึงถึงลักษณะการดูแลสุขภาพของบุคคลด้วย วัฒนธรรมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Orem et al., 2001) เนื่องจากบุคคลจะแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามการรับรู้และความเชื่อที่ได้เรียนรู้ภายใต้ความแตกต่างทางสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม (Kleinman, Eisenman, & Good, 1978) จากการศึกษาพบว่า ความแตกต่างทางวัฒนธรรมมีผลต่อทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับการออกกำลังกายและวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร (Goldstein & Müller-Wieland, 2008)

สตรีมุสลิมมีวัฒนธรรมด้านการบริโภคอาหารที่มีความสัมพันธ์กับประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่น และความเชื่อทางศาสนา โดยส่วนใหญ่จะมีการบริโภคอาหารที่ปรุงเองและรับประทานพร้อมกันทั้งครอบครัว จากการศึกษาพบว่า วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมรวมทั้งสตรีมุสลิม มักมีการบริโภคอาหารรสเค็มและไขมันสูง (ศิริอนันต์และอรทัย, 2548) ซึ่งลักษณะอาหารดังกล่าวเมื่อรับประทานบ่อย ๆ หรือรับประทานในปริมาณมาก จะส่งผลให้เกิดพลังงานส่วนเกินในร่างกาย และเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้

3. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง เนื่องจากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับสถานการณ์ไม่รู้สึกแปลกแยก ความรู้สึกมั่นใจ ปลอดภัย สภาวะแวดล้อมที่น่าสนใจ จะทำให้เกิดพฤติกรรมรับรู้บริบทของสถานการณ์ รวมถึงการรับรู้ว่ามีสิ่งที่จะต้องการปฏิบัติ และการรับรู้ต่อการเกิดโรค ดังนั้นเมื่อสภาพสังคมมีการปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ จะส่งผลในบุคคลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในลักษณะเดียวกัน สภาวะทางสังคมและสิ่งแวดล้อมจึงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในด้านของพฤติกรรมบริโภคอาหาร เนื่องจากสังคมในปัจจุบันมีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิตการดำเนินชีวิตของสตรีมุสลิมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับประชากรไทยทั่วไป ซึ่งมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ มีเครื่องอำนวยความสะดวกสบาย ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง และมีการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการศึกษาวิถีชีวิตของสตรีมุสลิมในภาคใต้ พบว่ามีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มักจะรับประทานอาหารทอดและใส่กะทิมากกว่าภาคอื่น ๆ (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2549)

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง เนื่องจากระดับโคเลสเตอรอลที่มีอยู่ในร่างกายนอกจากร่างกายจะผลิตขึ้นมาเองแล้ว ส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่รับประทาน(พีระ, 2558) ซึ่งการบริโภคอาหารในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ชนิดของอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง โดยเฉพาะอาหารที่มีกรดไขมันทั้งชนิดอิ่มตัว ไม่อิ่มตัว และทรานส์คอเลสเตอรอล เช่น น้ำมัน อาหารจากไขมันสัตว์ จำพวกเนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ นม ไข่ เนยครีมต่าง ๆ กะทิ และอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมาก เช่น น้ำตาลฟรุกโตส ซูโครสในเครื่องดื่มต่าง ๆ เป็นต้น ล้วนมีอิทธิพลต่อการเพิ่มระดับไขมันในเลือด ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้

จากสถานการณ์การบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมในปัจจุบัน พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิม รวมทั้งสตรีมุสลิม มักนิยมรับประทานอาหารประเภทแป้งและแกงที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงมัสมั่น ถือเป็นอาหารที่มุสลิมส่วนใหญ่นิยมรับประทาน ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของชาวไทยมุสลิม เป็นเมนูอาหารทั้งในการดำเนินชีวิตแต่ละวันและในงานพิธีหรือประเพณีต่าง ๆ ที่มีตลอดทั้งปี จากการศึกษาความสัมพันธ์ของการบริโภคอาหารกับปัญหาสุขภาพของมุสลิมที่มีอายุ 35 - 70 ปี พบว่า ชาวไทยมุสลิมมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 65 มีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 15.07 และมีภาวะอ้วน ร้อยละ 47.5 อ้วนอันตราย ร้อยละ 35 (ศิริอนันท์ และอรทัย, 2548)

5. พฤติกรรมการขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ร่างกายจะมีการเผาผลาญไขมันส่วนเกินและมีการเพิ่มระดับไขมันที่มีความหนาแน่นสูง ทำให้สามารถลดระดับวีแอลดีแอลได้ เพิ่มระดับแอสดีแอล และช่วยลดระดับแอลดีแอลได้ดี โดยการศึกษาการจัดการภาวะไขมันในเลือดสูงโดยไม่ใช้ยาของพัชรี (2556) พบว่า การออกกำลังกายเป็นวิธีการลดภาวะไขมันในเลือดที่ดีที่สุด โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ดังนั้นการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอและการไม่ได้ออกกำลังกายจึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อระดับไขมันในเลือด สถานการณ์ปัจจุบันชาวไทยมุสลิมรวมทั้งสตรีมุสลิมมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ออกกำลังกายโดยการปั่นจักรยาน การเดิน การวิ่ง และมีกิจกรรมเคลื่อนไหว เช่น การทำงานบ้าน เป็นต้น (นิรัชรา,2561) เนื่องจากการออกกำลังกายในสตรีมุสลิมมีข้อจำกัดในด้านของการแต่งกายที่ต้องปกปิดมิดชิด การจัดเตรียมสถานที่ที่เป็นสัดส่วน ไม่มีการปะปนระหว่างชายหญิง และต้องมีผู้ดูแล (มะฮ์รอม) เป็นต้น ซึ่งสตรีมุสลิมมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติศาสนกิจว่าเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว (การิยา, 2550)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง บางปัจจัย เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ปัจจัยด้านปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลต่าง ๆ และบางปัจจัยสามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมภาคใต้ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของสตรีมุสลิมที่มีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์ โดยประเพณีของชาวไทยมุสลิม มีกฎข้อบังคับต่าง ๆ ซึ่งอาจมีผลทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน ส่งผลให้สตรีมุสลิมเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้

กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง สาเหตุของการเกิดโรค และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สามารถสรุปลักษณะสตรีมุสลิมที่แสดงให้เห็นว่าเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงได้ ดังนี้

1. สตรีมุสลิมที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป เนื่องจากเพศและอายุ มีผลโดยตรงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะเพศหญิงมักพบความชุกมากกว่าเพศชาย และความชุกเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบความชุกสูงสุดสูงสุดในกลุ่มอายุ 45 - 69 ปี (วิชัย, 2557) และอายุต่ำสุดที่เริ่มพบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงคือ 35 ปี (กัญญา และมนัสนันท์, 2558)

2. มีประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว คือพี่น้องหรือพ่อแม่ เป็นโรคไขมันในเลือดสูง หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งส่งผลทำให้ร่างกายเกิดความผิดปกติในการเผาผลาญไขมัน สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า ประวัติว่าบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ (เบญจวรรณ, 2561)

3. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิก 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท (Pre - HT) จากการศึกษาพบว่า ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรโรงพยาบาลโพธารามของเบญจวรรณ (2561) พบว่า บุคลากรที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่าเกณฑ์ (80-89 มม.ปรอท) มีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติมากกว่าบุคลากรที่มีระดับความดันไดแอสโตลิกปกติ ร้อยละ 32.73

4. เป็นโรคอ้วน หรือภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม²) ดัชนีมวลกายที่ผิดปกติ มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้น เนื่องจากภาวะอ้วนหรือการมีดัชนีมวลกายที่เกินมาตรฐาน มักจะมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงและเอชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำ (กัญญา และ มนัสนันท์, 2558)

5. รอบเอวเกินมาตรฐาน (ชาย > 90 ซม.หญิง > 80 ซม.) รอบเอวมีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ เนื่องจากรอบเอวที่เพิ่มขึ้นมีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ (2561) พบว่า บุคลากรที่มีรอบเอวเกินมาตรฐาน มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ มากกว่าบุคลากรที่มีรอบเอวปกติ

จากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ผู้วิจัยนำมากำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในครั้งนี้ โดยพัฒนาเป็นแบบคัดกรองเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม เพื่อใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ

แนวทางการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิม

การจัดการและการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในปัจจุบันสามารถทำได้ด้วยการใช้ยาและการไม่ใช้ยา โดยแนวทางการดูแลรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่แนะนำโดยโปรแกรมการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ใหญ่ระดับนานาชาติฉบับที่ 3 (national cholesterol education program's adult treatment panel [NCEP ATP III]) ซึ่งได้มีการปรับปรุงใหม่และตีพิมพ์ในวารสารสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.2004 จะเน้นการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสำคัญ (therapeutic lifestyle changes [TLC]) โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งมีส่วนช่วยในการลดระดับโคเลสเตอรอลอย่างเห็นได้ชัดเจน (Kelly et al., 2012) หลังจากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว 3-6 เดือน หากระดับไขมันในเลือดยังคงเกินเกณฑ์มาตรฐาน จึงค่อยเปลี่ยนไปใช้ยาลดระดับไขมันในเลือดต่อไปเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต (Total Lifestyle Change, TLC) หมายถึง การกำจัดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวันให้หมดสิ้นไป ได้แก่ การสูบบุหรี่ การนั่งการยืนอยู่กับที่เป็นส่วนใหญ่ในแต่ละวัน (sedentary life) ความเครียด ร่วมกับการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (พรชัย, 2554)

1. การงดสูบบุหรี่ เนื่องการสูบบุหรี่ทำให้ระดับ HDL-C ลดลง เป็นอันตรายต่อ endothelial cell และมีผลต่อการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดง (thrombus) รวมทั้งทำให้เกร็ดเลือดจับตัวกัน

2. การออกกำลังกาย ควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเพียงพอ เพราะมีผลทำให้ภาวะคืออินซูลินลดลง ทำให้ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอลในเลือดลดลง และเพิ่มระดับ HDL-C ซึ่งมีผลต่อ mononuclear cell ทำให้เซลล์ลดการหลั่ง cytokines ที่กระตุ้นกระบวนการ atherosclerosis โดยการจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย ควรจัดให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด กล่าวคือ เริ่มออกกำลังกายแต่น้อยและค่อยๆ เพิ่มขึ้น ต้องมีความสม่ำเสมอ (frequency) คือทุกวันหรือวันเว้นวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีระยะเวลาออกกำลังกาย (duration) นานเพียงพอ คือครั้งละ 30-45 นาที ความหนักของการออกกำลังกาย (intensity) พอเหมาะ ซึ่งในทางปฏิบัติใช้อัตราเต้นของหัวใจเป็นเกณฑ์ โดยออกกำลังกายให้ได้อัตราเต้นของหัวใจเป็นร้อยละ 60-85 ของอัตราเต้นหัวใจสูงสุด อัตราเต้นหัวใจสูงสุดได้จากการคำนวณโดยลบอายุเป็นปีออกจาก 220

3. การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง หมายถึงรับประทานอาหารที่มีพลังงานพอเหมาะ และมีอาหารหลักครบทุกหมู่ โดยมีสัดส่วนและปริมาณโคเลสเตอรอลที่เหมาะสม ซึ่งมีหลักการ ดังนี้

3.1 มีปริมาณอาหารหรือพลังงาน (kilocalories) ต่อวันพอเหมาะ ทำให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

3.2 ปริมาณไขมันต่อวันให้พลังงานร้อยละ 25-35 ของพลังงานทั้งหมด โดยต้องคำนึงถึงประเภทของไขมันที่ใช้ คือ ให้เป็นกรดไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 7 ของพลังงานทั้งหมด เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่งไม่เกินร้อยละ 10 ที่เหลือเป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง ดังนั้นควรปรุงอาหารด้วยน้ำมันพืชที่สกัดจากถั่วเหลือง ข้าวโพด เมล็ดดอกทานตะวัน หรือ เมล็ดดอกคำฝอย เป็นต้น นอกจากนี้ต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยการทอดรวมทั้งหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันที่ได้รับการแปรรูปให้แข็ง เช่น เนยเทียม (margarine) เนยขาว (shortening) โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ทำจากน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เพราะไขมันแปรรูปเหล่านี้จะมีทรานส์แฟตตี้แอซิด (trans fatty acid) สูง ซึ่งเมื่อรับประทานในปริมาณมากจะทำให้ระดับ LDL เพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนกัน

3.3 ปริมาณโปรตีน ให้พลังงานร้อยละ 12-15 ของพลังงานทั้งหมดอาหารประเภทโปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์และถั่ว ประเภทเนื้อสัตว์ ยึดหลัก คือ ต้องงด เครื่องในสัตว์และหนังสัตว์ทุกชนิด ไม่ว่าจะปรุงในรูปแบบใดๆ ควรหลีกเลี่ยงหรือรับประทานเล็กน้อยเป็นครั้งคราว

อาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันและหนัง ไข่แดง และ เนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอกทุกชนิด, แฮม, แหนม, กุนเชียง เป็นต้น และอาหารที่ควรรับประทานได้ประจำ ได้แก่ เนื้อปลาทุกชนิด ไข่ เป็ด เนื้อ ที่ไม่ติดหนังและมัน ปริมาณที่ควรรับประทาน คือ วันละ 2-4 ชีด (200-400 กรัม) หรือเนื้อสัตว์สุก 4-6 ช้อน โตะต่อมือ ขึ้นกับน้ำหนักตัว และระดับไขมันในเลือด

3.4 มีโคเลสเตอรอลไม่เกิน 200-300 มก/วัน ขึ้นกับความรุนแรงของโรคและระดับไขมันในเลือด

3.5 พลังงานที่เหลือ (ร้อยละ 55-65 ของพลังงานทั้งหมด) ได้จากคาร์โบไฮเดรต คือ อาหารประเภท แป้ง ซึ่งควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ธัญพืชหรือข้าว ถั่วชนิดต่าง ๆ เนื่องจาก จะให้ทั้งใยอาหาร (dietary fiber) และ โปรตีน ควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำตาลหรืออาหารที่มีน้ำตาลปริมาณสูง

3.6 รับประทานผักปริมาณมาก และผลไม้ทุกมือ เพื่อให้ได้ใยอาหารมากพอ

3.7 คั้มแอลกอฮอล์ได้บ้าง ไม่ควรเกิน 6 ส่วนต่อสัปดาห์ (แอลกอฮอล์หนึ่งส่วน ได้แก่ วิสกี้ 1½ ออนซ์ หรือ เบียร์ 12 ออนซ์ หรือ ไวน์ 4 ออนซ์) ยกเว้นผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ห้ามคั้มแอลกอฮอล์ทุกชนิด

สำหรับสตรีมุสลิม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรดำเนินชีวิต (Total Lifestyle Change, TLC) โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร เป็นแนวทางการป้องกันการภาวะไขมันในเลือดสูงที่ตรงจุด เนื่องจากพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของสตรีมุสลิม เช่น การบริโภคอาหารที่ไขมันสูงอย่างสม่ำเสมอ เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม

พฤติกรรมกรป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมกรของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย กระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการของการเจ็บป่วย เช่น การไม่สูบบุหรี่ การไม่คั้มสุรา การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น พฤติกรรมกรป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมกรรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อระดับไขมันในเลือดและเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ แต่จากการ

ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ยังไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ศิริอนันต์และอรทัย, สุจิตตรา, 2548)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การประพฤติปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกินอาหารที่กระทำบ่อย ๆจนเกิดความเคยชิน ทั้งเรื่องของชนิดอาหาร ลักษณะการกินอาหาร ปริมาณหรือจำนวนมื้อที่กิน สุขนิสัยก่อนและหลังการกิน รวมทั้งการเลือกอาหารที่กิน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) ซึ่งจากลักษณะวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมที่มีความเกี่ยวข้องกับหลักการของศาสนาในทุกแบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่ช่วยลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ ต้องบริโภคเฉพาะอาหารที่ฮาลาลและมีประโยชน์ การไม่บริโภคอาหารเกินพอดี การมีข้อห้ามดื่มสุรา และการถือศีลอดในช่วงเดือนรอมฎอน ซึ่งชาวมุสลิมเชื่อว่าเป็นผลดีต่ออวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะระบบย่อยอาหาร ได้มีการหยุดพัก หรือทำงานลดลงกว่าปกติเป็นเวลา 1 เดือน เมื่อถือศีลอดร่างกายจะเกิดกลไกในการกำจัดไขมันที่สะสมในร่างกาย มีการขับไล่ของเสียและสารพิษออกจากร่างกาย ทำให้ไขมันในเลือดลดลง ช่วยในการป้องกันและรักษาโรคต่าง ๆ ได้

นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาวิธีการที่จะส่งเสริมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม โดยการใช้กลวิธีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน มาเป็นปัจจัยสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม และใช้หลักการของศาสนาอิสลามมาเป็นกรอบแนวทางในการกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิม เนื่องจากสตรีมุสลิมมีการยึดมั่นในหลักการของศาสนาอิสลามในระดับสูง โดยยึดมั่นทั้งหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนา และมีวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับหลักศาสนา (จันทิรา, 2554) การใช้ทุนทางสังคม เช่น ผู้นำศาสนา ซึ่งเป็นที่เคารพนับถือของชาวมุสลิมและเป็นผู้ที่ใช้กระบวนการสื่อสารข้อมูลต่างๆแก่ชุมชนอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยเสริมให้การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมประสบผลสำเร็จ (พงศ์เทพและยูซุฟ, 2552) และสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมได้

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้หลักศาสนาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และใช้ทุนทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์ในชุมชนร่วมสนับสนุนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน เป็นมาตรการสำคัญในการควบคุมระดับไขมันในเลือดในสตรีมุสลิม สอดคล้องกับการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการบริหารจัดการภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงของ G.S. Mannu et al (2013) พบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตร่วมกับการควบคุมอาหาร สามารถลดระดับไขมันในเลือด และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การใช้หลักการแห่งพฤติกรรม ได้แก่ แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ การวางเงื่อนไข และแนวคิดทางจิตวิทยาต่างๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ (สม โภชน์, 2550) จากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม การส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมที่สำคัญ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมและเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลากหลายแนวคิด แต่แนวคิดที่มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมที่ยั่งยืน และได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายแล้วพบว่าประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วยแนวคิดต่างๆซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. แนวคิดการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน

การเสริมพลังชุมชนเป็นกลวิธีสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งเป็นการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคลและชุมชนสู่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพให้เกิดความยั่งยืน โดยกระบวนการเสริมพลังชุมชน เริ่มต้นจากการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เกิดภาวะสุขภาพที่ดี ห่างไกลจากภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคอื่นๆ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ ต้องอาศัยทั้งตัวบุคคลเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับกรอบแนวความคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญสู่ความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า รูปแบบการดำเนินงานโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อลดพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชน ส่งผลให้ชุมชนมีการกำหนดมาตรการทางสังคม ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง สามารถยกระดับศักยภาพของชุมชนในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ครอบครัวและชุมชนเกิดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและปัญหาพฤติกรรมที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้คนและชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดนวัตกรรมชุมชนเพื่อลดพฤติกรรม

บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ประชาชนในชุมชนมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง และเกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาของชุมชนได้อย่างยั่งยืน (กานต์ระรัตน์, 2558) การเสริมพลังโดยใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองในชุมชนได้ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (กัตติกาและคณะ, 2554) และการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาวะผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันของชุมชน มีผลต่อศักยภาพของชุมชนในการสร้างให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งในเรื่องของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (เอกศักดิ์, 2557)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิม นอกจากการปรับพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลแล้วควรมีการขับเคลื่อนกระบวนการส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่มุ่งเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจร่วมด้วย ซึ่งการใช้ชุมชนให้มีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแลสุขภาพของคนในชุมชนนั้น ถือเป็นการพัฒนาการประสานเชื่อมโยงเครือข่ายในชุมชน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังชุมชนตามแบบจำลองวิถีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (way of promoting a healthy community) (Boonyasopun, 2000) ซึ่งอธิบายว่า ความต้องการการพัฒนาให้ชุมชนเป็นที่ยอมรับและความต้องการความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เท่าเทียม เป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการส่งเสริมพลังสู่ชุมชนสุขภาพ การเสริมพลังเป็นกระบวนการทางสังคมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่มบุคคล องค์กร และชุมชน ในการควบคุมและจัดการชีวิตและสังคมที่ตนอยู่ การเสริมพลังต่างจากกิจกรรมอื่นๆ ตรงที่เป้าหมายของการปฏิบัติ ไม่ได้มุ่งเฉพาะให้บุคคลหรือชุมชนปรับตัวหรือเผชิญปัญหาเท่านั้น แต่เป็นการค้นหาศักยภาพ หรือดึงพลังแท้จริงที่บุคคลหรือชุมชนมีอยู่ และส่งเสริมให้บุคคลหรือชุมชนสามารถนำพลังนั้นมาใช้ในการเปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันหรือจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบันและในอนาคตได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ การเสริมพลังชุมชนเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ กระบวนการการเสริมพลังประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1.) ระยะการสะสมพลัง 2.)ระยะสมดุลพลัง และ 3.) ระยะแสดงพลัง ผลลัพธ์คือ ชุมชนสุขภาพ (healthy community) ซึ่งประกอบด้วย ประชาชนสุขภาพดี (healthy people) และชุมชนที่มีสุขภาพแวดล้อมที่ดี (healthy environment) การศึกษานี้ได้นำกระบวนการเสริมพลังชุมชน 3 ระยะมาประยุกต์ใช้เสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิม ดังนี้

1. ระยะสะสมพลัง(getting together-collecting power) เป็นการรวมคนเพื่อรวมพลังให้เกิดการปฏิบัติที่ดีต่อสุขภาพ ในระยะนี้มีการเตรียมการ โดยคัดเลือกสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง และผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ใช้กลวิธีการเสริมพลังดังนี้

1.1 ปลุกกระดมคน (raising consciousness) โดยการสะท้อนปัญหาของชุมชนในด้านสถานการณ์ ภาวะไขมันในเลือดสูง และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบัน ผลกระทบต่ออัตราการเกิดโรคเรื้อรังของคนในชุมชน แนวโน้มของปัญหาในอนาคต ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ให้ทีมงานและสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ร่วมระดมสมองวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นให้กลุ่มเป้าหมายได้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอวเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน วัดความดันโลหิต และตรวจน้ำตาลในเลือด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.2 รวมคน รวมใจ (getting together) เป็นการรวมคนเพื่อรวมพลัง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและสมาชิกสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ร่วมกันวางแผนดำเนินงานในชุมชน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ชุมชนประกอบกับข้อมูลแนวทางการจัดการภาวะไขมันในเลือดสูง จากการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มาร่วมออกแบบเป็นกิจกรรมร่วมของเครือข่ายเพื่อปรับโครงสร้างและสภาพแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันในเลือด โดยกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคนให้ชัดเจน

1.3 ค้นค่านิยมร่วมกัน (seeking common values) พยายามวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ทุกคนตั้งเป้าหมายของการควบคุมระดับไขมันในเลือดพร้อมกับรูปแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมซึ่งมาจากความต้องการของสมาชิกเอง และให้ทุกคนทำพันธะสัญญาร่วมกันก่อนการนำไปปฏิบัติ

1.4 รวบรวมฝัน (getting dream) พยายามวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสรุปแนวทางการดำเนินงานซึ่งร่วมกำหนดโดยทีมงานสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

2. ระยะสมดุลพลัง (balancing power) เป็นระยะการพัฒนาความสัมพันธ์ของกลุ่มเป้าหมายสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและแกนนำโดยใช้กลวิธี ดังนี้

2.1 แสดงความคิดเห็น (voice) สตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงและแกนนำแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงทั้งของตนเองและในชุมชนซึ่งมีการดำเนินงานร่วมกัน

2.2 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (share) กลุ่มสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงภาวะไขมันในเลือดสูง ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น วิธีการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล แล้วหาข้อสรุปร่วมกันที่ประชุม เพื่อให้

เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและนำไปปรับใช้ให้เหมาะสม พร้อมทั้งเชิญบุคคลต้นแบบในชุมชน มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แล้วให้สตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง แต่ละคน พิจารณาเลือกข้อดี ข้อเสีย เพื่อการนำมาปรับใช้ในการดำเนินงานร่วมกัน

2.3 เสริมกำลังใจ ให้การยอมรับ (cheer) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เจ้าหน้าที่ แกนนำ และสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ร่วมให้กำลังใจพุดชมเชยผู้ที่สามารถปรับพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันในเลือดได้สำเร็จ พร้อมกำหนดของรางวัลเป็นแรงจูงใจแก่ผู้ที่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย

2.4 เสนอทางเลือกที่มีอยู่ (choices) แกนนำร่วมสรุปวิธีการหรือทางเลือกจากบุคคลต้นแบบในชุมชนและจากผลการปฏิบัติของสตรีมุสลิมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ตามเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจ สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่มีความเหมาะสมกับตนเองได้

2.5 ตัดสินเลือก (choose) แกนนำสรุปประเด็นจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ เปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมตัดสินใจเลือกรูปแบบการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย รูปแบบการจัดการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

3. ระยะเวลาแสดงพลัง (exercising power) เป็นการนำผลการตัดสินใจทางเลือกใน ระยะสมควรพลัง มาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีพยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาและอุปสรรค หลังสิ้นสุดการดำเนินงานตามระยะเวลาที่กำหนด แกนนำและสมาชิกร่วมสรุปผลการดำเนินงาน

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า แบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (way of promoting a healthy community) เป็นกระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมที่ส่งเสริมให้เกิดพลังของผู้ที่เกี่ยวข้องและสมาชิกสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง โดยส่งเสริมและพัฒนาชุมชนให้รับรู้และเข้าใจปัญหาเกี่ยวกับการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ร่วมกันหาความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ในกระบวนการแก้ปัญหา และตัดสินใจใช้ทางเลือกที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิมมีความต่อเนื่องและยั่งยืนได้ เนื่องจากกระบวนการดำเนินงานเป็นการบูรณาการกิจกรรมการดำเนินงานทั้งในสถานบริการและในชุมชนให้สอดคล้องกันและระบบการสนับสนุนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้นำหลักการของศาสนาอิสลามมาเป็นกรอบแนวทางในการจัดรูปแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ

การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

ผลของการเสริมพลังชุมชน ก่อให้เกิดความเชื่อในความสามารถของชุมชนที่จะกำหนด/เปลี่ยนแปลงสุขภาพของกลุ่มสตรีมุสลิมในชุมชน โดยประชาชนมีการรวมกลุ่มกัน เพื่อแก้ไขปัญหา ร่วมกันคิด ระดมสมอง และมีการระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อการบริหารจัดการ และจัดบริการที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของชุมชน มีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ และสร้างกระแสเคลื่อนไหวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนในระยะยาวได้ ส่งเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม และมีการสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Trans theoretical Model – TTM หรือ stage of change) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคล

การที่บุคคลจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น บุคคลจะต้องมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เพียงประสงค์นั้น การประเมินระยะพฤติกรรมในแต่ละบุคคลจึงมีความสำคัญเพื่อให้สามารถเลือกใช้กลยุทธ์หรือวิธีการในการจัดกิจกรรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมตามระยะพฤติกรรมในแต่ละบุคคล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model – TTM หรือ stage of change) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับไขมันในเลือดสูงของผาณิต (2552) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในการควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ดีขึ้น และระดับ ไขมันรวม (Total cholesterol) และไขมันตัวร้าย (LDL-cholesterol) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของนิชาพัฒน์ (2556) เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (TTM) ในประชากรเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า หลังเข้าร่วม โปรแกรมผู้ป่วยมีความตระหนักในการรับประทานอาหาร ความสมดุลในการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีพฤติกรรมรับประทานอาหารป้องกันโรคเบาหวานได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Trans-theoretical model of change (TTM) จึงเป็นแนวทางสำคัญ เพื่อ

ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม เพื่อควบคุมระดับภาวะไขมันในเลือด และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model – TTM หรือ stage of change) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาคลินิกของ James O. Prochaska, Ph.D. และ Carlo DiClemente, Ph.D. ที่พัฒนาจากแนวคิดการทำจิตบำบัดในโครงการงดสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในคลินิกเลิกบุหรี่ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง เป็นหัวใจสำคัญในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากพฤติกรรมเกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งๆเท่านั้น พฤติกรรมต่าง ๆ จึงมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงจึงต้องอาศัยกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และใช้รูปแบบที่แตกต่างกันในแต่ละระยะเช่นกัน ทั้งนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินระยะพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง โดยโปรชาสกาและดีคลีเมนต์ได้อธิบายกระบวนการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคคลออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้ (Prochaska & DiClemente, 1992)

1. ระยะก่อนคิดตัดสินใจ (Pre contemplation) เป็นระยะที่สตรีมุสลิมยังไม่สนใจปัญหาหรือไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองในระยะเวลาอันใกล้ (ภายใน 6 เดือนข้างหน้า) ระยะนี้สตรีมุสลิมจะไม่ตระหนักและ ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตัวเอง อาจเนื่องจากไม่ได้รับรู้ข้อมูลที่เพียงพอหรือไม่เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรมนั้น ประกอบกับไม่มีอาการผิดปกติที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันที่ได้ชัดเจน อีกทั้งยังขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่มีแรงจูงใจและไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมหรือการรักษาใด ๆ จึงมักแสดงออกด้วยการหลีกเลี่ยงการพูดคุย การอ่าน หรือการคิดถึงผลเสียเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง และมักมีการต่อต้านเมื่อถูกบังคับให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (resistance stage) ดังนั้นในระยะนี้สตรีมุสลิมจึงควรได้รับข้อมูลสะท้อนกลับ ได้รับความรู้ความเข้าใจ โดยเน้นสิ่งที่เป็นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือขู่ให้กลัว ส่งเสริมเสริมแรงจูงใจ และใช้หลักคำสอนของอิสลามในการตรวจสอบตนเองเพื่อฟื้นฟูศรัทธา ทำให้เกิดการทบทวน คิด เคลือบแคลงสงสัย หรือเริ่มคิดถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์

2. ระยะตัดสินใจหรือลังเลใจ (Contemplation) เป็นระยะที่สตรีมุสลิมเริ่มตระหนักถึงปัญหาและคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ยังไม่คิดที่จะลงมือทำในทันที เพียงแต่ตั้งใจ (เนียด) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงในภายใน 6 เดือนข้างหน้าเท่านั้น โดยสตรีมุสลิมกลุ่มนี้อาจเริ่มมีการแสวงหา สอบถามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีการประเมินถึงพฤติกรรมที่ต้องทำ แต่ยังมอง

ว่าเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก รู้สึกกังวลในความพยายามและความยากลำบากที่ต้องประสบเพื่อเอาชนะปัญหาและความเคยชินจากพฤติกรรมเดิม จึงมักเกิดความล้าใจอย่างมากจนทำให้สตรีมุสลิมหลายรายต้องติดอยู่ในขั้นนี้เป็นเวลานาน เช่นเดียวกับการผัดวันประกันพรุ่ง (behavioral procrastination) ทำให้ไม่เริ่มลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเองในทันที ในระยะนี้จึงควรมีการพูดคุยถึงข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ เปิดโอกาสให้ได้ชั่งน้ำหนัก และมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ด้วย

3. ระยะเวลาพร้อมปฏิบัติหรือระยะเวลาพร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Preparation) เป็นระยะที่สตรีมุสลิมมีความตั้งใจจะปฏิบัติทันที มีการเตรียมพร้อมและวางแผนที่จะลงมือปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้ คือ ไม่เกิน 1 สัปดาห์หรือ 1 เดือนข้างหน้า สตรีมุสลิมระยะนี้ควรให้ได้มีทางเลือกในการเปลี่ยนพฤติกรรม เปิดโอกาสให้สตรีมุสลิมได้มีการตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง และส่งเสริมศักยภาพและแรงจูงใจในการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจประยุกต์ใช้หลักการเตาบัตทางศาสนาอิสลาม (สำนึกตนและกลับไปหาอัลลอฮ) เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ขัดกับหลักการทางศาสนาอิสลามอย่างถาวร เช่น การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย การเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ ลดการความฟุ่มเฟือยและบริโภคเกินพอดี แสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและพร้อมรับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ

4. ระยะเวลาปฏิบัติ (Action) เป็นระยะที่สตรีมุสลิมเริ่มมีการลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งหรือเป็นประจำ โดยระยะนี้สตรีมุสลิมต้องใช้เวลา ใช้ความพยายาม และพลังงานเป็นอย่างมากเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมที่เคยชินให้เป็นพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ ซึ่งบางครั้งมักมีอารมณ์ตั้งเครียดมากกว่าผู้ที่อยู่ในระยะอื่น บางคนอาจมีความท้อแท้ หหมดกำลังใจ ทำให้ขาดความต่อเนื่อง ดังนั้นในระยะนี้สตรีมุสลิมควรได้รับการส่งเสริมให้ลงมือกระทำตามวิธีการที่เลือกอย่างต่อเนื่อง โดยช่วยค้นหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาและอุปสรรค และให้กำลังใจ ซึ่งอาจมีการการกระตุ้นและเสริมแรงจูงใจโดยใช้หลักศาสนาอิสลามในการตั้งสติ เชื่อและยอมรับในเหตุการณ์ต่างๆว่าเป็นบททดสอบความอดทนจากอัลลอฮ เพื่อจะได้รับผลตอบแทนที่ดีจากพระองค์ ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนจากครอบครัว ครอบครั้ว และสังคม เพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมในระยะยาวต่อไป โดยจะถือว่าอยู่ในระดับนี้เมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายถึงระดับที่ต้องการได้ ตั้งแต่ 1 วันแต่ไม่เกิน 6 เดือน

5. ระยะเวลาคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) เป็นระยะที่สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป และพฤติกรรมนั้นยังคงอยู่ เหมือน

เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันโดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าแล้ว ในระยะนี้ตัวกระตุ้นเร้าต่าง ๆ จะลดอิทธิพลลง สตรีมุสลิมจะมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น สิ่งสำคัญในระยะนี้คือ การป้องกันการย้อนกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหาอีก โดยอาจใช้หลักการอิสลามในการยื่นหยัดต่อการกักต้ออัลลอฮ์ (อิสติกอมะฮ์) มีการจัดการกับชีวิตประจำวันที่สมดุลอย่างมีคุณค่า มีการบริหารเวลาอย่างเหมาะสม และดูแลสุขภาพตนเอง อาจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเอาใจใส่ต่อสมาชิกตามบทบัญญัติอิสลามว่าด้วยการดูแลซึ่งกันและกันในครอบครัว ฝ่าฟันอุปสรรค เพื่อให้สมาชิกไปสู่เส้นทางแห่งสันติ

การประยุกต์ใช้แบบจำลองขั้นตอนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรมีการประเมินความพร้อมของสตรีมุสลิมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าอยู่ในระยะใด เพื่อนำไปสู่การนำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละระยะมาใช้ในการออกแบบ และวางแผนการจัดกิจกรรมให้มีความเหมาะสมตามความพร้อมของสตรีมุสลิมในแต่ละบุคคล เนื่องจากกระบวนการปรับเปลี่ยนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล เพราะกระบวนการที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมที่กลับไปมาระหว่างระยะ 1 – 5 ได้ ดังนั้นกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้คงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ควรมีการใช้กระบวนการที่เกิดการปรับเปลี่ยนทั้งทางด้านความรู้สึนึกคิดของบุคคล และกระบวนการปรับเปลี่ยนทางด้านพฤติกรรม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (Prochaska & Diclemente, 1992)

1. กระบวนการปรับความรู้สึนึกคิด (Cognitive or experiential process) เป็นพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะพฤติกรรมของสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย 5 กระบวนการ ดังนี้

1.1 การปลุกจิตสำนึก (Consciousness raising) เป็นการเพิ่มการรับรู้สาเหตุและสิ่งที่เป็นผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง กิจกรรมที่สามารถปลุกจิตสำนึก ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่าง ๆ ซึ่งอาจทำในรูปแบบการสอนรายบุคคลหรือรายกลุ่ม การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่าง ๆ การใช้ภาพพลิก การแจกเอกสารแผ่นพับต่าง ๆ และการกระตุ้นการสำรวจตัวเองตามแนวทางการฟื้นฟูชีวิตต่ออัลลอฮ์ของสตรีมุสลิม เพื่อให้เกิดความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองใหม่ได้

1.2 การเร้าอารมณ์และความรู้สึนึก (Dramatic relief) เป็นการกระตุ้นให้สตรีมุสลิมเกิดอารมณ์ความรู้สึนึกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากอารมณ์จะมีผลให้สตรีมุสลิมเริ่มประเมินสถานการณ์และตัดสินใจ ส่วนใหญ่จึงมักแสดงออกในรูปแบบอารมณ์ความรู้สึนึกที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปัญหา เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ การนำสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การใช้กระบวนการกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การให้ดูภาพภาวะแทรกซ้อนที่อาจอันตรายถึงชีวิตจากภาวะไขมันในเลือดสูง และการเล่าเรื่องราวสะท้อนใจจากประสบการณ์คำสอน และจริยวัตรของท่านศาสดาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมปัญหา เป็นต้น

1.3 การประเมินตนเอง (self-reevaluation) เป็นกระบวนการสะท้อนข้อดีข้อเสีย ปัญหา อุปสรรค และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีมุสลิมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงหรือการตรวจสอบตนเองในทางอิสลามนั่นเอง โดยการทบทวนและประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองที่ได้กระทำผ่านมา และสิ่งใดบ้างที่จะส่งผลกระทบต่ออนาคต ทั้งในด้านความรู้ความเข้าใจ และผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งควรทำให้สตรีมุสลิมเชื่อว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมจะนำไปสู่การควบคุมระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และถือเป็นการทำอิบาอะฮ์อย่างหนึ่ง (การเคารพต่ออัลลอฮ์)

1.4 การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ (Social-liberation) เป็นการเอื้อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมในสตรีมุสลิม โดยเชื่อว่าสิ่งแวดล้อมที่เอื้อจะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เช่น การส่งเสริมการปลูกผักพื้นบ้านกินเองในครอบครัว หมู่บ้าน หรือชุมชน เป็นต้น

1.5 การทำพันธะสัญญากับตนเอง (Self-liberation) เป็นการสนับสนุนให้สตรีมุสลิม พัฒนาความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยกำหนดแนวทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง เหมาะสมกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมที่เป็นอยู่ โดยชาวมุสลิมยึดถือปฏิบัติตามจริยวัตรและคำสอนของท่านศาสดาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ซึ่งคุณลักษณะอย่างหนึ่งของท่านศาสดา คือ การรักษาคำมั่นสัญญา (อมานะฮ์) ฉะนั้นการรักษาอามานะฮ์ (สัญญาใจ) ที่ให้ไว้กับตนเองหรือผู้อื่นอย่างเคร่งครัดถือเป็นคุณลักษณะที่ดีของสตรีมุสลิม โดยการกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและมีการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง

2. กระบวนการปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรม (Behavior process)

2.1 การหาแรงสนับสนุนทางสังคม (helping relationship) เป็นวิธีการจัดระบบทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีมุสลิมมีการสร้างพฤติกรรมใหม่ เช่น การสนับสนุนของครอบครัว เนื่องจากสังคมมุสลิม ครอบครัวและเครือญาติถือเป็นสถาบันสำคัญที่อิสลามบัญญัติไว้ให้มีการดูแลเอาใจใส่ สนับสนุนและช่วยเหลือในการปฏิรูปครอบครัวในทุกด้าน ดังนั้นสมาชิกใน

ครอบครัวจึงต้องมีความพยายาม ฝ่าฟันอุปสรรค เพื่อให้สมาชิกไปสู่เส้นทางแห่งสันติและรอดพ้น เช่น การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม การติดตามหรือตักเตือนในการเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ลดอาหารไขมันสูง การออกกำลังกายที่เหมาะสมตามหลักศาสนา เพื่อส่งเสริมให้สตรีมุสลิมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จยิ่งขึ้น

2.2 การทดแทนด้วยสิ่งอื่น (counter conditioning) เป็นการเลือกพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์มาปฏิบัติแทนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การทดแทนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงของสตรีมุสลิม ด้วยการบริโภคอาหารที่มีผักมากขึ้น

2.3 การประเมินผลของพฤติกรรมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น (environmental reevaluation) เป็นการประเมินความรู้และความรู้สึกของสตรีมุสลิมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ต่อพฤติกรรมของตนเองว่ามีผลต่อสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลรอบข้าง เช่น ถ้าตนเองไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังที่อันตรายได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาจรุนแรงถึงชีวิตอย่างเฉียบพลันได้ ทำให้ครอบครัวเกิดปัญหาตามมาได้ ดังนั้นการจัดกิจกรรมในชั้นตอนนี้ ต้องให้สตรีมุสลิมเข้าใจและตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเองว่าเป็นแบบอย่างที่ดีและไม่ดี ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เพื่อสุขภาพตนเอง คนรอบข้าง และเป็นการทำอิบาดะห์ต่ออัลลอฮ์ (ซบ.)

2.4 การลดอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่ (stimulus control) เป็นการขจัดสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีมุสลิม และเพิ่มแนวทางที่เอื้อต่อปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม เช่น การส่งเสริมให้สตรีมุสลิมหรือผู้ปรุงอาหาร มีการปรับอาหารที่ลดมัน เลือกเมนูอาหารที่มีผักมากขึ้น การเพิ่มการออกกำลังกายโดยการรวมกลุ่มกันของสตรีมุสลิม เป็นต้น

2.5 การให้แรงเสริม (reinforcement management) เป็นการให้แรงจูงใจเพื่อเสริมกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งทำได้ทั้งแรงเสริมทางบวกและทางลบเพื่อรักษาพฤติกรรมที่เหมาะสม และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของสตรีมุสลิมไว้ เช่น การกล่าวคำชมเชย เมื่อสตรีมุสลิมสามารถปรับเมนูอาหารหรือมีการออกกำลังกายมากขึ้นได้ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ยากและซับซ้อน เพราะมีหลากหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันในแต่ละบุคคล แต่อย่างไรก็ตาม ความพร้อมและความตั้งใจ เป็นตัวแปรที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นประสบความสำเร็จได้ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกสตรีมุสลิมที่มีพฤติกรรมอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 คือ ระยะพร้อมปฏิบัติ และ ระยะปฏิบัติ เนื่องจากเป็นระยะที่กลุ่มสตรีมุสลิมมีความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะสามารถใช้กลยุทธ์หรือวิธีการที่จะส่งเสริมพฤติกรรมของสตรีมุสลิม

เพื่อให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้ประสบผลสำเร็จ และสามารถป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้

3.หลักโภชนบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

หลักโภชนบำบัดเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ การควบคุมอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งประกอบด้วย การลดพลังงานจากอาหารที่บริโภคจากเดิมลงวันละ 500-1,000 กิโลแคลอรี (พืชนันท์, 2555) โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายต่ำ (BMI < 18) ควรได้รับสารอาหารประมาณ 1,800 กิโลแคลอรี ดัชนีมวลกายปกติ (BMI 18 – 24.9) ควรได้รับ 1,600 กิโลแคลอรี และผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน (BMI > 25) ควรได้รับไม่เกิน 1,200 - 1,600 กิโลแคลอรี นอกจากนี้ต้องมีการกำหนดชนิดและสัดส่วนของสารอาหารที่ควรได้รับรวมด้วย ซึ่งเน้นการลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง และเพิ่มการบริโภคผักมากขึ้น โดยมีหลักการเลือกชนิดอาหารที่บริโภค ดังนี้

1.1 กลุ่มแป้ง น้ำตาล ควรเลือกรับประทานข้าว ขนมอบนึ่งปอนด์ขาวหรือ โฮลวีท เส้นหมี่ที่ทำจากข้าวกล้อง และงดน้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้ งดการเติมน้ำตาลทรายในอาหารที่กำลังบริโภค งดขนมหวาน เบเกอรี่ทุกชนิด

1.2 กลุ่มไขมัน หลีกเลี่ยงไขมันสัตว์ทุกชนิด กะทิ เนย ครีมเทียม ควรใช้น้ำมันถั่วเหลืองปรุงอาหารให้ได้ประมาณ 2-3 ช้อนโต๊ะ ต่อคนต่อวัน

1.3 กลุ่มโปรตีน ควรบริโภคเนื้อปลาและเนื้อไก่เป็นหลัก งดเครื่องในสัตว์ทุกชนิด หนึ่งสัปดาห์ อาหารทะเลบริโภคได้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หลีกเลี่ยงการบริโภคไข่แดง และเลือกดื่มนมพร่องไขมันจืด

1.4 กลุ่มผักและผลไม้ ควรบริโภคผักและผลไม้เป็นประจำทุกมื้อ แต่ควรหลีกเลี่ยงการผัดด้วยน้ำมันมาก ๆ และหลีกเลี่ยงผลไม้ที่หวานจัด โดยควรบริโภคผักให้ได้ในปริมาณที่เหมาะสมและเพียงพอ กล่าวคือ ควรบริโภคผักครึ่งกิโลกรัมต่อคนต่อวัน ซึ่งอาจใช้วิธี “กินผักผลไม้ 5 ส่วน (5 กำมือ)ขึ้นไปในทุกวัน” (สมชาย, 2548) โดยอัตราส่วนผักต่อผลไม้เท่ากับ 3 : 2 ส่วนมาตรฐานต่อคนต่อวัน (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2548) เป็นต้น

1.5 วิธีการปรุงอาหาร เน้นเป็นวิธีนึ่ง อบ ต้ม ทอดที่ใช้น้ำมันน้อย หรือการย่างได้ แต่ไม่ควรให้ไหม้เกรียม

4. การส่งเสริมสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม

หลักการบริโภคอาหารตามแนวทางศาสนาอิสลามของสตรีมุสลิม มีข้อควรปฏิบัติ ตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลามในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ดังนี้ (พงค์เทพและชูชีพ, 2552)

1. ส่งเสริมให้มีการบริโภคอาหารจากสิ่งที่อนุมัติ (ฮะลาล) และสิ่งที่เป็นประโยชน์ (ดีอัยฮิบ) โดยเฉพาะการลดอาหารที่มีไขมันสูงและพลังงานสูง เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ ลดอาหารรสเค็มและหวานจัด ดังตอนหนึ่งในคัมภีร์อัลกุรอาน (บทอัลบะกอเราะฮ : 168) ที่ว่า “โอ้มนุษย์ทั้งหลาย พวกเจ้าจงบริโภคจากสิ่งที่ถูกอนุมัติ (ฮะลาล) ที่เป็นประโยชน์ (ดีอัยฮิบ) : มีคุณค่าทางโภชนาการ) จากแผ่นดินเกิด”

2. ส่งเสริมไม่ให้มีการบริโภคเกินพอดี เพราะการกินเกินพอดีจะนำมาซึ่งโรคและความอ้วน ดังตอนหนึ่งในคัมภีร์อัลกุรอาน (บทอะอูรอฟ: 31) ที่ว่า “จงกินและจงดื่มแต่อย่าให้อิ่มจนเกินไป แท้จริงอัลลอฮ์ไม่ทรงรักบุคคลซึ่งกินพอดี” และท่านศาสดาได้กล่าวว่า “เมื่อรับประทานอาหารให้แบ่งท้องออกเป็นสามส่วน ส่วนที่ 1คืออาหาร ส่วนที่ 2 คือน้ำ และส่วนที่ 3 คือลมหายใจ”

3. ให้รับประทานอาหารเมื่อถึงเวลา ท่านศาสดาได้กล่าวว่า “เมื่ออาหารค่ำได้ถูกยกมา พร้อมกับเสียงอิกกอมะฮะหมาด ดังนั้นพวกเจ้าจงเริ่มด้วยอาหารค่ำ (ให้เรียบร้อยก่อนแล้วจึงค่อยไปละหมาดที่หลัง)

4. ไม่รับประทานสิ่งที่มีโทษ อันตราย และสิ่งที่ห้ามที่ระบุชัดเจนในอัลกุรอาน และฮาดิษ

นอกจากนี้ควรมีการกินและดื่มอาหารหลายๆอย่างหมุนเวียนกันไป ไม่กินหรือดื่มอาหารเพียงชนิดใดชนิดหนึ่ง และควรกล่าวพระนามของพระเจ้าก่อนรับประทานอาหาร และกล่าวสรรเสริญพระองค์ภายหลังการรับประทานอาหาร (กษิธิษ, 2548)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม

สตรีมุสลิมซึ่งนับถือศาสนาอิสลาม เป็นศาสนาที่เน้นหลักการศรัทธา มีรูปแบบการดำเนินชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อที่เคร่งครัด (นิรัชรา, 2561) สตรีมุสลิมจึงมีแบบแผนการดำเนินชีวิตตามหลักคำสอนของศาสนา มีกิจกรรมทางศาสนาที่ยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด และมีสถาบันครอบครัวที่เข้มแข็ง ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหรือการดูแลสุขภาพของสตรี

มุสลิมจึงมักมีสอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลามอยู่เสมอ โดยปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิม คือ

1. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เนื่องพฤติกรรมป้องกันสุขภาพของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการกระทำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคว่ามีสูงมากน้อยเพียงใด หรือรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิต หรือกระทบความสัมพันธ์ในครอบครัว จะส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้น ๆ และเริ่มมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งหากมีมากกว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำแล้ว บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันเกิดขึ้น (Becker, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของสุทัตสา (2557) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การส่งเสริมความรู้ ทักษะในการปฏิบัติ และแรงจูงใจในการปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลเช่นกัน (ทองทิพย์และคณะ, 2559) ดังนั้นการจัดกิจกรรมสุขภาพเชิงรุก โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้ ที่มุ่งด้านการการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักของบุคคล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคที่สอดคล้องกับความเชื่อและแบบแผนการดำเนินชีวิตของสตรีมุสลิม จะช่วยให้สตรีมุสลิมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้สำเร็จ

2. ปัจจัยด้านระบบสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การให้ข้อมูลด้านวิชาการ บทบาทในการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ เป็นต้น มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคของบุคคล(พันธ์ทิพาและวงศา, 2555) ซึ่งการศึกษาของทองทิพย์และคณะ (2559) เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองไข่น้ำ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นระบบการสนับสนุนการดำเนินงานจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนทรัพยากรและนโยบายจากองค์กรส่วนท้องถิ่นและการจัดระบบบริการสุขภาพที่สะดวกเข้าถึงง่าย จะสามารถช่วยเสริมแรงจูงใจของสตรีมุสลิม และลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิมประสบผลสำเร็จได้

3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การมีนโยบายชุมชนที่ส่งเสริมสุขภาพ การมีสถานที่/อุปกรณ์ส่งเสริมสุขภาพที่เพียงพอ และการมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นต้น (จุฑามาศและคณะ, 2555) โดยการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวต้องอาศัยต้นทุนทางสังคม เช่น ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และแกนนำที่มีวิสัยทัศน์ มีความรู้ความสามารถ (พันธทิพาและวงศา, 2555) ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อชุมชนมุสลิม มาร่วมกันดำเนินงานเป็นเครือข่ายในกระบวนการจัดการและการสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ แก่ชุมชน (พงศเทพและชูชีพ, 2552) ร่วมกันสร้างกระแสสังคมในชุมชน เช่น การสื่อสาร วรรณคดี และการประกวด เป็นต้น เพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคและการจัดบริการสุขภาพ โดยเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ มุ่งพัฒนาศักยภาพของชุมชน ผ่านกระบวนการสนับสนุนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลให้ดำเนินอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ นั้น การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อให้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมได้สำเร็จ

หลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม

การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในปัจจุบันได้มีการศึกษาอย่างหลากหลาย โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นกลวิธีที่ได้รับการยอมรับและเป็นที่ยอมรับทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ดี ซึ่งมีรูปแบบของโปรแกรมและหรือโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ที่จัดทำขึ้นในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนเฉพาะที่ตัวบุคคลในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่พฤติกรรมใหม่ โดยจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคล เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. การให้ความรู้/สุศึกษาเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติ

การให้ข้อมูลสุศึกษาและความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ เข้าใจและตระหนักเกี่ยวกับการเกิดโรค สามารถใช้ในการประเมินตนเอง การคิดและวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองใน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากเจตนาของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้ (นันทวัน, 2553) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าลักษณะการให้ความรู้ที่มีประสิทธิผล คือ การให้ความรู้อย่างมีแบบแผน โดยควรมีการประเมินผู้ป่วยก่อนให้ความรู้ เพื่อนำมาวางแผนและหาวิธีการที่เหมาะสม และควรให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่คาดหวังว่าผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ทันที หลังจากให้ความรู้ เนื่องจากความสามารถในการรับรู้ของบุคคลไม่เหมือนกัน ดังนั้นควรมีการประเมินความรู้อีกเป็นระยะ ๆ และคอยให้คำปรึกษาหรือแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่สอดคล้อง และเหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้ต่อการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี (2551) เกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม และสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การควบคุมอาหาร โดยเน้นการลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง

การควบคุมอาหาร เป็นกิจกรรมสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยต้องมีการควบคุมทั้งปริมาณ พลังงาน ชนิด และสัดส่วนของอาหาร ที่ร่างกายควรได้รับต่อวันอย่างเหมาะสม ซึ่งจะเน้นการลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงเป็นหลัก ร่วมกับการเพิ่มการบริโภคผัก เพราะไขมันในอาหารเหล่านั้นเป็นตัวการสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ดังนั้นการควบคุมอาหารที่มีไขมันสูงและบริโภคผักมากขึ้น จึงเป็นหัวใจสำคัญที่จะสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ดี (นันทิมาศ, 2556; พรพรรณ, 2555; สุทธิลักษณ์, 2554; กัลยาณี, 2551; วิริยะ, 2551; G.S.Mannu et al, 2013; Clare straddling, 2012; Kelly et al, 2012; Da Woot, 2008) นอกจากนี้การเพิ่มการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบหลากหลาย เช่น ธัญพืช ชาเขียว และโปรตีนถั่วเหลืองต่างๆ มีอิทธิพลสำคัญต่อการลดระดับ total cholesterol และ LDL- cholesterol ได้ดีเช่นกัน (G.S. Mannu, 2013) และมีการศึกษาของ Clare Stradling (2012) พบว่าการควบคุมอาหารร่วมกับการให้อาหารเสริมโอเมก้า-3 สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ดี โดยอาหารเสริมโอเมก้า - 3 ขนาดกลาง 2.8 g/d มีประสิทธิผลต่อการลด fasting triglycerides – 1.12 mmol/l ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ และสามารถลด total cholesterol ได้เล็กน้อย

3. การใช้จิตวิทยาเชิงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่วางไว้

การใช้หลักจิตวิทยาในการเชิงใจ เป็นกลวิธีหนึ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ โดยสามารถใช้หลักจิตวิทยาที่หลากหลายรูปแบบตามความเหมาะสมของแต่ละกลุ่มบุคคล โดยใช้กระบวนการเสริมพลัง (empowerment) ใ้บุคคลมีความตระหนักในความเสี่ยง ค้นหาและพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน เช่น การพูดให้กำลังใจให้คำชมเชยอย่างสม่ำเสมอ แสดงความเห็นใจและเข้าใจผู้ป่วย การสนับสนุนด้านจิตใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจมากขึ้น เป็นต้น ได้มีการศึกษาการใช้หลักจิตวิทยาที่หลากหลายรูปแบบในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จ อาทิเช่น การศึกษาของกัลยาณี (2551) เกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งได้มีการให้คำปรึกษา ร่วมกันตั้งเป้าหมาย และให้กำลังใจชมเชยผู้ป่วยเป็นระยะ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และมีระดับไขมันในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของผาณิต (2552) ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายตามรูปแบบ Trans-theoretical model ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีการผสมผสานทฤษฎีทาง จิตวิทยาหลากหลายวิธี เช่น มีการกำหนดเป้าหมาย ส่งเสริมความสามารถของตนเอง และการทำสัญญากับตนเอง เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ดี การศึกษาของพัชรภรณ์ (2556) ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน เพื่อให้ได้คุณค่าทางโภชนาการและปลอดภัย พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดของสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้ การศึกษาของนันท์มาศ (2556) ที่ใช้หลักจิตวิทยาในการส่งเสริมการประเมินตนเอง และการจัดการตนเอง (Self - management) ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันในเลือดได้ การศึกษาของสุทธิลักษณ์ (2554) ที่สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อเสริมความรู้ ทักษะ และเพิ่มความเชื่อมั่น สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และการศึกษาของพรพรรณ (2555) ที่ใช้แนวคิดทางจิตวิทยาด้านการกำกับตนเอง พบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และลดระดับไขมันในเลือดได้ดี เป็นต้น

4. การใช้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะสามารถเอื้อให้สตรีมุสลิมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประสบผลสำเร็จมากขึ้น เนื่องจากครอบครัว มีส่วนช่วยในการส่งเสริมและสนับสนุนด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น มี

แรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ครอบครัวยังมีส่วนในการดูแลเอาใจใส่ด้านการเตรียมอาหารที่เหมาะสม โดยเฉพาะสตรีมุสลิมที่มักอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ และเป็นผู้ดูแลเรื่องอาหารในครอบครัว ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จึงมีส่วนสำคัญที่จะทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี (2551) พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะจากสมาชิกในครอบครัว สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และทำให้น้ำหนักตัวและระดับไขมันในเลือดลดลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของพาณิชย์ (2552) เกี่ยวกับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งได้มีการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น และสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ชลการ (2557) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา สามารถทำให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่กล่าวมาสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ดี แต่มีข้อจำกัด คือบุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนได้เฉพาะในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เมื่อบุคคลยังคงอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ก็อาจทำได้ยาก และสามารถกลับไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเช่นเดิมได้ง่าย ดังนั้นการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้น นอกจากอาศัยตัวบุคคลในการเริ่มต้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ชุมชนซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นพลังสำคัญที่จะผลักดันสู่การขับเคลื่อนกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืน การศึกษาบทเรียนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชนที่ประสบผลสำเร็จของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) พบว่า พลังของชุมชนและการร่วมแรงร่วมใจของคนในชุมชน เป็นแรงผลักดันที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนที่ยั่งยืน เนื่องจากชุมชนเป็นแหล่งที่มีกลุ่มคนหลากหลายครอบครัวมาอยู่ร่วมกัน ชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ประชาชนในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยคนในชุมชนต้องร่วมมือกันเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง ร่วมกันวางแผนและ

ดำเนินการแก้ไขปัญหาสภาพของชุมชน ด้วยการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเหมาะสมและประเมินผลกิจกรรมต่าง ๆ โดยชุมชน

ดังนั้นแนวทางการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับบุคคลแล้ว การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระหว่างกันของบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน อาทิเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนเครือข่ายในชุมชน เป็นต้น มาร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงาน มีระบบสนับสนุนทางสังคม และมีการกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพโดยใช้บริบทของมุสลิมเป็นฐานจึงเป็นแนวทางสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีประสิทธิผล (บุญเรือง, 2553) และการนำหลักศาสนาอิสลามมากำหนดรูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของสตรีมุสลิม จะส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเกิดประสิทธิผลในระยะยาวและยั่งยืน

โปรแกรมการเสริมพลังชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมพลังชุมชนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสตรีมุสลิมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารการวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติและเกี่ยวกับโรคเมตาบอลิกซินโดรม ซึ่งประกอบไปด้วยงานวิจัยชนิดกึ่งทดลอง (experimental design study) งานวิจัยชนิดทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) และได้รับการตีพิมพ์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551 - 2558 และงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในต่างประเทศตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 – 2015 สรุปได้ดังนี้

1. ประเภทงานวิจัย งานวิจัยที่ศึกษาทั้งหมด 10 เรื่อง เป็นงานวิจัยต่างประเทศ 4 เรื่อง ซึ่งตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 - 2015 โดยเป็นงานวิจัยชนิดกึ่งทดลอง(experimental design study) จำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยชนิดทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) จำนวน 3 เรื่อง และงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ในประเทศ ทั้งหมด 6 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยชนิดกึ่งทดลอง (experimental design study) ทั้งหมด ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551 - 2558

2. กรอบแนวคิดที่ศึกษา ในเอกสารงานวิจัยที่ทบทวนทั้ง 10 เรื่อง พบว่า มีการใช้กรอบแนวคิดที่ได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมเพื่อลดระดับไขมันในเลือดมากที่สุด คือ แนวคิดแบบจำลองขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Trans theoretical model - TTM) (ผาณิต, 2552; กัลยาณี, 2551) รองลงใช้ทฤษฎีหรือแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) (นันทิมาศ, 2556 ; สุทธิลักษณ์, 2554) และงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง (พรพรรณ, 2555) ส่วนงานวิจัยที่เหลือเป็นงานวิจัยที่ไม่ระบุกรอบแนวคิดที่ชัดเจน นอกจากนี้มีการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการเสริมพลังชุมชน ซึ่งสามารถพัฒนาโปรแกรมได้อย่างเหมาะสม และนำไปใช้ได้จริง (อารียา, 2557 ; เยาวภา, 2555)

3. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในวัยผู้ใหญ่ขึ้นไปจนถึงวัยสูงอายุ (กัลยาณี, 2551 ; สุทธิลักษณ์, 2554 ; พรพรรณ, 2555 ; Da Woot, 2008) รองลงเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวชนิดเรื้อรัง (ผาณิต, 2552 ; นันทิมาศ, 2555) และเป็นกลุ่มบุคลากรที่อยู่ในสำนักงาน (วิริยะ, 2551)

4. การส่งเสริมการทำกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเสริมพลังชุมชนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือด มีดังนี้

4.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กระทำโดยการวิเคราะห์ระยะพฤติกรรมของแต่ละบุคคลและเลือกนำวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลากหลายรูปแบบมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับระยะพฤติกรรม โดยการปรับขึ้นหรือระยะของพฤติกรรมให้อยู่ในระยะเดียวกัน จนกระทั่งผู้ป่วยมีระยะของพฤติกรรมอยู่ในระยะเตรียมการ จึงนำผู้ป่วยมาจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยการใช้ความรู้ การสอนสุขศึกษา การให้ข้อมูลย้อนกลับ การประเมินตนเอง การกำกับตนเอง การใช้กระบวนการกลุ่ม การเสริมแรง การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การใช้ตัวแบบ เป็นต้น (นันทิมาศ, 2555 ; พรพรรณ, 2555 ; ผาณิต, 2552)

4.2 การให้สุขศึกษาและคำแนะนำอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด (กัลยาณี, 2551)

4.3 การใช้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือกบริโภคอาหาร โดยมีการประสานงานในการดูแลร่วมกันของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือด (Da Wood, 2008) และการปรับวิถีชีวิตด้านการบริโภคอาหารอาหาร เป็นเวลา 24 สัปดาห์ เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือด (วิริยะ, 2551)

4.4 การจัดการภาวะไขมันในเลือดสูงโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเพิ่มการออกกำลังกายแบบแอโรบิก การเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบหลากหลาย เช่น ธาตุเหล็ก ไขมันดี โปรตีนถั่วเหลือง ข้าวโฮลสเต็ม และการให้อาหารเสริมโอเมก้า 3 (G.S.Mannu et al, 2013; Clare straddling, 2012)

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลมากที่สุด คือ การประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับไขมันในเลือด (นันท์มาส, 2555 ; พรพรรณ, 2555 ; ผาณิต, 2552) การวิเคราะห์ขั้นตอนพฤติกรรม (ผาณิต, 2552) และการวัดระดับไขมันในเลือดด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ โดยวัดผลของโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอลโคเลสเตอรอล และแอลดีแอลโคเลสเตอรอล

6. ผลลัพธ์จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเสริมพลังชุมชนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมป้องกันระดับไขมันในเลือดและระดับไขมันในเลือดในทางที่ดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้เป็นอย่างดี ถึงแม้ว่างานวิจัยพบว่าระดับไขมันในเลือดบางตัว ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง แต่พฤติกรรมการควบคุมระดับไขมันในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทั้งทางด้านรูปธรรมและนามธรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดตัวแปรตามไว้ 2 ประเภท ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และ ระดับไขมันในเลือด

7. ข้อจำกัดในการศึกษา พบว่า งานวิจัยที่ได้ทบทวนไม่ได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย เช่น อายุ การศึกษา รายได้ ความแตกต่างด้านสังคม วัฒนธรรม และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ด้วย

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า มีการใช้กรอบแนวคิดหลากหลายรูปแบบ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือก แนวคิดแบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (way of promoting a healthy community) (Boonyasopun, 2000) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดหลัก เพื่อให้มีการจัดการสิ่งแวดล้อม ดึงศักยภาพของชุมชนในการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้มแข็งและสามารถจัดการภาวะไขมันในเลือดในสตรีมุสลิมตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมได้อย่างยั่งยืน และใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Trans theoretical model - TTM) มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคล ซึ่งมีหลายงานวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โปรแกรมเสริมพลังชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกัน ภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม โดยดัดแปลงมาจากการพัฒนาโปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีน้ำหนักเกินของอารียา (2559) ซึ่งได้มีการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมพลังชุมชนบนพื้นฐานแบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (Way of promoting a healthy community) (Boonyasopun, 2000) เป็นหลักบูรณาการกับแบบจำลองขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการใช้โภชนบำบัดและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลามเป็นเนื้อหาของโปรแกรม ซึ่งการดำเนินการประกอบด้วย

1. แนวทางการใช้โปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อวางแผนเกี่ยวกับการใช้โปรแกรม และทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนของโปรแกรม และการใช้สื่อ แผนภูมิ เพื่อใช้ประกอบกิจกรรม

2. แผนการจัดกิจกรรมเสริมพลังชุมชน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการขั้นเสริมพลัง และขั้นประเมินผล

- 2.1 ขั้นตอนเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมผู้เข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย การคัดเลือกแกนนำที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด 6 คน จัดกิจกรรมชี้แจงวัตถุประสงค์ และอบรมเตรียมความพร้อมแกนนำ โดยอธิบายขั้นตอนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ฝึกใช้คู่มือเสริมพลังแกนนำ พร้อมมอบหมายให้แกนนำทำความเข้าใจเพิ่มเติมจากคู่มือเสริมพลังแกนนำ และคู่มือรวมใจมุสลิมะห์ และรับสมัครคัดเลือกสตรีมุสลิมตามคุณสมบัติ โดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบประเมินระยะพฤติกรรม พร้อมนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมวิจัย

- 2.2 ขั้นตอนการเสริมพลัง ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสะสมพลัง ระยะสมดุลพลัง และระยะแสดงผล

ระยะที่ 1 สะสมพลัง จัดกิจกรรม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 พยาบาลชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้แกนนำประเมินภาวะสุขภาพของสตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมาย พร้อมให้ข้อมูลรายละเอียดบุคคล สตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้น

พยาบาลจัดเวทีคืนข้อมูล สะท้อนคิดสถานการณ์ปัญหา และบรรยายให้ความรู้เรื่อง โรคไขมันในเลือดสูง แยกนำแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม ให้สมาชิกทำใบงานฝังความคิดพิชิตไขมันในเลือดสูง และใบงานค้นหาพลัง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย และแนวทางการแก้ปัญหา พร้อมทั้งเล่นเกมส์ต่อความยาว เพื่อสะท้อนพลังของการทำงานร่วมกัน ชมวีดิทัศน์ชุมชนต้นแบบ จากนั้นแกนนำและสมาชิกร่วมกันตั้งเป้าหมาย ทำพันธสัญญาร่วมกันระหว่างสมาชิกทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยและแนวทางมากำหนดเป้าหมายเพื่อนำไปปฏิบัติ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที ครั้งที่ 2 จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเติมพลัง เพิ่มความมั่นใจ โดยแกนนำเชิญผู้เฒ่าผู้แก่มาให้ความรู้เกี่ยวกับหลักโภชนาการตามแนวทางศาสนาอิสลาม และพยาบาลสรุปการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ ให้ความรู้/สาธิตเกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการ อาหาร โชนสี เทคนิค 2:1:1 แล้วมอบหมายให้สตรีมุสลิมบันทึกการบริโภคอาหารที่บ้าน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ระยะที่ 2 สมดุลพลัง จัดกิจกรรม 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วยกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การบริโภคที่ผ่านมาระหว่างสมาชิก พร้อมระบุปัญหา อุปสรรค และสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แกนนำเชิญตัวแทนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พร้อมให้กำลังใจสมาชิก และกิจกรรมทางเลือกผู้พลัง เป็นกิจกรรมที่สมาชิกเลือกปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งได้แก่ กิจกรรมประกวดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ (กิจกรรมอาจมีการปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการและข้อตกลงของสมาชิก) สตรีมุสลิมและแกนนำร่วมจัดและดำเนินกิจกรรมประกวดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ โดยพยาบาลมีสนับสนุนและอำนวยความสะดวก จากนั้นสมาชิกทุกคนร่วมกำหนดกิจกรรมกลุ่มที่จะร่วมกันดำเนินการในระยะแสดงพลังต่อไป (กิจกรรมวันรวมพลังในสัปดาห์ที่ 8) พยาบาลนัดหมายแกนนำเพื่อเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ 6 พร้อมมอบหมายภารกิจให้สมาชิกดำเนินการตามแผนในสัปดาห์ที่ 5 - 11 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

ระยะที่ 3 แสดงพลัง ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 - 11 โดยให้สมาชิกปฏิบัติตามแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ร่วมกำหนด มีการจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 6 โดยพยาบาลและแกนนำ สำหรับสมาชิกที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เพื่อติดตามประเมินสภาพครอบครัว และกระตุ้นครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีมุสลิมให้ประสบผลสำเร็จ และจัดกิจกรรมเชิงสัญลักษณ์ วันรวมพลัง 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 8 เป็นกิจกรรมที่มาจากคำตัดสินเลือกของสมาชิก ได้แก่ การประกวดครอบครัวรักสุขภาพ และจัดตั้งชมรมชาวประจวบรักษ์หัวใจ เป็นต้น (สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทและความต้องการของชุมชน)

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล จัดกิจกรรม 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 12 มีการสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดของสตรีมุสลิม ประเมินภาวะสุขภาพให้แก่สมาชิกหลังเข้าร่วมโปรแกรม ให้แก่นำและสมาชิกเปิดใจ สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรม และมีการมอบรางวัลแก่ผู้ที่ปรับพฤติกรรมได้สำเร็จ

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคสูงในปัจจุบันและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของประเทศไทย โดยเฉพาะปัญหาไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เช่นเดียวกับสถานการณ์ของประเทศไทยที่พบเพศหญิงมีภาวะไขมันในเลือดสูง มากกว่าเพศชาย เนื่องจากสตรีมุสลิมมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปตามสภาพสังคมที่เปลี่ยน ซึ่งมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ มีเครื่องอำนวยความสะดวกสบาย ทำให้มีการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร จึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมและป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิม

ปัจจุบันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้ผลดี ลดค่าใช้จ่าย และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ซึ่งเป็นกลวิธีที่ได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในคลินิกและในชุมชน แต่ส่วนใหญ่มีรูปแบบการดำเนินการที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ตัวบุคคล ซึ่งเป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จได้แค่ช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ไม่ยั่งยืน เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคล มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่ ดังนั้นเมื่อบุคคลยังอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ย่อมส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ เช่นเดียวกับสตรีมุสลิม ซึ่งมีวิถีชีวิต วัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมที่จำเพาะ และมีความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม ทำให้การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของชุมชนยังน้อยอยู่ จึงทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมายังไม่ยั่งยืน

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกลวิธีสำคัญที่สามารถผลักดันสู่การขับเคลื่อนกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืนได้ แต่มี

ข้อจำกัด คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมา เป็นโปรแกรมที่ใช้สำหรับบุคคลทั่วไป และใช้กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค แต่สตรีมุสลิม ซึ่งนับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งเป็นศาสนาที่เน้นหลักการศรัทธา มีรูปแบบการดำเนินชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อที่เคร่งครัด ดังนั้นการนำหลักศาสนาอิสลามมากำหนดรูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของสตรีมุสลิม จะส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเกิดประสิทธิผลในระยะยาวและยั่งยืนได้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการเสริมพลังชุมชน ร่วมกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคลตามระยะพฤติกรรมของบุคคล ผสมผสานกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม มาประยุกต์ใช้ในการโปรแกรมการเสริมพลังชุมชน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมพลังชุมชน ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

| | |
|-------------|----------------------|
| กลุ่มทดลอง | O1 ----- X1 ----- O2 |
| กลุ่มควบคุม | O3 ----- X2 ----- O4 |

| | | |
|----|---------|---|
| X1 | หมายถึง | โปรแกรมการเสริมพลังชุมชน |
| X2 | หมายถึง | กิจกรรมการพยาบาลตามปกติ |
| O1 | หมายถึง | พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมพลังชุมชน |
| O2 | หมายถึง | พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังชุมชน |
| O3 | หมายถึง | พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ |
| O4 | หมายถึง | พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ |

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีมุสลิมที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง มีอายุระหว่าง 35 – 60 ปี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีมุสลิมที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ที่นับถือศาสนาอิสลาม และอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา โดยเลือกหมู่บ้านที่มีประชากรมุสลิม ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. สตรีมุสลิมมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
2. มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ดังนี้
 - 2.1 มีประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวด้วยโรคไขมันในเลือดสูง หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.2 ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิก 80 – 89 มิลลิเมตรปรอท (Pre - HT)
 - 2.3 ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตั้งแต่ 100 มก./ดล. (Pre - DM)
 - 2.4 มีภาวะอ้วน หรือดัชนีมวลกาย > 25 กก./ม²
 - 2.5 รอบเอวเกินมาตรฐาน (มากกว่า 80 เซนติเมตร)
3. อยู่ในระยะพฤติกรรมที่ 3 (ระยะพร้อมปฏิบัติ) หรือ ระยะที่ 4 (ระยะปฏิบัติ)
4. ไม่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ
5. ไม่เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันชนิดต่าง ๆ มาก่อน
6. เป็นผู้ที่มีความตั้งใจและสามารถเข้าใจ สื่อสารภาษาไทยหรือมลายูท้องถิ่นได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างหยุดเข้าร่วมการวิจัย (dropout criteria) ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย หากพบอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ จะพิจารณาให้กลุ่มตัวอย่างหยุดเข้าร่วมการวิจัย

1. ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ได้ตามกำหนด
2. ไม่เข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่สามารถติดต่อได้ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย
3. กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เสียชีวิต หรือย้ายถิ่นที่อยู่

ผู้มีส่วนร่วม

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ กลุ่มแกนนำชุมชนด้านสุขภาพ ทั้งหมด 6 คน ซึ่งประกอบด้วย .อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 3 คน และ

ตัวแทนกลุ่มสตรีประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน เพื่อเป็นแกนหลักในการดำเนินงานในโปรแกรมการเสริมพลังชุมชน โดยกำหนดคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นแกนนำที่ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อย่างน้อย 2 ปี หรือเป็นแกนนำในกลุ่มสตรีประจำหมู่บ้าน (กลุ่มแม่บ้าน) ที่ดำรงตำแหน่งในพื้นที่อย่างน้อย 2 ปี
2. มีบทบาทในชุมชนและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
3. มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโปรแกรม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Simple size)

การศึกษานี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งกำหนดตามงานวิจัยในอดีตที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ คือ การศึกษาของชัยจิรา (2558) เรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยชุมชนมีส่วนร่วม ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะโภชนาการในผู้หญิงที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงในชุมชน ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research design) ชนิด 2 กลุ่ม วัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง มีตัวแปรตาม 3 ตัว คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะโภชนาการ โดยเลือกนำผลของตัวแปรตามที่เกิดจากการทดลองมา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร นำผลการวิจัยมาคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากสูตรของกลาส (Glass, 1976 อ้างถึงใน บุญใจ, 2553) ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.74 จากนั้นนำมาใช้ในการเปิดตารางอำนาจการทดสอบเปิดตารางของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) โดยการกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) เท่ากับ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ 1.74 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 20 เปอร์เซ็นต์ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เป็นกลุ่มละ 30 ราย ดังนั้นในการศึกษานี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งสิ้น จำนวน 60 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเลือกหมู่บ้านที่ประชากรมีลักษณะวิถีชีวิตและบริบทชุมชนที่มีความใกล้เคียงกัน (Homogeneous selection) และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในสตรีมุสลิมที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลในการทดลอง และดำเนินการจัด

กิจกรรมในช่วงระยะเวลาเดียวกันทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบอำพราง (blind technique) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อไม่ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มไหน และให้แต่ละกลุ่มมีความเป็นอิสระต่อกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ การประเมินเพื่อคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) โดยสอบถาม/ประเมินปัจจัยเสี่ยง 5 ประเด็น คือ ประวัติครอบครัว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด คั่งนิมวลกาย และรอบเอว

1.2 แบบวิเคราะห์พฤติกรรมสำหรับแยกระยะพฤติกรรม ด้านการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม จำนวน 1 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1. แบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และแบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ ระดับความดันโลหิต ส่วนสูง น้ำหนัก คั่งนิมวลกาย รอบเอว รอบสะโพก สัดส่วนรอบเอว/รอบสะโพก และระดับไขมันในเลือด

2.2. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้จากแบบวัดพฤติกรรมการลดไขมันในเลือดของผาณิต (2552) ร่วมกับการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม เพื่อติดตามและประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

| | | |
|--------------------|---------|---|
| ปฏิบัติเป็นประจำ | หมายถึง | ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง | หมายถึง | ทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือมากกว่า 3 ใน 1 สัปดาห์ |
| ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง | หมายถึง | ทำกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้งหรือน้อยกว่า 1 ครั้ง |

| | | |
|---------------|---------|------------------------|
| | | ใน 1 สัปดาห์ |
| ไม่ปฏิบัติเลย | หมายถึง | ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย |

การให้คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งมีทั้งข้อความทางบวกจำนวน 7 ข้อ และข้อความทางลบจำนวน 13 ข้อ โดยให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน มีคะแนนรวมเต็มเท่ากับ 80 คะแนน ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์ให้ค่าคะแนนดังนี้

| | ข้อความทางบวก | ข้อความทางลบ |
|--------------------|---------------|--------------|
| ปฏิบัติเป็นประจำ | 4 | 1 |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง | 3 | 2 |
| ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง | 2 | 3 |
| ไม่ปฏิบัติ | 1 | 4 |

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง พิจารณาจากคะแนนรวมของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง โดยใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

3.1. โปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากโปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมของอารียา (2559) ส่วนประกอบของโปรแกรม ประกอบด้วย ส่วน 3 ดังนี้

3.1.1 แนวทางการใช้โปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อวางแผนเกี่ยวกับการใช้โปรแกรม และทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนของโปรแกรม และการใช้สื่อแผนภูมิ เพื่อใช้ประกอบกิจกรรม

3.1.2 แผนการจัดกิจกรรมเสริมพลังชุมชน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ
ขั้นเตรียมการ ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ในการคัดเลือกแกนนำที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด 6 คน จัดกิจกรรมชี้แจงวัตถุประสงค์ และอบรมเตรียมความพร้อมแกนนำ โดยอธิบายขั้นตอนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ฝึกใช้คู่มือเสริมพลังแกนนำ พร้อมมอบหมายให้แกนนำทำความเข้าใจเพิ่มเติมจากคู่มือเสริมพลังแกนนำและคู่มือรวมใจ

มุสลิมะฮ์ และรับสมัครคัดเลือกสตรีมุสลิมตามคุณสมบัติ โดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบประเมินระยะพฤติกรรม พร้อมนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนการเสริมพลัง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย

3 ระยะ คือ ระยะสะสมพลัง ระยะสมคูลพลัง และระยะแสดงพลัง จัดกิจกรรมรวม 5 ครั้ง ดังนี้

ระยะที่ 1 สะสมพลัง จัดกิจกรรม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 พยายามชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้แกนนำประเมินภาวะสุขภาพของสตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมาย พร้อมให้ข้อมูลรายละเอียดบุคคล สตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นพยายามจัดเวทีคืนข้อมูลสะท้อนคิดสถานการณ์ปัญหา และบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูง แกนนำแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม ให้สมาชิกทำใบงานฝังความคิดพิชิตไขมันในเลือดสูง และใบงานค้นหาพลัง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย และแนวทางการแก้ปัญหา พร้อมทั้งเล่นเกมส์ต่อความยาว เพื่อสะท้อนพลังของการทำงานร่วมกัน ชมวีดิทัศน์ชุมชนต้นแบบ จากนั้นแกนนำและสมาชิกร่วมกันตั้งเป้าหมาย ทำพันธสัญญาร่วมกันระหว่างสมาชิกทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยและแนวทางมากำหนดเป้าหมายเพื่อนำไปปฏิบัติ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที ครั้งที่ 2 จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเติมพลัง เพิ่มความมั่นใจ โดยแกนนำเชิญผู้นำศาสนามาให้ความรู้เกี่ยวกับหลักโภชนาการตามแนวทางศาสนาอิสลาม และพยายามสรุปการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ ให้ความรู้/สาธิตเกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการ อาหาร โชนสี เทคนิค 2:1:1 แล้วมอบหมายให้สตรีมุสลิมบันทึกการบริโภคอาหารที่บ้าน เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ระยะที่ 2 สมคูลพลัง จัดกิจกรรม 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วยกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การบริโภคที่ผ่านมาระหว่างสมาชิก พร้อมระบุปัญหา อุปสรรค และสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แกนนำเชิญตัวแบบร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พร้อมให้กำลังใจสมาชิก และกิจกรรมทางเลือกสู่พลัง เป็นกิจกรรมที่สมาชิกเลือกปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งได้แก่ กิจกรรมประกวดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ (กิจกรรมอาจมีการปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการและข้อตกลงของสมาชิก) สตรีมุสลิมและแกนนำร่วมจัดและดำเนินกิจกรรมประกวดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ โดยพยายามมีสนับสนุนและอำนวยความสะดวก จากนั้นสมาชิกทุกคนร่วมกำหนดกิจกรรมกลุ่มที่จะร่วมกันดำเนินการในระยแสดงพลังต่อไป (กิจกรรมวันรวมพลังในสัปดาห์ที่ 8) พยายามนัดหมายแกนนำเพื่อเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 6 พร้อมมอบหมายภารกิจให้สมาชิกดำเนินการตามแผนในสัปดาห์ที่ 5 - 11 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

ระยะที่ 3 แสดงพลัง ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 - 11 โดยให้สมาชิกปฏิบัติตามแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ร่วมกำหนด มีการจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 6 โดยพยาบาลและแกนนำ สำหรับสมาชิกที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เพื่อติดตามประเมินสภาพครอบ

ครอบครัว และกระตุ้นครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีมุสลิมให้ประสบผลสำเร็จ และจัดกิจกรรมเชิงสัญลักษณ์ วันรวมพลัง 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 8 เป็นกิจกรรมที่มาจากardtตัดสินใจเลือกของสมาชิก ได้แก่ การประกวดครอบครัวรักสุขภาพ และจัดตั้งชมรมชาวประกอบรักษ์หัวใจ เป็นต้น (สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทและความต้องการของชุมชน)

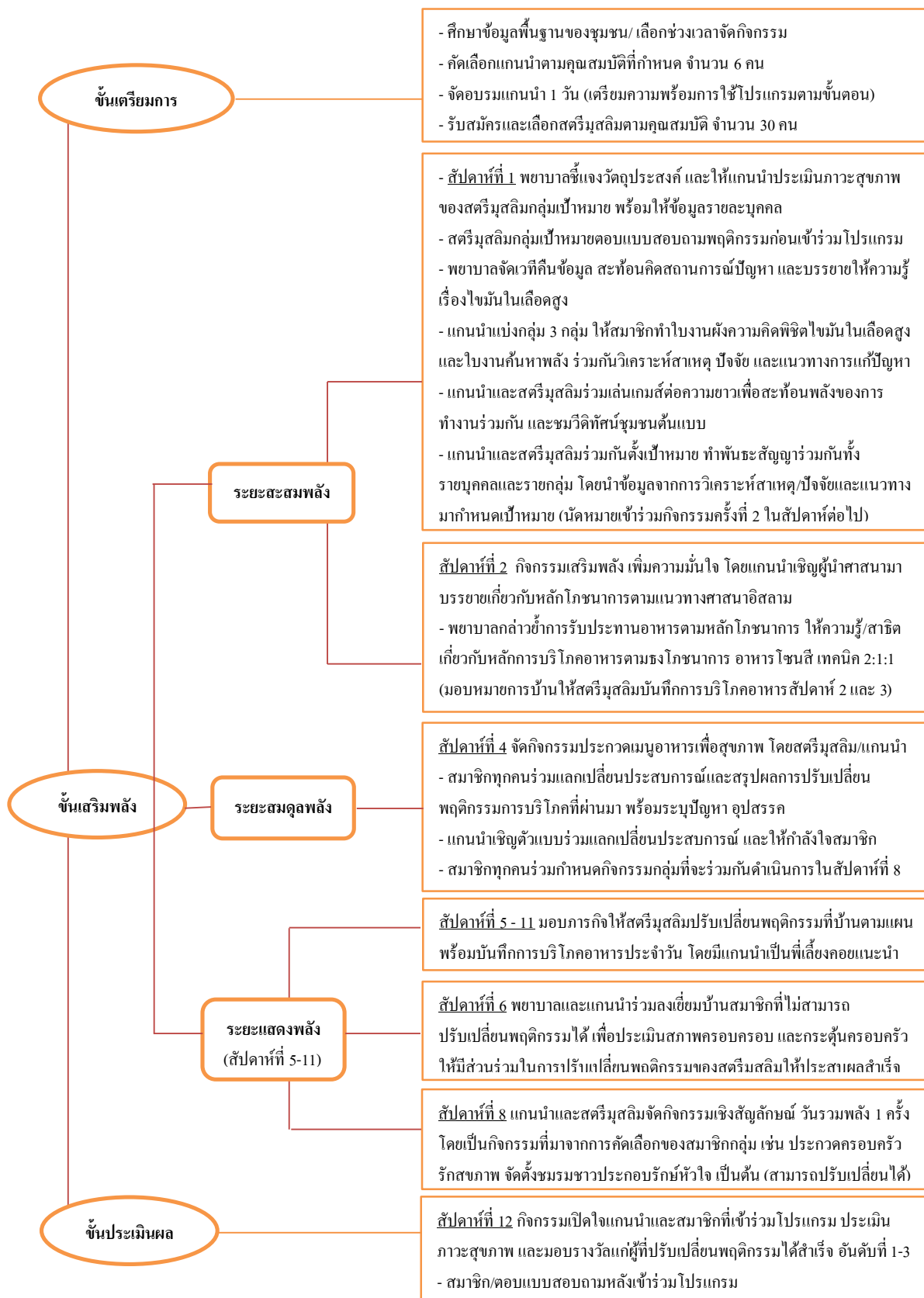
ขั้นตอนประเมินผล จัดกิจกรรม 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 12 มีการสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของสตรีมุสลิมหลังเข้าร่วม โปรแกรม ให้แกนนำและสมาชิกเปิดใจ สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วม โปรแกรม และมีการมอบรางวัลแก่ผู้ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี

3.1.3 กลุ่มมือประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย

- กลุ่มมือเสริมพลังสำหรับแกนนำ เป็นกลุ่มมือประกอบสำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมของแกนนำในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรม ซึ่งจะเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับบทบาทของแกนนำแต่ละระยะ คือ คำชี้แจงการใช้กลุ่มมือ ขั้นตอนการใช้โปรแกรม กิจกรรมสะสมพลัง ครั้งที่ 1 เกมส์ต่อความยาว จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสะสมพลังครั้งที่ 2 จัดในสัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมสมดุลพลังครั้งที่ 3 จัดในสัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมแสดงพลัง จัดในสัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมครั้งที่ 5 เปิดใจสมาชิก และบันทึกกิจกรรมชุมชน จัดในสัปดาห์ที่ 12

- กลุ่มมือรวมในมุสลิมะห์ เป็นกลุ่มมือประกอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ประกอบด้วย คำชี้แจงการใช้กลุ่มมือ ข้อมูลของฉันทะพื่อนคิด ภาวะไขมันในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและแนวทางการป้องกัน การประเมินภาวะสุขภาพตนเอง อมานะห์ (สัญญาใจ) รายชื่อสมาชิก เป้าหมายของฉันทะพื่อนงานของเรา เดิมพลังเพิ่มความมั่นใจ อาหารกับการรับประทานที่เหมาะสม บันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลการตัดสินใจของสมาชิก บันทึกผลปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และบันทึกกิจกรรมในชุมชน เปิดใจ

3.2. โปรแกรมการพยาบาลตามปกติ เป็นการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในชุมชนตามแนวทางการดำเนินงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เป็นการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ตามหลักการดำเนินงานของคลินิกไร้พุง (Diet & Physical Activity Change Clinic: DPAC) เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติจริงในพื้นที่ ประกอบด้วยการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 30. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) กำหนดเป้าหมาย และวางแผนการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และมีการนัดติดตามและประเมินผล (6 เดือน) โดยนัดทุก 1-2 เดือน และนัดประเมินภาวะสุขภาพเป็นระยะ 2 - 3 เดือน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558)



ภาพ 2 แสดงขั้นตอนการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1. โปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิม ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา รูปแบบกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหา โดยพยาบาลประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ความเห็นว่าเป็นโปรแกรมที่สะดวก เข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชุมชน และเสนอแนะเนื้อหากิจกรรมบางส่วน ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย

2. แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดของผาณิต (2552) และทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติม ได้ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะ ภายหลังปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 1.0 ซึ่งว่าเป็นเครื่องมือที่มีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิม ไปทดสอบความเชื่อมั่นกับสตรีมุสลิมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 ราย แล้วคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.74 ซึ่งถือว่าเป็นแบบสอบถามที่มีความน่าเชื่อถือ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเอกสารพิทักษ์สิทธิ และ โครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หลังจากคณะกรรมการอนุมัติแล้วจึงเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อได้รับการอนุมัติ (รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2018 – NSt 022) ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกรายทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมก่อนดำเนินการทดลอง โดยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมทราบ พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการทำการศึกษ ขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาในระหว่างการดำเนินการได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาใด ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างพึงจะได้รับ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำมาเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้วให้กลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมการในด้านความรู้ ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องภาวะไขมันสูงในสตรีมุสลิม วิธีชีวิตสตรีมุสลิม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสตรีมุสลิม

1.2 ศึกษานำร่อง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 16 ราย และในระหว่างที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยได้บันทึกปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข โปรแกรม และปรับแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมก่อนที่จะทำการศึกษาจริง

1.3 เสนอโครงการต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัยและติดตามผลการพิจารณา

1.4 ขอนหนังสือรับรองจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 คัดเลือกแกนนำที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย และรับสมัครคัดเลือกสตรีมุสลิมตามคุณสมบัติ พร้อมใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบประเมินระยะพฤติกรรม เพื่อคัดกรองและเลือกสตรีมุสลิมตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่อเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และขอความร่วมมือในการวิจัยโดยการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้อง เมื่อแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงลายมือชื่อไว้ใน ใบพิทักษ์สิทธิและอธิบายการเข้ารับกิจกรรมตามขั้นตอนในโปรแกรมทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.2 จัดอบรมเตรียมความพร้อมแกนนำ อธิบายและสาธิตขั้นตอนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมพลังชุมชน โดยใช้คู่มือเสริมพลังแกนนำ พร้อมมอบหมายให้แกนนำทำความเข้าใจเพิ่มเติมจากคู่มือเสริมพลังแกนนำและคู่มือรวมใจมุสลิมะฮ์

2.3 จัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินตาม โปรแกรม เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ และให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Pre-test) ตรวจสอบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป พร้อมแจ้งข้อมูลภาวะสุขภาพ จัดอบรมให้ศึกษาเรื่องไขมันในเลือดสูง และหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) และร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที จากนั้นให้กลุ่มควบคุมกลับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนในสัปดาห์ที่ 2 - 11

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 นัดติดตามผลหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1 เดือน สอบถามและทบทวน เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมาย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 12 โดยนักกลุ่มควบคุมมาประเมินและสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Post - test) และประเมินผลการตรวจสุขภาพ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงสำหรับสตรีมุสลิม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลาสามพลัง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้สตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แคนนำทำหน้าที่ประเมินภาวะสุขภาพของสตรีมุสลิม พร้อมให้ข้อมูลรายละเอียดบุคคล จากนั้นพยาบาลจัดเวทีคืนข้อมูล นำเสนอสถานการณ์ปัญหาไขมันในเลือดสูง และบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูง เพื่อให้สตรีมุสลิมตระหนักรู้และกระตุ้นความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา ก่อนเริ่มกระบวนการกลุ่ม โดยให้แกนนำแบ่งสตรีมุสลิมเป็น 3 กลุ่ม ให้สมาชิกทำใบงานฝึกร่วมความคิดพิชิตไขมันในเลือดสูง และใบงานค้นหาพลัง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย และแนวทางการแก้ปัญหา พร้อมทั้งเล่นเกมส่ต่อความยาว เพื่อสะท้อนพลังของการทำงานร่วมกัน พยาบาลเปิดวิดิทัศน์ชุมชนต้นแบบให้สมาชิกรับชม จากนั้นให้แกนนำและสมาชิกร่วมกันตั้งเป้าหมาย ทำพันธสัญญาร่วมกันระหว่างสมาชิกทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยและร่วมกำหนดแนวทาง นโยบาย และมาตรการของชุมชนเพื่อแก้ปัญหา พยาบาลสรุปผลกิจกรรมและนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ต่อไป ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลาสามพลัง จัดกิจกรรมเติมพลังเพิ่มความมั่นใจ โดยแกนนำเชิญผู้นำศาสนาบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับหลักโภชนาการตามแนวทางศาสนาอิสลาม จากนั้นพยาบาลให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ สาธิตเกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการ อาหารโซนสี เทคนิค 2:1:1 แล้วสรุปแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลาม เพื่อให้สตรีมุสลิมนำไปปฏิบัติ โดยมอบหมายให้สตรีมุสลิมบันทึกการบริโภคอาหารที่บ้าน 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2 - 3) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 ระยะเวลาสามพลัง พยาบาลจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผ่านมา ระหว่างสมาชิก โดยระบุปัญหาอุปสรรค และสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมให้แกนนำเชิญตัวแทนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจสมาชิก จากนั้นจัดกิจกรรมทางเลือกคู่พลัง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สมาชิกเลือก ได้แก่ การประกวดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ (สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการของ

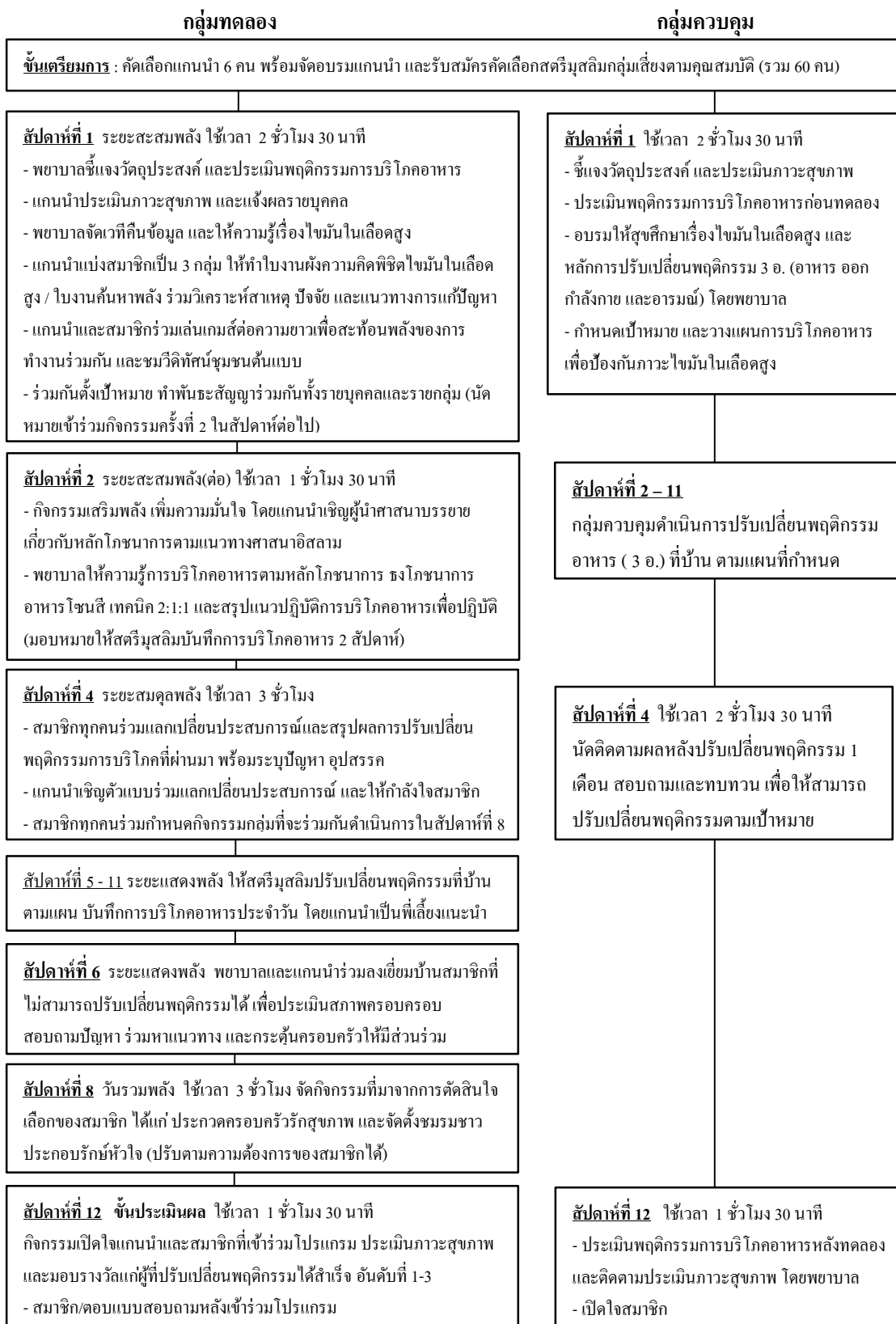
สมาชิก) โดยแกนนำและสมาชิกร่วมดำเนินการและสรุปผลจากกิจกรรม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง จากนั้นสมาชิกทุกคนร่วมกำหนดกิจกรรมกลุ่มที่จะร่วมกันดำเนินการในระแยะแสดงพลังต่อไป (กิจกรรมวันรวมพลังในสัปดาห์ที่ 8) และพยาบาลนัดหมายแกนนำเยี่ยมบ้านสัปดาห์ 6

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 5 - 11 ระแยะแสดงพลัง พยาบาลมอบหมายภารกิจให้สตรีมุสลิมดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแผนที่ร่วมกำหนด พร้อมทั้งให้บันทึกการบริโภคอาหารประจำวัน ซึ่งเป็นการแสวงหาความชำนาญ โดยการฝึกทักษะตัวเองและให้แกนนำเป็นพี่เลี้ยงคอยแนะนำในหมู่บ้าน

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 6 ระแยะแสดงพลัง แกนนำและพยาบาลร่วมลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านสมาชิกที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เพื่อประเมินสภาพครอบครัว สอบถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และร่วมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา พร้อมกระตุ้นครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีมุสลิมให้ประสบผลสำเร็จ

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 8 วันรวมพลัง แกนนำและสมาชิกร่วมจัดกิจกรรมที่มาจากการตัดสินใจเลือกของสมาชิก ประกอบด้วย ประกวดครอบครัวรักสุขภาพ และจัดตั้งชมรมชาวประเภอบรักษ์หัวใจ (สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการและข้อตกลงของสมาชิกกลุ่ม)

ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 12 สรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพยาบาลให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Post - test) พร้อมทั้งให้แกนนำและสมาชิกเปิดใจ สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรม และมีการมอบรางวัลแก่ผู้ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี



ภาพ 3 แสดงการเก็บรวบรวมข้อมูล และการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติทีอิสระ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test ภายหลังทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็น โคนึงปกติ
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t – test ภายหลังทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็น โคนึงปกติ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีมุสลิมที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 60 ราย โดยกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ได้รับ โปรแกรมเสริมพลังชุมชน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอแบ่งเป็น 2 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม หลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน
2. สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นสตรีมุสลิมที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังชุมชน จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 30 คน ซึ่งข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีทั้งสิ้น 60 ราย อายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 46.1 ปี (SD = 6.14) และกลุ่มควบคุม 46.2 ปี (SD = 7.19) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มทดลองร้อยละ 83.3 กลุ่มควบคุมร้อยละ 93.3) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 43.3 กลุ่มควบคุมร้อยละ 73.3) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (กลุ่มทดลองร้อยละ 93.3 กลุ่มควบคุมร้อยละ 83.3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลอง 4,900 บาท (SD = 2,829) และกลุ่มควบคุม 5,725 บาท (SD = 2,105) โดยครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลอง มีรายได้ไม่พอใช้ มีหนี้สิน (ร้อยละ 53.3) ส่วนกลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งมีรายได้พอใช้ ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 63.3) เมื่อนำความถี่ตามลักษณะเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความเพียงพอของรายได้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาทดสอบความแตกต่างทางสถิติ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ในส่วนของอายุ และรายได้เฉลี่ย พบว่า เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะข้อมูลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.5$) ส่วนระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.5$) ดังตาราง 1

ตาราง 1

เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($N = 60$)

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | | Statistics value | p - value |
|-----------------------------------|---|--------|---|--------|----------------------|--------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| อายุ (ปี) | $(\bar{x} = 46.1, SD = 6.14$ Min = 35, Max = 57) | | $(\bar{x} = 46.2, SD=7.19$ Max = 35 Min = 60) | | - 0.077 ^b | .939 |
| 35 - 40 | 8 | 26.7 | 8 | 26.7 | | |
| 41 - 50 | 13 | 43.3 | 8 | 26.7 | | |
| 51 - 60 | 9 | 30.0 | 14 | 46.7 | | |
| สถานภาพสมรส | | | | | 1.503 ^a | .472 |
| โสด | 2 | 6.7 | 1 | 3.3 | | |
| คู่ | 25 | 83.3 | 28 | 93.3 | | |
| หม้าย/หย่าร้าง/แยกอยู่ | 3 | 10.0 | 1 | 3.3 | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | 6.514 ^a | .038 |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 8 | 26.7 | 2 | 6.7 | | |
| ประถมศึกษา | 13 | 43.3 | 22 | 73.3 | | |
| มัธยมศึกษา/ปริญญาตรี | 9 | 30.0 | 6 | 20.0 | | |
| อาชีพ | | | | | 1.431 ^a | .232 |
| เกษตรกรกรรม | 28 | 93.3 | 25 | 83.3 | | |
| ไม่ใช่เกษตรกร (ค้าขาย/แม่บ้าน) | 2 | 6.7 | 5 | 16.7 | | |
| รายได้เฉลี่ย/เดือน | $(\bar{x} = 4900, SD = 2829,$ Min = 3000, Max=18000) | | $(\bar{x} = 5725, SD = 2105,$ Min = 3000, Max=10000) | | -1.281 ^b | .206 |
| 1,000 - 4,999 บาท | 20 | 66.7 | 10 | 33.3 | | |
| 5,000 - 9,999 บาท | 8 | 26.7 | 19 | 63.3 | | |
| 10,00 - 12,499 บาท | 2 | 6.7 | 1 | 3.3 | | |

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | Statistics value | p - value |
|-----------------------|------------|--------|-------------|--------|---------------------|-----------|
| | (n = 30) | | (n = 30) | | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| ความเพียงพอของรายได้ | | | | | 10.199 ^a | .017 |
| ไม่พอใช้ ไม่มีหนี้สิน | 4 | 13.3 | 0 | 0.0 | | |
| ไม่พอใช้ มีหนี้สิน | 16 | 53.3 | 10 | 33.3 | | |
| พอใช้ เหลือเก็บ | 2 | 6.7 | 1 | 3.3 | | |
| พอใช้ ไม่เหลือเก็บ | 8 | 26.7 | 19 | 63.3 | | |

a = สถิติไคสแควร์ (Chi-square test), b = สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

2. ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 96.7 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) ทั้งหมด (ร้อยละ 100) ไม่มียาที่ใช้ประจำ ระดับความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง โดยระดับความดันซิสโตลิก (Systolic) ในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 130 mmHg (SD = 8.42) กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 134 mmHg (SD = 7.95) และระดับความดันไดแอสโตลิก (diastolic) กลุ่มทดลองเฉลี่ย 73 mmHg (SD = 9.51) กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 81 mmHg (SD = 12.74) น้ำหนักเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 61.9 กิโลกรัม (SD = 10.36) ส่วนกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเฉลี่ย 65.3 กิโลกรัม (SD = 12.67) โดยเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 46.7) มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.00 – 29.9 กก./ตร.ม. (อ้วนระดับ 1) ในขณะที่กลุ่มควบคุม (ร้อยละ 40) มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 30 กก./ตร.ม.ขึ้นไป (อ้วนระดับ 2) รอบเอวเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในเกณฑ์ที่ผิดปกติ (กลุ่มทดลองเฉลี่ย 84.9 เซนติเมตร SD = 12.37, กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 88.4 เซนติเมตร SD = 12.58) อัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพก กลุ่มทดลองเฉลี่ย .89 (SD = .071) และกลุ่มควบคุมเฉลี่ย .88 (SD = .077) โดยส่วนใหญ่มีอัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกอยู่ในเกณฑ์อ้วนลงพุง (กลุ่มทดลองร้อยละ 70, กลุ่มควบคุมร้อยละ 63.3) ซึ่งเมื่อนำความถี่ตามลักษณะของโรคประจำตัว และยาที่ใช้ประจำ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาทดสอบความแตกต่างทางสถิติ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ในส่วนของระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และอัตราส่วนรอบเอว/รอบสะโพก ของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ข้อมูลดังกล่าวทั้งหมด มีลักษณะข้อมูลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.5$) ดังตาราง 2

ตาราง 2

เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 60)

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | | Statistics value | p - value |
|----------------------------------|---|--------|---|--------|---------------------|-----------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| โรคประจำตัว | | | | | .000 ^a | 1.00 |
| ไม่มี | 29 | 96.7 | 29 | 96.7 | | |
| มี | 1 | 3.3 | 1 | 3.3 | | |
| ยาที่ใช้ประจำ | | | | | | |
| ไม่มี | 3 | 100 | 3 | 100 | 1.052 ^a | .31 |
| ระดับความดันโลหิต | | | | | | |
| ความดันซิสโตลิก | (\bar{x} = 130, SD = 8.42, Min = 120, Max = 148) | | (\bar{x} = 134, SD = 7.95, Min = 123, Max = 154) | | -1.609 ^b | .11 |
| ความดันไดแอสโตลิก | (\bar{x} = 73, SD = 9.51, Min = 64, Max = 98) | | (\bar{x} = 81, SD = 12.74, Min = 68, Max = 116) | | -1.137 ^b | .26 |
| น้ำหนัก | (\bar{x} = 61.9, SD = 10.36, Min = 41, Max = 79) | | (\bar{x} = 65.3, SD = 12.67, Min = 41, Max = 87) | | -1.138 ^b | .26 |
| ดัชนีมวลกาย (kg/m ²) | (\bar{x} = 26.8, SD = 3.96, Min = 17.1, Max = 34.2) | | (\bar{x} = 28.2, SD = 4.52, Min = 19.5, Max = 37.8) | | -1.254 ^b | .25 |
| น้อยกว่า 18.50 | 1 | 3.3 | 0 | 0.0 | | |
| 18.50 – 22.99 | 4 | 13.3 | 3 | 10.0 | | |
| 23.00 – 24.99 | 5 | 16.7 | 4 | 13.3 | | |
| 25.00 – 29.99 | 14 | 46.7 | 11 | 36.7 | | |
| 30 หรือมากกว่า | 6 | 20.0 | 12 | 40.0 | | |
| รอบเอว (เซนติเมตร) | (\bar{x} = 84.9, SD = 12.37, Min = 64, Max = 108) | | (\bar{x} = 88.4, SD = 12.58, Min = 67, Max = 109) | | -1.072 ^b | .28 |

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | | Statistics value | p - value |
|------------------------------|--|--------|--|--------|---------------------|-----------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| ≤ 80 (ปกติ) | 12 | 40.0 | 8 | 26.7 | | |
| > 81 (เกินเกณฑ์) | 18 | 60.0 | 22 | 73.3 | | |
| อัตราส่วนรอบเอว/ รอบสะโพก | (\bar{x} = .89, SD = .07, Min = .77, Max = 1.02) | | (\bar{x} = .88, SD = .077, Min = .68, Max = .99) | | .681 ^b | .49 |
| ≤ 0.8 (ปกติ) | 2 | 6.7 | 5 | 16.7 | | |
| 0.81 – 0.85 (เสี่ยง) | 7 | 23.3 | 7 | 23.3 | | |
| > 0.86 (อ้วนลงพุง) | 21 | 70.0 | 18 | 60.0 | | |

a = สถิติไคสแควร์ (Chi-square test), b = สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ก่อนทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) โดยพิจารณาจากกราฟหรือความเบ้ (skewness) ของตัวแปรที่นำมาทดสอบ คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และใช้สถิติโคลโมโกรอฟ สเมียร์นอฟ (Kolmogorov – Sminov Test) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังทดลองของทั้ง 2 กลุ่มมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (ภาคผนวก ก ตาราง 1) และทดสอบความแปรปรวนเป็นเอกพันธ์ของประชากร (test of homogeneity of variance) โดยใช้สถิติตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างข้อมูล 2 ชุด (Levene test) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความแปรปรวนเท่ากัน (ภาคผนวก ก ตาราง 2) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที (t-test)

การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม หลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน สูงกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมเสริมพลังชุมชน

กลุ่มทดลอง ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน โดยสถิติทีคู่ (Paired - sample t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.6, p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 45.93 ($SD = 5.25$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 59.93 ($SD = 6.73$) ตาราง 3

กลุ่มควบคุม ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.11, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 52.4 ($SD = 5.17$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 54.43 ($SD = 4.99$) (ตาราง 3) แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลอง ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนและหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.009, p < .001$) ตาราง 4

ตาราง 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมเสริมพลังชุมชน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t - test ($N = 60$)

| กลุ่มตัวอย่าง | ก่อนทดลอง ($n = 30$) | | หลังทดลอง ($n = 30$) | | t | df | $P - values$ |
|---------------|------------------------|------|------------------------|------|-------|------|--------------|
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD | | | |
| กลุ่มทดลอง | 45.93 | 5.25 | 59.93 | 6.73 | -12.6 | 29 | .000*** |
| กลุ่มควบคุม | 52.40 | 5.17 | 54.43 | 4.99 | -3.11 | 29 | .004** |

*** $p < .001$, ** $p < .01$

ตาราง 4

เปรียบเทียบ ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลอง ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ *Independent t – test* ($N = 60$)

| กลุ่มตัวอย่าง | ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภค | | <i>t</i> | <i>df</i> | <i>p-values</i> |
|---------------|--------------------------------------|-----------|----------|-----------|-----------------|
| | อาหารก่อนและหลังการทดลอง | | | | |
| | \bar{x} | <i>SD</i> | | | |
| กลุ่มทดลอง | 15.97 | 10.28 | 6.72 | 33.7 | 0.000*** |
| กลุ่มควบคุม | 2.83 | 2.96 | | | |

*** $p < .001$

สมมุติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร ของสตรีมุสลิมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ (*Independent t – test*) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.59, p < .01$) โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรับประทานอาหารหลังการทดลอง เท่ากับ 59.93 ($SD = 6.73$) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารหลังการทดลอง เท่ากับ 54.43 ($SD = 6.73$) ตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ *Independent t – test* ($N = 60$)

| กลุ่มตัวอย่าง | ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภค | | <i>t</i> | <i>df</i> | <i>p-values</i> |
|---------------|--------------------------------|-----------|----------|-----------|-----------------|
| | อาหารหลังการทดลอง | | | | |
| | \bar{x} | <i>SD</i> | | | |
| กลุ่มทดลอง | 59.93 | 6.73 | 3.59 | 53.5 | 0.001** |
| กลุ่มควบคุม | 54.43 | 4.99 | | | |

** $p < .01$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลของโปรแกรมโดยวัดคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้วิจัยเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาในเพศหญิงทั้งหมด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ซึ่งเป็นสตรีมุสลิมกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่เริ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของวิชัย (2557) ที่พบความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 45 - 69 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ เนื่องจากบริบทมุสลิม มักส่งเสริมให้หนุ่มสาวที่มีความพร้อม แต่งงานสร้างครอบครัว ซึ่งการมีคู่สมรส เป็นการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งคู่สมรสจะคอยเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือ และแบ่งเบาภาระภายในบ้าน (บังอรและคณะ, 2551)

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 43.3 กลุ่มควบคุมร้อยละ 73.3) ซึ่งเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.5$) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากในพื้นที่ที่ทำการวิจัย มีโรงเรียนประถมศึกษา 4 แห่ง และมีเพียง 1 แห่งเท่านั้นที่จัดการสอนถึงระดับมัธยมศึกษา ซึ่งอยู่พื้นที่ของกลุ่มทดลอง ทำให้กลุ่มทดลองมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย สำหรับการศึกษาคือในระดับปริญญาตรีต้องเดินทางไปเรียนในตัวจังหวัดเท่านั้น ทำให้มีความยากลำบากมากขึ้น จึงมีประชากรศึกษาระดับนี้ น้อย อย่างไรก็ตามระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานความรู้พอใช้ สามารถอ่านออก เขียนได้ และสามารถรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของจันจิรา (2554) ที่พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการศึกษา ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง 5,312 บาท (SD = 2507) ครั้งหนึ่งของกลุ่มทดลอง มีรายได้ไม่พอใช้ มีหนี้สิน (ร้อยละ 53.3) ส่วนกลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งมีรายได้พอใช้ ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 63.3) ซึ่งรายได้และความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของบุคคล และมีความสำคัญต่อศักยภาพบุคคล

ในการดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพของตน (จันทิรา, 2554) ซึ่งความแตกต่างด้านความรู้สึกถึงความเพียงพอของรายได้ในแต่ละบุคคลของกลุ่มตัวอย่างข้างต้น อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงที่แตกต่างกันของสตรีมุสลิมในการศึกษารุ่นนี้ได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การส่งเสริมสุขภาพโดยการกระตุ้นและเน้นย้ำการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองดีขึ้นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มียาที่ใช้ประจำ และทั้งหมดมีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไขมันในเลือดสูง เนื่องจากลักษณะการสืบทอดทางกรรมพันธุ์มีผลโดยตรงต่อการเกิดไขมันในเลือดสูง (Familial Hypercholesterolemia) และมักเกิดโรคหัวใจได้เร็วกว่าคนปกติด้วย (Jeendum, 2010) และเมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง พบว่า ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง (ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก > 120 mmHg และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก > 80 mmHg) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ และมากกว่าครึ่งมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน มีรอบเอวผิดปกติ (มากกว่า 81 เซนติเมตร) และมีอัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกอยู่ในเกณฑ์อ้วนลงพุง ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงมากยิ่งขึ้นต่อการเกิดโรคไขมันในเลือดสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัยและคณะ (2552) พบว่าโรคอ้วนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหนึ่งในสาเหตุของการเกิดภาวะไขมันในสูง คือ พันธุกรรม โรคอ้วน และพฤติกรรม (พรชัย, 2554)

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ในการดำเนินกิจกรรมโดยใช้โปรแกรมเสริมพลังชุมชน ผู้วิจัยมีความเชื่อพื้นฐานว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากเริ่มต้นที่ตัวบุคคลแล้ว สภาพแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือที่ดีของชุมชน เป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดผลสำเร็จอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้ ซึ่งโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ประกอบด้วยกลยุทธ์หรือกระบวนการในการดำเนินการ ดังนี้

ประเด็นแรก ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรม โดยมีจุดเน้นในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานขับเคลื่อนกิจกรรม ซึ่งโปรแกรมเสริมพลังชุมชนถูกกำหนดด้วยโครงสร้างของการเสริมพลังชุมชนเป็นหลักสำคัญในการเสริมสร้างการดำเนินการสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง

ควบคู่กับการประยุกต์ใช้จากแนวคิดแบบจำลองขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะพฤติกรรมอยู่ในระยะ 3 และ 4 ซึ่งเป็นระยะที่มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการตื่นตัวด้านสุขภาพมีอยู่ระดับหนึ่งแล้ว การเพิ่มการกระตุ้นจากภายนอกพร้อมด้วย จึงส่งผลให้เกิดความสนใจและมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดผลสำเร็จได้ นอกจากนี้ขั้นตอนกิจกรรมในโปรแกรมทั้งหมด ผู้วิจัยได้มอบหมายให้แกนนำเป็นผู้ดำเนินการหลักในทุก ๆ กิจกรรม มีเจ้าหน้าที่พยาบาลคอยเป็นที่ปรึกษาให้คำปรึกษาเท่านั้น ส่งผลให้การจัดกิจกรรมต่าง ๆ มีความเป็นกันเอง แกนนำและสมาชิกทุกคนต่างมีความรู้สึกเป็นเจ้าของงานร่วมกันในการขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งโปรแกรมเริ่มต้นจากการรวมกลุ่มกันของสตรีมุสลิมและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน มีการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะแก่แกนนำเพื่อเตรียมความพร้อมและเพิ่มความมั่นใจก่อนเข้าสู่กระบวนการจัดกิจกรรมตามระยะของการเสริมพลัง 3 ระยะ รวม 6 ครั้ง ดังนี้

1. ระยะสะสมพลัง ได้มีการใช้กลวิธีปลุกกระดมด้วยการนำเสนอสถานการณ์ปัญหา และสร้างค่านิยมด้วยการค้นหาทรัพยากรในชุมชน แล้วร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุปัญหา และมีการรวบรวมฝันด้วยการร่วมกำหนดแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาไขมันในเลือดสูงตามความต้องการของชุมชน ซึ่งเป็นการกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างให้เกิดความตระหนักต่อปัญหา ทำให้ได้ทราบข้อมูลสาเหตุและปัจจัยของปัญหา และให้ความสำคัญกับการร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ซึ่งจากกิจกรรมนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันสูงมากเกินไปและการบริโภคผักที่ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุสำคัญต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันคิดและออกแบบกิจกรรมในการแก้ไขปัญหานี้ โดยมีการเรียงลำดับความยาก/ง่ายในการปฏิบัติกิจกรรม และร่วมตัดสินใจเลือกกิจกรรมตามความสามารถในการปฏิบัติจริงของสมาชิกกลุ่ม ทำให้เกิดแผนการดำเนินงานที่เกิดจากความต้องการของชุมชน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทและวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งจะเห็นได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดการตื่นตัว รู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา และพร้อมรับผิดชอบต่อปัญหาร่วมกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพลังในการขับเคลื่อนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ข้อมูลปัญหาของชุมชนเป็นฐาน และให้คนในชุมชนร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ และร่วมตรวจสอบติดตาม เป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นแรงเสริมเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องยั่งยืน (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ในการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 ในระยะสะสมพลัง ผู้วิจัยได้นำแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม มาใช้ประกอบกับรูปแบบของกิจกรรมที่มาจากการทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแกนนำได้เชิญผู้นำทางศาสนา (อุซตาส) มาร่วมให้ความรู้และแลกเปลี่ยนแนวทางกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจการปฏิบัติ เพื่อให้

เป็นไปตามวิถีชีวิตมุสลิมและไม่ขัดต่อหลักศาสนา ซึ่งเป็นการเสริมแรงจิตใจ เดิมพลังเพิ่มความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการปฏิบัติอย่างจริงจังมากขึ้น เพราะถือเป็นอามานะห์ (ความรับผิดชอบ) อย่างหนึ่งของผู้ศรัทธาในศาสนาอิสลามในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดี ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดที่ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ต้องอาศัยต้นทุนทางสังคม เช่น ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และแกนนำที่มีวิสัยทัศน์ มีความรู้ความสามารถ (พันธทิพาและวงศา, 2555) นอกจากนี้ ในระยะนี้ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างควบคู่กันไปด้วย โดยใช้กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด คือ การประเมินตนเอง (self-reevaluation) ซึ่งแกนนำให้สตรีมุสลิมได้มีการทบทวนและประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองที่ได้กระทำผ่านมา สิ่งใดบ้างที่จะส่งผลต่อสุขภาพตนเองในอนาคต ทั้งในด้านความรู้ความเข้าใจ และผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และใช้เทคนิคการรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ (social-liberation) โดยกระตุ้นให้สตรีมุสลิมจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อจะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เช่น การส่งเสริมการปลูกผักพื้นบ้านกินเองในครัวเรือน เป็นต้น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่กล่าวไว้ว่า สิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ เมื่อเพิ่มปัจจัยสนับสนุนและลดอุปสรรค(stimulus control) การสร้างพฤติกรรมที่ดีก็มีโอกาสมากขึ้น ในทางกลับกัน ถ้ามีอุปสรรคและขาดปัจจัยสนับสนุน โอกาสสร้างพฤติกรรมที่ดีทำได้ยาก (Prochaska & DiClemente, 1992) และสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิมาศ (2556) ซึ่งพบว่าการใช้หลักจิตวิทยาในการส่งเสริมการประเมินตนเอง และการจัดการตนเอง (Self-management) ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันในเลือดได้ และการศึกษาของพรพรรณ (2555) ที่ใช้แนวคิดทางจิตวิทยาด้านการกำกับตนเอง พบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และลดระดับไขมันในเลือดได้ดี

2. ระยะสมคูลพลัง ระยะนี้ผู้วิจัยได้มอบหมายให้แกนนำจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์จริงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงที่ผ่านมา โดยใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารตามคู่มือรวมใจมุสลิมะห์ (คู่มือสำหรับสตรีมุสลิม) โดยสมาชิกทุกคนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันระหว่างสมาชิกและประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ ทำให้ทราบถึงปัญหา/อุปสรรค ทั้งในส่วนของรายบุคคลและของกลุ่ม จนสามารถนำมาร่วมคิด และค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา/อุปสรรคดังกล่าว นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เสริมพลัง (empowerment) สมาชิกในการกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคนิคการทำพันธะสัญญากับตนเอง (self-liberation) ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้สตรีมุสลิมพัฒนาความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสม โดยกำหนดแนวทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการของตัวสมาชิกเอง และเป็นไปตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ และเทคนิคการให้แรงเสริม (reinforcement management) เป็นการให้แรงจูงใจเพื่อเสริมกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีเจ้าหน้าที่พยาบาลคอยสนับสนุน ส่งเสริมให้กำลังใจด้วยคำพูดและการกำหนดสิ่งจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เช่น การกล่าวคำชมเชย เมื่อสตรีมุสลิมสามารถปรับเมนูอาหารได้ การตั้งรางวัลเสริมแรงจิตใจให้แก่สมาชิกที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้และมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น มีน้ำหนักตัวลดลง ความดันโลหิตปกติ และรอบเอวลดลง เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี (2551) ที่พบว่า การให้คำปรึกษา ร่วมกัน ตั้งเป้าหมาย และให้กำลังใจชมเชยผู้ป่วยเป็นระยะ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้และมีระดับไขมันในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะนี้ผู้วิจัยได้ให้แก่น้ำและสมาชิกร่วมออกแบบกิจกรรมพัฒนาในระดับชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมทางเลือกลู่พลังในการพัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยกิจกรรมที่กลุ่มเลือกปฏิบัติ ได้แก่ การประกวดเมนูอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สตรีมุสลิมได้แสดงศักยภาพและความคิดสร้างสรรค์ในการปรุงอาหารด้วยตนเอง ส่งผลให้สมาชิกสามารถเลือกปรับเมนูอาหารที่ลดมัน และเน้นเลือกเมนูอาหารที่มีใยอาหารมากขึ้น ซึ่งจากกิจกรรมนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ทางเลือกในการจัดการด้านการบริโภคอาหารมากขึ้น ซึ่งถือเป็นการเลือกพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์มาปฏิบัติแทนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (counter conditioning) เป็นการช่วยชี้นำแนวทางในการต่อยอดการปรับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน โดยการปรับเมนูอาหารที่ใช้ไขมัน เช่น ของทอดต่าง ๆ แกงกะทิ เป็นเมนูอาหารต้ม นึ่ง และเลือกบริโภคแกงที่ไม่ใส่กะทิแทน เป็นต้น เป็นการลดอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่ (stimulus control) ได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของพัชราภรณ์ (2556) ซึ่งศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน เพื่อให้ได้คุณค่าทางโภชนาการและปลอดภัย พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดของสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้

3. ระยะแสดงพลัง ระยะนี้เป็นระยะที่ได้มีการฝึกทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วยตนเอง ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 5 – 11 และได้รับการเยี่ยมบ้านโดยแกนนำและเจ้าหน้าที่พยาบาลสำหรับสตรีมุสลิมที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ เพื่อประเมินสภาพครอบครัวให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และกระตุ้นครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีมุสลิมให้ประสบผลสำเร็จ ทำให้สตรีมุสลิมมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากขึ้น ซึ่งเป็นระยะที่มีความสำคัญในการสร้างประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้เกิดการเรียนรู้และฝึกฝน ประกอบกับมีการเยี่ยมบ้านจากทีมพยาบาลและแกนนำ ทำให้ได้มีการรับทราบปัญหา อุปสรรค และร่วมกันหาแนวทางเพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ในระยะนี้ได้มีการแสดงพลังความร่วมมือของแกนนำและสมาชิกกลุ่ม จัดกิจกรรมวันรวมพลังประชาชนในพื้นที่ เพื่อแสดงศักยภาพและสร้างกระแสการดูแลสุขภาพในชุมชนผ่านกิจกรรมที่สมาชิกกลุ่มเลือกมา แล้วนำมาปฏิบัติตามแผนที่กำหนด และสรุปผลการดำเนินงานทั้งหมด ส่งผลให้สมาชิกเกิดแรงกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชนจนเกิดผลสำเร็จอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยกิจกรรมที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิก มีดังนี้

1) การประกวดครอบครัวรักสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในครั้งนี้ ครอบครัวของสตรีมุสลิมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรับรู้ และอนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรมได้ ซึ่งถือการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ(helping relationship) สำหรับเกณฑ์การประเมินพิจารณาจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการส่งเสริมสุขภาพ อาทิเช่น ครอบครัวที่มีการปลูกผักปลอดสารพิษในครัวเรือน ซึ่งสามารถส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษไว้บริโภคในครัวเรือนได้ ครอบครัวที่มีการดูแลสุขภาพสะอาดของบ้านเรือน ครอบครัวที่ไม่ใช้ผงชูรสในการประกอบอาหาร และครอบครัวที่มีการจัดเตรียมเมนูอาหารที่ลดหวาน มัน เค็ม เป็นต้น ซึ่งพยาบาลและแกนนำจะเป็นผู้ประเมินและตัดสินคะแนน จากกิจกรรมนี้ จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนของครอบครัวในการช่วยกันดูแลเอาใจใส่ สนับสนุนและช่วยเหลือ ส่งผลให้สตรีมุสลิมมีการสร้างพฤติกรรมใหม่ เช่น การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม การติดตามหรือตักเตือนในการเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ลดอาหารไขมันสูง สอดคล้องกับการศึกษากัลยาณี (2551) พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะจากสมาชิกในครอบครัว สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ การศึกษาของชลการ (2557) ที่พบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา สามารถทำให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น และการศึกษาของสุวรรณะ(2552) ที่พบว่า ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงด้วยกัน บุคลากรด้านสาธารณสุข และชุมชน เป็นต้น

2) การจัดตั้งชมรม “ชาวประกอบรักษ์หัวใจ” ขึ้นมา ซึ่งเป็นการรวมพลัง ร่วมมือ ร่วมใจ ประสานความสามัคคีของแกนนำและสมาชิก โดยแกนนำและสมาชิกมีการเลือกคณะกรรมการชมรม และขับเคลื่อนกิจกรรมในชมรมเองทั้งหมด มีเจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นที่ปรึกษาเท่านั้น ซึ่งกิจกรรมในชมรม มีการกิจที่เน้นการเชิญชวนสตรีมุสลิมคนอื่น ๆ ในหมู่บ้านที่ไม่ได้เข้าร่วมการทดลอง หรือผู้ที่สนใจ มาร่วมอุดมการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีการประชาสัมพันธ์และบอกต่อเรื่องการปรับเมนูอาหารลดไขมันในงานเลี้ยงต่าง ๆ ในชุมชน และเพิ่มเมนูผักหรือโยอาหารอื่น ๆ เพื่อเป็นเมนูทางเลือกสำหรับคนที่ร่วมงานเลี้ยง ซึ่งเป็นการประเมินผลของพฤติกรรมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น (environmental reevaluation) นอกจากนี้ ในวันนัดหมายรวมพลัง ได้มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายโดยการร่วมเดินแอโรบิกในหมู่บ้านพร้อมกัน และมีการดำเนินกิจกรรมให้เกิดความต่อเนื่อง โดยนัดให้มีการออกกำลังกายทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ในช่วงเย็น โดยมีประธานชมรม และทีมคณะกรรมการชมรมเป็นผู้นำเดินแอโรบิกเอง และได้รับความร่วมมือจากนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นเครือข่ายสุขภาพที่สำคัญในชุมชนช่วยสนับสนุนสถานที่และทรัพยากร เช่น ลำโพง ในกิจกรรมออกกำลังกาย ซึ่งการจัดตั้งชมรมในครั้งนี้ได้รับการตอบรับที่ดีจากประชาชนในหมู่บ้านจำนวนมาก ส่งผลให้ชุมชนเกิดการความ

ต้นตัวด้านสุขภาพมากขึ้น มีค่านิยมด้านสุขภาพในทางที่ดี และมีการขยายแนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงและเพิ่มการออกกำลังกายของสตรีมุสลิมในวงกว้างมากขึ้น ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มั่นคงและยั่งยืน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดที่ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของชุมชน ซึ่งชุมชนจะต้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ เห็นคุณค่าและมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจำเป็นต้องอาศัยแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชน ซึ่งแกนนำต้องเป็นบุคคลที่สามารถจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน โดยการใช้กลยุทธ์และวิธีการต่าง ๆ ได้เหมาะสมตามความต้องการของชุมชน (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจชุมชนเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้ของมิ่งขวัญและอาชัญญา (2554) พบว่า รูปแบบการเสริมพลังอำนาจของชุมชนในชนบท มักเกิดจากระดับบุคคลก่อนในการรับรู้ปัญหา และพยายามพัฒนาทักษะการเรียนรู้ผ่านศักยภาพของคนในชุมชน เพื่อนำไปพัฒนาชุมชน จนทำให้เกิดการรวมกลุ่มสมาชิก และมักจะได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับชุมชนในเวลาต่อมา และสอดคล้องกับการศึกษาของกัตติกาและคณะ (2554) พบว่า การเสริมพลังโดยใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองในชุมชนได้ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครบในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยได้จัดให้มีการร่วมกิจกรรมเปิดใจสมาชิกและแกนนำ โดยให้ทุกคนระบายความรู้สึก และทบทวนปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ จากการร่วมกันดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผ่านมาทั้งหมด และสรุปบทเรียนที่ได้เรียนรู้ พร้อมทั้งสรุปผลการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และด้านภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไป ซึ่งสมาชิกได้ให้ข้อมูลว่า จุดเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาจากความตระหนักและแรงกระตุ้นในการอยากเปลี่ยนแปลงตนเองของสมาชิก เมื่อได้รับรู้ถึงสาเหตุปัจจัย รวมทั้งความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของตนเอง และเมื่อได้เริ่มเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้มีการรับรู้ประโยชน์และเห็นความสำคัญของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น แต่สิ่งสำคัญที่ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องมาจากแรงกระตุ้นของเพื่อนสมาชิกกลุ่มที่อยู่รอบข้าง และกำลังใจจากครอบครัว รวมทั้งกระแสจากสังคมรอบข้างในชุมชน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการมอบเกียรติบัตรพร้อมของรางวัลสำหรับผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นมากที่สุด 3 ลำดับแรก เป็นการให้แรงเสริม (reinforcement management) เพื่อเสริมกำลังใจแก่สมาชิกหลังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของสถิต (2553) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินเป็นเวลา 6 เดือน ส่งผลให้สตรีมุสลิมมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ดีขึ้น และการศึกษาของ Umaporn (2008) พบว่า การส่งเสริมโภชนาการแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุไทยที่มีไขมันในเลือดสูงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมเสริมพลังชุมชนซึ่งนำแนวคิดแบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (way of promoting a healthy community) (Boonyasopun, 2000) ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน เสริมพลังให้ชุมชนมีความตื่นตัว ร่วมคิด และตัดสินใจเลือกกิจกรรมตามความต้องการชุมชน แทนการปฏิบัติตามเจ้าหน้าที่ ซึ่งส่งผลให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและพร้อมให้ความร่วมมือ เพราะสามารถปฏิบัติได้จริง ชุมชนจึงสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้การส่งเสริมการจัดการในระดับบุคคลควบคู่กันไปด้วย เพื่อเพิ่มทักษะในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสการ์และคณะ(1992) รวมทั้งการประยุกต์ใช้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม และหลักใช้หลักโภชนาการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุนในการกำหนดรูปแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของสตรีมุสลิม ส่งผลให้สตรีมุสลิมมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืนในการปฏิบัติ สามารถป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่สอง โปรแกรมเสริมพลังชุมชนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นตามไปด้วย โดยหลังเข้าร่วม โปรแกรมครบ 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินภาวะสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic) เฉลี่ย 119 mmHg (SD = 9.11) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic) เฉลี่ย 73 mmHg (SD = 9.51) มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักลดลงเล็กน้อย 61.3 กิโลกรัม (SD = 10.36) เกือบครึ่ง (ร้อยละ 43.3) ยังคงมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.00 – 29.9 kg/m² (อ้วนระดับ 1) มีรอบเอวเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย 83.7 เซนติเมตร (SD = 11.44) แต่มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 60) ยังคงมีรอบเอวผิดปกติ อัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพก เฉลี่ย .89 (SD = .071) และส่วนใหญ่มีอัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกอยู่ในเกณฑ์อ้วนลงพุง (ร้อยละ 70) (ตาราง 8 ภาคผนวก ข) ซึ่งผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชนของกลุ่มทดลอง โดยสถิติที่คู่ (Paired-sample t-test) พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้ำหนักตัว และรอบเอว หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.88, p < 0.001$; $t = 3.77, p < 0.001$; $t = 2.04, p < 0.5$ และ $t = 2.069, p < 0.5$ ตามลำดับ) ในส่วนของดัชนีมวลกาย และอัตราส่วนรอบเอว/รอบสะโพก หลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.77, p > 0.5$ และ $t = .48, p > 0.5$) (ดังตารางที่ 8 ภาคผนวก ง)

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หลักโภชนาการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดในสตรีมุสลิม ซึ่งประกอบด้วย การลดพลังงานจากอาหารที่บริโภคจากเดิมลงวันละ 500 -1,000 กิโลแคลอรี (พัชนันท์, 2555) โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายต่ำ (BMI < 18) ควรได้รับสารอาหาร 1,800 กิโลแคลอรี ดัชนีมวลกายปกติ (BMI 18 – 24.9) ควรได้รับ 1,600 กิโลแคลอรี และผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน (BMI > 25) ควรได้รับไม่เกิน 1,200 – 1,600 กิโลแคลอรี และการกำหนดสัดส่วนของสารอาหารที่ควรได้รับ โดยใช้การหลักการเลือกชนิดอาหารที่บริโภค คือ 1.) กลุ่มแป้ง น้ำตาล เน้นการเลือกรับประทานข้าว ขนมอบปอนด์ขาวหรือโฮลวีท เส้นหมี่ที่ทำจากข้าวกล้อง และงค่น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้ งคคการเติมน้ำตาลทรายในอาหารที่ก้าลังบริโภค งคคขนมหวาน เบเกอรี่ทุกชนิด 2.) กลุ่มไขมัน หลีกเลียงไขมันสัตว์ทุกชนิด กะทิ เนย ครีมเทียม เลือกลงใช้น้ำมันถั่วเหลืองปรุงอาหารให้ได้ประมาณ 2 - 3 ช้อน ใ้ตะต่อคนต่อวัน 3.) กลุ่มโปรตีน เลือกลงบริโภคเนื้อปลาและเนื้อไก่เป็นหลัก งคคเครื่องในสัตว์ทุกชนิด หนังกสัตว์ อาหารทะเล บริโภคได้ส้าปะด้าละ 1 ครั้ง หลีกเลียงการบริโภคไข่แดง และเลือกลงดื่มนมพร่องไขมันจืด 4.) กลุ่มผักและผลไม้ เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้เป็นประจำทุกมื่อ แต่ควรหลีกเลียงการผัดด้วยน้ำมันมากๆ และหลีกเลียงผลไม้ที่หวานจัด โดยควรบริโภคผักให้ได้ในปริมาณที่เหมาะสมและเพียงพอ กล่าวคือ ควรบริโภคผักครึ่ง กิโลกรัมต่อคนต่อวัน โดยใช้วิธี “กินผักผลไม้ 5 ส่วน (5 กำมือ) ขึ้น ไปในทุกวัน” (สมชาย, 2548) โดยอัตราส่วนผักต่อผลไม้เท่ากับ 3 : 2 ส่วนมาตรฐานต่อคนต่อวัน (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2548) เป็นต้น และ 5) วิธีการปรุงอาหาร เน้นเป็นวิธีนึ่ง อบ ต้ม ทอดที่ใช้ใช้น้ำมันน้อย หรือการย่างได้ แต่ไม่ควรให้ไหม้เกรียม เป็นต้น ซึ่งหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังกล่าว มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้น้ำหนักตัวลดลง ระดับความดันโลหิตอยู่เกณฑ์ปกติ และรอบเอวลดลง สอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า การควบคุมอาหารที่มีไขมันสูงและบริโภคผักมากขึ้น เป็นหัวใจสำคัญที่สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ดี (นันทิมาศ, 2556; พรพรรณ, 2555; สุทธิลักษณ์, 2554; กัลยาณี, 2551; วิริยะ, 2551; G.S. Mannu et al, 2013; Clare straddling, 2012; Kelly et al, 2012; Da Woot, 2008) และการเพิ่มการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบหลากหลาย เช่น ธัญพืช ชาเขียว และโปรตีนถั่วเหลืองต่าง ๆ มีอิทธิพลสำคัญต่อการลดระดับ total cholesterol และ LDL- cholesterol ได้ดีเช่นกัน (G.S. Mannu, 2013) นอกจากนี้ โปรแกรมเสริมพลังชุมชน ทำให้เกิดการรวมตัวของกลุ่มตัวอย่างและแกนนำชุมชนด้านสุขภาพ จัดตั้งชมรม “ชาวประจบ รักษ์หัวใจ” ซึ่งได้มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยการร่วมเดินแอโรบิกในหมู่บ้าน เป็นประจำทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ในช่วงเย็น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อน้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต และรอบเอวที่ลดลง สามารถป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายที่มีผลต่อการลดระดับไขมันในเลือดของ George A. Kelly (2012) พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายมีประสิทธิภาพที่สุดในการลดระดับไขมันในเลือด

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า โปรแกรมเสริมพลังชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนเพื่อสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล อีกทั้งผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบของโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการผ่านการให้ความรู้ การบรรยาย ประกอบภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง และการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ จากภาวะไขมันในเลือดสูง การใช้คู่มือที่เขียนเข้าใจง่าย มีภาพประกอบให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาเพิ่มเติม เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมและปรับพฤติกรรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ เข้าใจ และเห็นภาพมากขึ้น และทำให้ความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับผู้ที่ต้องลดน้ำหนัก และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการเลือกและจัดเมนูอาหารจำลองเพื่อคำนวณอาหารในแต่ละมื้อในหนึ่งวัน การสาธิตเมนูอาหารเพื่อลดไขมัน พร้อมทั้งมีการประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทุกครั้งที่เกี่ยวข้องกิจกรรมบันทึกลงในคู่มือ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และเห็นแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนัก ความดันโลหิต และรอบเอวของตนเองได้ชัดเจน ทำให้รับรู้ว่าการปฏิบัติตัวในรอบที่ผ่านมาของเขาส่งผลต่อน้ำหนักตัวและรอบเอวที่ลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างไร นอกจากนี้ยังได้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงของเพื่อนในกลุ่มที่ปฏิบัติได้ ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดีที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างคนอื่น ๆ ที่ยังปฏิบัติไม่ได้ทำตาม ส่งผลให้มีกำลังใจ และมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อตนเองให้ได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Pender (2010) ซึ่งกล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติของบุคคลต่อเมื่อได้รับรู้ประโยชน์ ความสามารถของตน ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมทางบวก การได้เห็นแบบอย่างที่ดี เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี (2551) เกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม และสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุป ทั้งการดูแลตามปกติและโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ต่างมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในทางที่ดีขึ้น แต่โปรแกรมเสริมพลังชุมชน ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ เนื่องจากสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในระดับบุคคลได้สำเร็จ และยังสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังกล่าวได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ทำให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นตามไปด้วย อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ และเกิดมาตรการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชนที่มั่นคงและยั่งยืนสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมในพื้นที่ เหมาะสมในการนำไปใช้ในชุมชนที่มีความพร้อม และมีผู้นำที่เข้มแข็ง เพื่อให้เกิดการรวมพลังการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกิจกรรมให้สามารถดำเนิน

โปรแกรมไปได้ดีอย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าโปรแกรมเสริมพลังชุมชนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จะใช้กับสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการนำโปรแกรมเสริมพลังชุมชนนี้ไปใช้ อาจมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาถึงบริบทพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน สภาพแวดล้อม วัฒนธรรม การบริโภคอาหาร และวิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งอาจทำให้ไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุดอย่างที่ควรจะเป็นได้ อย่างไรก็ตามโปรแกรมเสริมพลังชุมชนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นับว่าเป็นโปรแกรมที่มีคุณค่า เพราะสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นโมเดลสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและระดับชุมชน ให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีบริบทเฉพาะที่คล้ายคลึงกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่ม (Quasi-experimental research) โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีมุสลิมที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 60 ราย โดยกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการครั้งนี้มี 3 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากโปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมของอารียา (2559) ซึ่งประกอบด้วย 1.1) การเตรียมความพร้อมสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1.2) แผนการจัดกิจกรรมเสริมพลังชุมชน 1.3) คู่มือประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย คู่มือเสริมพลังสำหรับแกนนำ และคู่มือรวมในมุสลิมะห์ (สตรีมุสลิม) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 3 ข้อ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบวิเคราะห์พฤติกรรมสำหรับแยกระยะพฤติกรรม และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของสตรีมุสลิม และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิม ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 และหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดสอบความเชื่อมั่นกับสตรีมุสลิมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 ราย นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตาม โปรแกรมเสริมพลังชุมชน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) สถิติทีคู่ (Paired t-test) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สรุปได้ดังนี้

1. สตรีมุสลิมที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับ โปรแกรมเสริมพลังชุมชน สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
2. สตรีมุสลิมที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมเสริมพลังชุมชน เป็นโปรแกรมที่มีจุดเด่นด้านการรวมพลังการมีส่วนร่วม โดยรวมกลุ่มแกนนำและสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง เน้นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินการขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนร่วมคิด วิเคราะห์ ร่วมออกแบบกิจกรรม และตัดสินใจเลือกกิจกรรมตามความต้องการและความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่สามารถทำได้จริง และมีความยั่งยืน ดังนั้น พยายามหรือบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิควรศึกษาริบทและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ ทำความเข้าใจขั้นตอนในโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ก่อนนำโปรแกรมไปใช้ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีเสี่ยงต่อโรคไขมันในเลือดสูง หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยสามารถปรับปรับกิจกรรมให้เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
2. โปรแกรมเสริมพลังชุมชน เป็นโปรแกรมที่มีการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน ดังนั้นการคัดเลือกแกนนำที่มีบทบาทด้านสุขภาพและมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในชุมชน รวมทั้งการคัดเลือกสตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมายที่มีความพร้อมในการปฏิบัติ (อยู่ในระยะพฤติกรรมที่ 3 หรือ 4) จึงเป็นการส่งเสริมพลังความพร้อมในการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ซึ่งส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประสบความสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้สำหรับกลุ่มที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรมีการจัดรูปแบบส่งเสริมสุขภาพในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับระยะพฤติกรรมของแต่ละบุคคลก่อน เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เกิดผลสำเร็จได้

3. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูง และการบริโภคอาหาร มีการใช้สื่อ ทัศนูปภาพ และภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับวิถีชุมชน คู่มือสำหรับแกนนำ และคู่มือสำหรับสตรีมุสลิม (คู่มือรวมใจมุสลิมะห์) มีการนำภาพประกอบเมนูอาหารที่บริโภคบ่อยในพื้นที่ ทำให้สตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย และสามารถทบทวนความรู้เพิ่มเติมย้อนหลังได้ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเรียนรู้และนำไปใช้ได้จริง

4. เงื่อนไขและข้อจำกัดของการนำโปรแกรมเสริมพลังชุมชนไปใช้ คือ ความเข้มแข็งของผู้นำในแต่ละพื้นที่ เนื่องจาก โปรแกรมเสริมพลังชุมชนนี้ แกนนำจะเป็นตัวหลักในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ ตาม โปรแกรม ดังนั้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของแกนนำ โดยการเตรียมความพร้อมแกนนำ ผ่านการอบรมให้ความรู้ เพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนและบทบาทแกนนำในแต่ละกิจกรรม รวมทั้งฝึกทักษะแกนนำในการปฏิบัติจึงเป็นกระบวนการสำคัญก่อนเริ่ม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในครั้งนี้ เป็นการศึกษาที่ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระยะ 3 เดือน ซึ่งสตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมายเป็นสตรีมุสลิมที่มีความพร้อมในการปฏิบัติ (อยู่ในระยะพฤติกรรมที่ 3 หรือ 4) ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อไปในระยะยาว 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อติดตามความต่อเนื่อง ความยั่งยืน และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมของสตรีมุสลิมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2. ผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการศึกษานี้ นอกจากส่งผลให้สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักตัว รอบเอว และระดับความดันโลหิต เป็นต้น ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเพิ่มเติมด้านการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดและภาวะสุขภาพอื่น ๆ ร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กษิณิย ศรีสง่า. (2548). *การแพทย์ตามแนวทางท่านศาสดามุฮัมมัด ชล. (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th> สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2559
- กัญญา จันทร์พล และมนัสนันท์ ธนวิกรานต์กุล. (2558) ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในบุคลากร โรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารกรมการแพทย์*, 40, 112 - 119.
- กัตติกา ธนะขว้าง, จินตนา รัตนวิฑูรย์, และจามจุรีย์ ทนุรัตน์ (2554). การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัยมีสุขภาพะของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 5(3), 381 – 391.
- กัลยาณี บุญสิน, จงจิตร ศรีทศายุธ, และบุญศรี เจริญมาก. (2551). ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 519 – 525.
- กานตระรัตน์ จรามร. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีส่วนร่วมแบบเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคม*, 10(2), 234 – 244.
- การิยา ยื่อแระ. (2550). การส่งเสริมการออกกำลังกายตามหลักศาสนาอิสลามในกลุ่มแม่บ้าน จังหวัดปัตตานี. *วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา*, 5(9), 83 – 96.
- เขมิกา โรจน์ทั้งคำ. (2551). การลดไขมันในเลือดสูง ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. *จุลสารวิทยาลัยแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ*, 2(3), 1 - 2.
- จันจิรา ทรงเต๊ะ. (2554). *พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไทยมุสลิมในชุมชนมีสุวรรณ 3*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- จาดูรนดี ตั้งสังวรธรรมะ, สายพิน หัตถิรัตน์, และวัจนา ลีละพัฒนะ. (2553). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยาในช่วงเดือนถือศีลอดของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 17(2), 70 - 86.

- จุฑามาศ โชติบาง, เนตรทอง นามพรม, และพัชรี วรกิจพูนผล. (2555). ผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายในเด็กที่มีโภชนาการเกิน. *วารสารพยาบาล*, 39(1), 23 - 34.
- ชลการ ชายกุล. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ฉิษาพัฒน์ เรืองสิริวัฒน์. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ในประชากรเบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลสาขานุเวช*, 27(1), 74 – 87.
- ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พัชรี ศรีกุดา, ขวัญภิรมย์ ชัยสงค์, พรชรีรา สังคะคุณ, วัชรภาพร แก้วกล้า, สมพร กลางนอก, และสุจิตรา ละครชัย. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองไช้ น้ำ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2: บูรณาการงานวิจัย ใช้องค์ความรู้ คู่ความยั่งยืน วิทยาลัยนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- ทิพวรรณ แก้วบางพุด. (2554). ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีใน 10 ปีข้างหน้าของผู้สูงอายุในชนบท: กรณีศึกษาพื้นที่ตำบลเขาพระบาท นครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.
- ธัญจิรา พิลาศรี. (2558). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และภาวะโภชนาการในผู้หญิงที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 27(3), 10 – 25.
- นันทวัน ทรัพย์ประเสริฐดี. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- นันทิมาศ หมวดจันทร์, และสุรีพร ธนศิลป์. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งกันต่อระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. *วารสารสำนักงานการแพทย์ทางเลือก*, 6(1), 1 - 18.
- นิตยา พันธุ์วาทย์ และ หทัยชนก ไชยวรรณ. (2558). *ประเด็นสารบรรณ* รัศวันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2558. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com>. สืบค้นเมื่อ 13 กันยายน 2558.

- นิธิภัทร์ กัตัญญกุล. (2554). ความชุกและอาการแสดงทางคลินิกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในกลุ่มผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์*, 26(3), 489 – 497.
- นิรัชรา ลิลละฮ์กุล และปัทมา สุพรรณกุล. (2561). วิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 6 อ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(2), 302 – 312.
- บังอร เทพเทียน, ปรีดา ตาสี, ปิยะฉัตร ตระกูลวงษ์, และสุภัทรา อินทรไพบูลย์. (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับครอบครัวเข้มแข็ง. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 6 (2), 25 – 38.
- บุญเรือง ขาวนวล. (2553). *การจัดการตนเองของชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพในชุมชนมุสลิม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). *ระเบียบวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- เบญจวรรณ ชีวะพะพันธ์. (2561). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากร โรงพยาบาลโพธาราม. *วารสารหัวหินสุขภาพไกลกังวล*, 3(1), 36 – 45.
- ปราณี สวางศ์นาม. (2553). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม*. ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลศรีธาตุ. ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปฤษฎพร กิ่งแก้ว, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, ศรีเพ็ญ ดันติเวสส, ธนัญญา คู่พิทักษ์ขจร, ศิตาพร ยังกง, และยศติระ วัฒนานนท์ (2556) การประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 7(3), 346 – 360.
- ผาณิต หลีเจริญ. (2552). *ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง ภาคใต้ตอนล่าง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ผาณิต หลีเจริญ. (2556). การนำรูปแบบ TTM ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 1 – 11.
- พงศ์เทพ สุธีรวิฑู และยุซุฟ นิมะ. (2552). *การบูรณาการองค์ความรู้ทบบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ : อาหารและโภชนาการ*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- พจิ มีวูทธิ. (2549). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิม กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- พรชัย ประเสริฐวชิรากุล. (2554). *แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดในบริการ
ปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://medinfo2.psu.ac.th> สืบค้น
เมื่อ 13 กันยายน 2558.
- พรพรรณ ทศนสร, สุมัทนา กลางการ, และพิรศักดิ์ ผลพุกงษา. (2555). รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพในบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลค่ายวิวัฒน์โยธิน จังหวัดสุรินทร์.
วารสารพยาบาลทหารบกปีที่ 13(2), 49 – 59.
- พัชรภรณ์ อารีย์. (2556). ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินต่อระดับไขมันและน้ำตาลใน
เลือดในสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. *วารสารพยาบาลสาร*, (40), 49 - 59.
- พัชรี ดีปตา. (2556). *การจัดการภาวะไขมันในเลือดผิดปกติโดยไม่ใช้ยา : การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์*.
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พัชรัตน์ ศรีม่วง. (2555). *อาหารเพื่อสุขภาพและโภชนบำบัด (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ : เอ็ม แอนด์ เอ็ม
เลเซอร์พริ้นต์.
- พันธ์ทิพา แยมเม่น, และวงศา เล่าหะศิริวงศ์. (2555). การประเมินผลโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดชัยภูมิ ตามโครงการ
เฉลิมพระเกียรติ 57 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ กรณีศึกษาบ้านลาดใต้. *วารสารวิจัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 12(2), 30 - 34.
- พิระ สมบัติดี, สายสมร พลดงนอก, และสิทธิชัย เนตรวิจิตรพันธ์. (2558). *ความรู้เรื่อง ภาวะไขมันในเลือด
ผิดปกติ (Dyslipidemia)*. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พึงใจ งามอุโฆษ, ปิยะมิตร ศรีธรา, กัมมันต์ พันธุมจินดา, สุรัตน์ โคมินทร์, วิทยา ศิริดามา, ชัยชาญ ดีโรจน
วงศ์, บรรหาร กอนันตกุล, เกียรติกร เสงรัมย์, สามารณ นิธินันท์, มนต์ชัย ชาลาประวรรต, เพชร
รอดอารีย์, และวรรณิ นิธิยานันท์. (2545). *แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันใน
เลือด*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.anamai.moph.go.th> สืบค้น 17 กุมภาพันธ์ 2559.
- เพ็ญภา มะหะหมัด. (2555). *การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรม
ทางกายสำหรับสตรีมุสลิมที่มีภาวะเมตาบอลิก*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *The Public Health Journal of Burapha University*, 9(2), 13 – 20.

- ภัทรนันท์ ร่มแก้ว. (2558). รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัชยิดในการส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มิ่งขวัญ คงเจริญ และ อาชัญญา รัตนอุบล. (2554). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้. *SDU Res. J.* 7(2), 19 – 36.
- มินตรา สาระรักษ์, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ และชันษาการย์ ศรีวรมาศ. (2553). ผลของการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของแกนนำประชาชน เขตลุ่มน้ำห้วยข้าวสาร จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 12(3), 23 - 32.
- ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. สงขลา :ระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เยาวภา ด้วงทอง (2555). *การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิชัย เอกพลากร. (บก.). (2557) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก www.hiso.or.th สืบค้น 20 พฤษภาคม 2562.
- วิชัย เอกพลากร, เขียวรัตน์ ประปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, ดร.วราภรณ์ เสถียร นพเก้า และกนิษฐา ไทยกล้า. (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.hiso.or.th> สืบค้น 17 กันยายน 2559.
- วิริยะ เอี้ยวประเสริฐ, จารุภา คงรส, ศศลักษณ์ บุญเสฐ, และเมธีรัตน์ เอี้ยวประเสริฐ. (2551). ผลของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่อการลดความเสี่ยงโรคอ้วน. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร*, 23(1), 11 - 20.
- ศิริอนันท์ ตรีมงคลทิพย์, และอรทัย สารกุล. (2548). *วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิม: มุมมองด้านสุขภาพ*. เอกสารรวมบทความของงานวิจัย สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปทุมธานี.
- สถิต วงศ์สุรประกิต. (2553). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการกินในสตรี. *วารสารพยาบาลสารปีที่ 37*, (2), 34 – 44.
- สมชาย คุณฎีเวทกุล. (2556). การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.gj.mahidol.ac.th> สืบค้น 5 กุมภาพันธ์ 2559.

- สมชาย ถีทองอิน. (2548). *แนวทางจัดกิจกรรม กินผัก ผลไม้ 5 ส่วน (5 กำมือ) ขึ้นไปทุกวัน*. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์: นนทบุรี.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Theories and techniques in behavior modification)*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ .
- สัลมา ชูอ่อน. (2554). *การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับสตรีมุสลิมที่มีน้ำหนักเกิน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556) . *การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2556*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. (2552). *การสำรวจตรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552)*. กรุงเทพฯ : เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: กรุงเทพฯ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด: กรุงเทพฯ.
- สุคนันท์ แสงกาสนีย์. (2543). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจที่ถือศีลอดช่วงเดือนรอมฎอนในจังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- สุทธิลักษณ์ จันทะวัง. (2554). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุพิศสา ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- สุนีย์ วัฒนายน. (2557). *6 อาหารท้องถิ่น วัฒนธรรมการกินแบบพื้นบ้าน สืบสานสู่อาเซียน*. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 1(1), 34 – 44.
- สุพัฒนา คำสอน. (2548) . *การพัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะแห่งตนสำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีวัยกลางคน*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://library.cmu.ac.th> สืบค้น 13 กันยายน 2558.

- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557) *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2.* กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุวาระ ลิมป์สาคไส. (2552). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงการมีส่วนร่วมของชุมชน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาโภชนาการชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุภาพรรณ สุขคล้าย. (2553). *ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจกับภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์. (2552). *คู่มือปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ.* [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก www.si.mahidol.ac.th. สืบค้นเมื่อ 24 มิ.ย. 2558.
- อารียา หมัดอาดัม. (2559). *การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีน้ำหนักเกิน.* *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(2), 118 – 131.
- เอกศักดิ์ เสงสุโข. (2557). *ศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ.* *วารสารวิจัย มสค สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 10(3), 129 – 142.
- Becker MH. (1974). *The health belief model and personal health behavior.* New Jersey: Chaeles B. Slack.
- Boonyasopun, U. (2000). *Ways of promoting a healthy community: A critical ethnography of rural Thai women.* Unpublished doctoral thesis. University of Maryland. Baltimore, USA
- Chunhapimon P. (2004) . *Identification and Confirmation of Unknow mutation at Low - density: Lipoprotien receptor locus.* (Master' s thesis, Mahidol university, Thailand) . Retried from <http://mulinet11.li.mahidol.ac.th/thesis/2547/cd373/4437346.pdf>.
- Clare Stradling., Yen-Fu Chen., Tracy Russe., Martin Connock., G. Neil Thomas, and Shahrad Taheri. (2012). *The Effects of Dietary Intervention on HIV Dyslipidaemia: A Systematic Review and Meta-Analysis.* Retrieved Febuary 9, 2015, from www.plosone.org
- D A Wood, K Kotseva, S Connolly, C Jennings, A Mead, J Jones, A Holden, D De Bacquer, T Collier, G De Backer, O Faergeman, and on behalf of EUROACTION Study Group .(2008) . *Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease.* Retrieved Febuary 9, 2015, from www.thelancet.com.

- George A Kelley, Kristi S. Kelley, Susan Roberts, and William Haskell. (2012). *Combined Effects of Aerobic Exercise and Diet on Lipids and Lipoproteins in Overweight and Obese Adults: A Meta-Analysis*. Retrieved February 7, 2015, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- Goldstein BJ, & Muller-Wieland D. (2008). Type 2 Diabetes (Insulin Therapy in Type 2 Diabetes) 2nd edition, Informa Healthcare USA, 2008; 181 – 206.
- G.S. Mannu, M.J.S. Zaman, A. Gupta, H.U. Rehman and P.K. Myint. (2013). *Evidence of Lifestyle Modification in the Management of Hypercholesterolemia*. Retrieved February 7, 2015, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- Jeendum, N. (2010). Molecular Function analysis of LDLR mutation in Familial hypercholesterolemia. (Doctoral thesis, Medical technology, Mahidol university, Thailand) . Retrieved from <http://www.li.mahidol.ac.th/thesis/2553/cd437/4836642.pdf>.
- Kleinman, A., Eisenman, L., &Good, B. (1978). Culture, illness and care. *Annals of Medicine*, 88(2), 251 – 258.
- Orem D.E. (2001). *Nursing: concept of practices*. (6thed.) St. Louis MO: Mosby Year Book.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. (2010). *Health promotion in nurse practice*. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall.
- Polit D.F., & Beck C.T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia, Pa: Lippincott, Williams &Wilkins.
- Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. (1992). In search of how people change: application of addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992; 47(9), 1102 –14.
- Rippe, J.M., Angelopoulos, T.J.; and Zukley, L. (2007) “The Rational for Intervention to Reduce the Risk of Coronary Heart Disease”, *American Journal Lifestyle Medicine*. 1(1), 10 – 19.
- Umaporn Boonyasopun. (2008). Effect of an empowerment-based nutrition promotion program on food consumption and serum lipid levels in hyperlipidemic Thai elderly. *Nursing and Health Sciences*. (10), 93 – 100.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. การทดสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธี Kolmogorov-Sminov Test ($n1 = 30, n2 = 30$)

ตาราง 6

| ตัวแปร | คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ บริโภคอาหาร | | One sample K-S test | Asymp. Sig 2 tailed |
|-------------|---------------------------------------|------|------------------------|------------------------|
| | \bar{x} | SD | | |
| กลุ่มทดลอง | | | | |
| ก่อนทดลอง | 45.93 | 5.25 | .186 | .09 |
| หลังทดลอง | 59.93 | 6.73 | .135 | .170 |
| กลุ่มควบคุม | | | | |
| ก่อนทดลอง | 52.40 | 5.17 | .079 | .200 |
| หลังทดลอง | 54.43 | 4.99 | .101 | .200 |

อธิบายได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

2. การทดสอบความแปรปรวนภายในกลุ่ม (test of homogeneity of variance) ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน โดยใช้สถิติเลวิน (Levene's test)

ตาราง 7

| พฤติกรรมการบริโภคอาหาร | Levene's test | df1 | df2 | p - value |
|------------------------|---------------|-----|-----|-----------|
| ก่อนการทดลอง | .495 | 1 | 58 | .484 |
| หลังการทดลอง | 4.207 | 1 | 58 | .045 |

สรุปผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (test of homogeneity of variance) ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชนโดยใช้สถิติเลวิน (Levene's test) (N=60) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง มีความแปรปรวนเท่ากัน

ภาคผนวก ข

การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมด้านภาวะสุขภาพภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชน

ตาราง 8

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมเสริมพลังชุมชน ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired *t* – test (*N* = 30)

| ตัวแปร | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | | t | df | P - value |
|------------------------|-----------|-------|-----------|-------|------|----|-----------|
| | n=30 | | n=30 | | | | |
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD | | | |
| ระดับความดันโลหิต | | | | | | | |
| ความดันซิสโตลิก | 130 | 8.42 | 119 | 9.11 | 6.88 | 29 | .000* |
| ความดันไดแอสโตลิก | 80 | 9.51 | 73 | 9.51 | 3.77 | 29 | .001* |
| น้ำหนัก | 61.9 | 10.36 | 61.3 | 10.36 | 2.04 | 29 | .050** |
| ดัชนีมวลกาย | 26.8 | 3.96 | 26.5 | 3.93 | 2.07 | 29 | .048** |
| รอบเอว | 84.9 | 12.37 | 83.7 | 11.44 | 1.77 | 29 | .086 |
| สัดส่วนรอบเอว/รอบสะโพก | 0.89 | 0.07 | 0.89 | 0.071 | .48 | 29 | .635 |

p* < .001, *p* < .05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมเสริมพลังชุมชนของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired-sample *t*-test) พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก และน้ำหนักตัว และรอบเอว หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างจาก ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.88, p < 0.001$: $t = 3.77, p < 0.001$: $t = 2.04, p < 0.5$ และ $t = 2.069, p < 0.5$ ตามลำดับ) ในส่วนของดัชนีมวลกาย และอัตราส่วนรอบเอว/รอบสะโพก หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.77, p > 0.5$ และ $t = .48, p > 0.5$)

ตาราง 9

เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลภาวะสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent *t*-test (*N* = 60)

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | | Statistic value | P - value |
|--------------------------|--|--------|--|--------|--------------------|--------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| ระดับความดันโลหิต | | | | | | |
| ความดันโลหิตซิสโตลิก | (\bar{x} =119, SD = 9.11, Min = 100, Max = 138) | | (\bar{x} =122, SD =13.62, Min = 119 Max = 149) | | -1.609 | .279 |
| ความดันโลหิตไดแอสโตลิก | (\bar{x} = 73, SD = 9.51, Min = 56, Max = 89) | | (\bar{x} = 81, SD = 12.75 Min = 62, Max = 104) | | -1.137 | .008 |
| น้ำหนัก | (\bar{x} = 61.3, SD = 10.36, Min = 41, Max = 79) | | (\bar{x} = 65.1, SD = 12.67, Min = 42, Max = 88) | | -1.251 | .216 |
| ดัชนีมวลกาย | (\bar{x} =26.6, SD = 3.93, Min = 17.3, Max = 34.2) | | (\bar{x} =28.1, SD = 4.49, Min = 19.7, Max = 37.8) | | -1.389 | .17 |
| น้อยกว่า 18.50 กก./ตร.ม. | 1 | 3.3 | 0 | 0.0 | | |
| 18.50 – 22.29 กก./ตร.ม. | 4 | 13.3 | 4 | 13.3 | | |
| 23.00 – 24.9 กก./ตร.ม. | 6 | 20.0 | 3 | 10.0 | | |
| 25.00 – 29.9 กก./ตร.ม. | 13 | 43.3 | 10 | 33.3 | | |
| 30 หรือมากกว่า กก./ตร.ม. | 6 | 20.0 | 13 | 43.3 | -1.214 | .23 |
| รอบเอว | (\bar{x} =83.7, SD = 11.44, Min = 64, Max = 108) | | (\bar{x} =87.5, SD = 12.56, Min = 66, Max = 109) | | | |
| < 80 เซนติเมตร | 12 | 40.0 | 8 | 26.7 | .587 | .559 |
| 81 เซนติเมตรขึ้นไป | 18 | 60.0 | 22 | 73.3 | | |
| อัตราส่วนรอบเอว/รอบสะโพก | (\bar{x} =.89, SD = .071, Min = .77 Max = 1.05) | | (\bar{x} =.88, SD = .073, Min = .67, Max = .99) | | | |
| < 0.8 | 3 | 10.0 | 5 | 16.7 | | |
| 0.81 – 0.85 | 6 | 20.0 | 6 | 20.0 | | |
| > 0.86 | 21 | 70.0 | 19 | 63.3 | | |

ภาคผนวก ก

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (power analysis) โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากค่าอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากสูตรของกลาส (Glass, 1976 อ้างถึงใน บุญใจ, 2553) ดังนี้

| | | | |
|---------------|-------------|---|------------------------------------|
| เมื่อกำหนดให้ | d | = | ขนาดอิทธิพล |
| | \bar{x}_e | = | ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง |
| | \bar{x}_c | = | ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม |
| | SD | = | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม |

สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของชัยจิรา (2558) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยชุมชนมีส่วนร่วม ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะโภชนาการในผู้หญิงที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงในชุมชน ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม (Quasi Experimental research design) วัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง โดยมีตัวแปรตาม 3 ตัว คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะโภชนาการ โดยเลือกนำผลของตัวแปรตามที่เกิดจากการทดลองมา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากผลการศึกษาได้ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม (x_e) เท่ากับ 73.23 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม (x_c) เท่ากับ 83.54 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD_c) เท่ากับ 7.53 นำมาคำนวณได้ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{แทนค่าสูตร} \quad d &= \frac{\bar{x}_e - \bar{x}_c}{SD_c} \\
 &= \frac{83.54 - 70.40}{7.53} \\
 &= 1.74
 \end{aligned}$$

จากนั้นนำค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) = 1.74 มาประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญ (alpha) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และค่า effect size เท่ากับ 1.74 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 20 เปอร์เซ็นต์ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เป็นกลุ่มละ 30 ราย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งสิ้น จำนวน 60 ราย

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบคัดกรองที่ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง สำหรับสตรีมุสลิม จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม สำหรับแยกระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของสตรีมุสลิม จำนวน 1 ข้อ

แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง สำหรับสตรีมุสลิม จำนวน 5 ข้อ

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามนี้ ให้ใช้การคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) โดยสอบถาม/ประเมินปัจจัยเสี่ยง 5 ประเด็น ดังนี้

1. ท่านมีประวัติญาติในครอบครัวเป็นโรคไขมันในเลือดสูง หรือโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่
 มี ไม่มี
2. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในช่วง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 80 – 89 มิลลิเมตรปรอท (Pre - HT)
 มี ไม่มี
3. ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตั้งแต่ 100 มก./ดล (Pre - DM)
 ใช่ ไม่ใช่
4. มีภาวะอ้วน หรือดัชนีมวลกาย 25 กก./ม²
 ใช่ ไม่ใช่
5. รอบเอวเกินมาตรฐาน (มากกว่า 80 เซนติเมตร)
 ใช่ ไม่ใช่

หมายเหตุ : กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ซึ่งเป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) จึงจะสามารถเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้

คำอธิบายเพิ่มเติม :

- ประวัติครอบครัว หมายถึง มีญาติสายตรงเป็น ได้แก่ พ่อ แม่ พี่หรือน้องท้องเดียวกัน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูง หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งกำลังรักษาอยู่หรือไม่ก็ได้
- ระดับความดันโลหิตที่วัดได้ หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่วัดโดยบุคลากรทางแพทย์ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข โดยมีการเตรียมตัวก่อนวัด นั่งพัก วัดในท่านั่งอย่างถูกต้อง โดยเครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐาน วัด 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที
- ระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) โดยอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง
- ขนาดรอบเอว หมายถึง การวัดผ่านสะดือขนานกับพื้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม สำหรับแยกระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ของสตรีมุสลิม

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามนี้ ให้ใช้นิยามพฤติกรรมสุขภาพ ดังที่จะกล่าวต่อไปนี้

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย เพื่อการป้องกันภาวะไขมันในเลือด ได้แก่ การการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย โดยในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว จะต้องปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ

จากความหมายของพฤติกรรมสุขภาพข้างต้น ท่านจะอธิบายพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบันของท่านอย่างไร โดยให้ทำเครื่องหมาย × ในช่อง O หน้าข้อความเพียงข้อความเดียวที่ตรงกับพฤติกรรมสุขภาพของท่านในปัจจุบันมากที่สุด

1. ท่านได้ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันมากหรือไม่
 - เป็นประจำในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
 - ปฏิบัติเป็นประจำแต่ไม่ถึง 6 เดือน
 - ตั้งใจว่าจะเริ่มปฏิบัติ
 - วางแผนว่าปฏิบัติในอีก 1 เดือนข้างหน้า
 - ยังไม่วางแผนจะปฏิบัติ

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 20 ข้อ

ID No.....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่องผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

ครั้งที่/วันที่เก็บข้อมูล/.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ตามลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป กรณีผู้ป่วยอ่านและเขียนได้ กรุณาทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความ หรือเติมคำตอบลงในช่องว่างตามความเป็นจริง แต่ในรายที่ไม่สามารถอ่าน เขียนได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ และบันทึกตามที่ผู้ป่วยบอกทุกประการ

1. เพศ 1. หญิง 2. ชาย
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา 4. ปวช./อนุปริญญา 5.ปริญญาตรี 6.สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ 1. เกษตรกรรม ระบุ..... 2. ค้าขาย 3. รับจ้าง 4. รับราชการ 5. ทำงานบ้าน/แม่บ้าน 6. อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ย..... บาท/เดือน 1. ไม่พอใช้ ไม่มีหนี้สิน 2. ไม่พอใช้ มีหนี้สิน 3. พอใช้ เหลือเก็บ 4. พอใช้ ไม่เหลือเก็บ

1.2 แบบบันทึกด้านสุขภาพ กรณีที่ผู้ป่วย สามารถอ่านค่าผลเลือดและระดับความดันโลหิตได้ ให้ผู้ป่วยกรอกข้อมูลเอง แต่หากผู้ป่วยทำไม่ได้ ผู้วิจัยจะบันทึกจากเวชระเบียนในการให้บริการที่ผู้ป่วยมารับบริการอย่างต่อเนื่อง

7. โรคประจำตัว 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....
8. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....
9. ยาที่รับประทานเป็นประจำ 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....
10. ระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลอง.....mmHg วันที่ตรวจ.....
 หลังการทดลอง.....mmHg วันที่ตรวจ.....
11. ส่วนสูง.....cms
12. น้ำหนัก ก่อนการทดลอง.....kgs วันที่ตรวจ.....
 หลังการทดลอง..... kgs วันที่ตรวจ.....
13. ดัชนีมวลกาย ก่อนการทดลอง.....kg/m² วันที่ตรวจ.....
 หลังการทดลอง.....kg/m² วันที่ตรวจ.....
14. รอบเอว ก่อนการทดลอง.....cms วันที่ตรวจ.....
 หลังการทดลอง.....cms วันที่ตรวจ.....
15. รอบสะโพก ก่อนการทดลอง.....cms วันที่ตรวจ.....
 หลังการทดลอง.....cms วันที่ตรวจ.....
16. สัดส่วนรอบเอว/รอบสะโพก ก่อนการทดลอง..... วันที่ตรวจ.....
 หลังการทดลอง..... วันที่ตรวจ.....
17. ระดับไขมันในเลือด (ถ้ามี) ก่อนการทดลอง.....mg/dl วันที่ตรวจ.....
 หลังการทดลอง.....mg/dl วันที่ตรวจ.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

- | | | |
|--------------------|---------|---|
| ปฏิบัติเป็นประจำ | หมายถึง | การแสดงพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกวัน |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง | หมายถึง | การแสดงพฤติกรรมมากกว่า 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์ |
| ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง | หมายถึง | การแสดงพฤติกรรมน้อยกว่า 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์ |
| ไม่ปฏิบัติเลย | หมายถึง | ไม่เคยแสดงพฤติกรรมนี้เลยในรอบ 1 เดือน-1 ปีที่ผ่านมา |

| คำถาม | ปฏิบัติเป็นประจำ | ปฏิบัติบ่อยครั้ง | ปฏิบัตินานๆครั้ง | ไม่ปฏิบัติเลย |
|--|------------------|------------------|------------------|---------------|
| 1. ท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ เช่น แกงมัสมั่น แกงกะหรี่ แกงกะทิ แกงพะเนียง หรือขนมหวานที่ใส่กะทิ | | | | |
| 2. ท่านรับประทานอาหารประเภทโยอาหารเช่น ผักต่าง ๆ ถั่วเมล็ดแห้ง ข้าวกล้อง | | | | |
| 3. ทุกครั้งที่เลือกซื้ออาหาร ท่านจะคำนึงถึงพลังงาน (แคลอรี) และปริมาณไขมันที่เป็นส่วนประกอบของอาหาร | | | | |
| 4. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวาน เช่น ขนมหวาน ผลไม้รสหวาน น้ำหวาน | | | | |
| 5. ท่านรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ ปอด ใต้อ่อน กระเพาะ | | | | |
| 6. ท่านรับประทานเนื้อปลาต่าง ๆ | | | | |
| 7. ท่านรับประทานผลไม้รสไม่หวานเป็นอาหารว่าง เช่น แอปเปิ้ล ฝรั่ง แก้วมังกร | | | | |
| 8. ท่านรับประทานอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง โรตีสี | | | | |
| 9. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทชาหรือกาแฟ โกโก้ นม น้ำอัดลม แอลกอฮอล์ | | | | |
| 10. รับประทานอาหารจานด่วน เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า เฟรนฟราย | | | | |
| 11. ท่านไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น หนังไก่ทอด เนื้ติดมัน | | | | |

| คำถาม | ปฏิบัติเป็นประจำ | ปฏิบัติบ่อยครั้ง | ปฏิบัตินานๆครั้ง | ไม่ปฏิบัติเลย |
|--|------------------|------------------|------------------|---------------|
| 12. ท่านบริโภคอาหารที่ใช้เนยเป็นส่วนประกอบ เช่น ขนมปังทาเนย โรตีสี ข้าวโพคอบเนย เป็นต้น | | | | |
| 13. ท่านรับประทานอาหารมากกว่าปกติ ในช่วงเทศกาลสำคัญ เช่น ฮารีรายอ งานแต่งงาน งานบุญต่าง ๆ | | | | |
| 14. ท่านบริโภคอาหารประเภทผัดและทอด เช่น ไข่เจียว ข้าวผัด ปลาทอด เนื้อทอด | | | | |
| 15. ท่านบริโภคอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง เช่น ผักลวก ปลาย่าง ปลานึ่ง | | | | |
| 16. ท่านคั้นนมถั่วเหลือง นมที่มีไขมันอิ่มตัวครบส่วน นมพ่องมันเนย นมที่มีไขมันต่ำ หรือนมที่มีรสหวานน้อย | | | | |
| 17. ท่านรับประทานไข่แดง ไข่ปลา ไข่นกกระทา | | | | |
| 18. ท่านรับประทานขนมปัง ขนมเค้ก คุกกี้ หรือเนยสด | | | | |
| 19. ท่านใช้น้ำมันปาล์มในการประกอบอาหาร | | | | |
| 20. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก หอยนางรม | | | | |

ภาคผนวก ฉ

โปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

ส่วนที่ 1 คำแนะนำการใช้โปรแกรม

ชื่อโปรแกรมการพยาบาล : โปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

บทนำ

โปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีน้ำหนักเกินของอารียา (2559) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยใช้แนวคิดการเสริมพลังชุมชนตามแบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (Way of promoting a healthy community) (Boonyasopun, 2000) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน ควบคู่กับการใช้แนวคิดแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Trans-theoretical model of change : TTM) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคล และจัดรูปแบบกิจกรรมโดยใช้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลามร่วมกับหลักโภชนบำบัดที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสตรีมุสลิมเป็นเนื้อหาของโปรแกรม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สตรีมุสลิมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรมของพื้นที่ สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดของสตรีมุสลิมได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับบริบทมุสลิม สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างยั่งยืน

กลุ่มเป้าหมาย

สตรีมุสลิมกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (อายุ 35 ปีขึ้นไป) ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง (มีปัจจัยเสี่ยงตามแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป) และมีความยินยอมที่จะเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นการบริการของสถานบริการปฐมภูมิร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผู้ใช้โปรแกรม

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ณ สถานบริการปฐมภูมิ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งบุคลากรในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่รับผิดชอบการดำเนินงานปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

ส่วนประกอบโปรแกรม

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แนวทางการใช้โปรแกรมการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง
2. แผนการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสตรีมุสลิมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีขั้นตอนการนำไปใช้ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนเสริมพลัง และขั้นตอนประเมินผล
3. คู่มือเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสตรีมุสลิมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย 2 คู่มือ ได้แก่ คู่มือรวมใจมุสลิมะห์ เป็นคู่มือประกอบในการบันทึกภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกสตรีมุสลิม และคู่มือสำหรับแกนนำ เป็นแนวปฏิบัติสำหรับแกนนำในการดำเนินงานเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสตรีมุสลิม

ระยะเวลาในการจัดทำกิจกรรม

การจัดกิจกรรมการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสตรีมุสลิมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 13 สัปดาห์ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจัดกิจกรรมกับสตรีมุสลิม 1 สัปดาห์ จัดกิจกรรมเสริมพลังแก่สตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมายและประเมินผล 12 สัปดาห์ ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ** มีระยะเวลา 1 สัปดาห์ในการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน คัดเลือกและจัดอบรมแกนนำ และรับสมัคร/เลือกสตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมาย
2. **ขั้นเสริมพลัง** มีระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะสะสมพลัง ระยะสมดุพลัง และระยะแสดงผล จัดกิจกรรมรวม 6 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นระยะสะสมพลัง จัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 เป็นการรวมกลุ่มสตรีมุสลิมและแกนนำเพื่อสะท้อนปัญหาและร่วมวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแบบมีส่วนร่วม

ครั้งที่ 2 อยู่ในระยะสะสมพลัง จัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 เป็นการเสริมประสบการณ์และฝึกทักษะเพื่อเพิ่มความสามารถของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งจะนำไปสู่ความมั่นใจในพลังของกลุ่มเพิ่มขึ้น

ครั้งที่ 3 เป็นระยะสมดุพลัง จัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จากการร่วมดำเนินงานที่ผ่านมา โดยมีการเสริมกำลังใจและให้การยอมรับ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม

ครั้งที่ 4 ระยะแสดงผล เริ่มดำเนินการตั้งแต่สัปดาห์ที่ 5 – 11 โดยให้สตรีมุสลิมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่บ้านตามแผน มีการบันทึกการบริโภคอาหารประจำวัน ซึ่งเป็นการแสวงหาความชำนาญ โดยการฝึกทักษะตัวเองและให้แกนนำเป็นที่เคียงคอยแนะนำในหมู่บ้าน

ครั้งที่ 5 อยู่ระยะแสดงผล จัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 เป็นการร่วมลงเยี่ยมบ้านสมาชิกที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เพื่อประเมินสภาพครอบครัว ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และกระตุ้นครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีมุสลิมให้ประสบผลสำเร็จ

ครั้งที่ 6 เป็นระยะแสดงผล จัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการจัดกิจกรรมเชิงสัญลักษณ์ วันรวมพลัง ให้สมาชิกปฏิบัติตามแนวทางที่มาจากความร่วมมือร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่
3. **ขั้นประเมินผล** จัดกิจกรรม 1 ครั้งในสัปดาห์สุดท้าย (สัปดาห์ที่ 12) เป็นการสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสมาชิกกลุ่ม

สถานที่จัดกิจกรรม

คลินิกบริการของสถานบริการปฐมภูมิ / ศูนย์เรียนรู้ที่เป็นศูนย์รวมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ

แนวทางการใช้โปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

ส่วนที่ 1 คำชี้แจงการใช้โปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

โปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นโปรแกรมสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิ ที่รับผิดชอบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โปรแกรมมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1.) แผนการจัดกิจกรรมเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนการเตรียมการ ขั้นตอนการปฏิบัติด้วยการเสริมพลังชุมชนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และขั้นตอนการประเมินผล 2.) คู่มือการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย 2 คู่มือ ได้แก่ คู่มือรวมใจมุสลิมะห์ เป็นคู่มือประกอบในการบันทึกภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกสตรีมุสลิม และคู่มือสำหรับแกนนำ เป็นแนวปฏิบัติสำหรับแกนนำในการดำเนินงานเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสตรีมุสลิม 3.) แนวทางการใช้โปรแกรมฯ

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

1. เพื่อให้สตรีมุสลิมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และใช้เป็นรูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเฝ้าระวัง การประเมิน และติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
2. เพื่อให้สตรีมุสลิมได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงตามแนวทางที่ได้มาตรฐาน และสอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม และความต้องการของสตรีมุสลิมอย่างแท้จริง

ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการเตรียมการของโปรแกรมสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการ

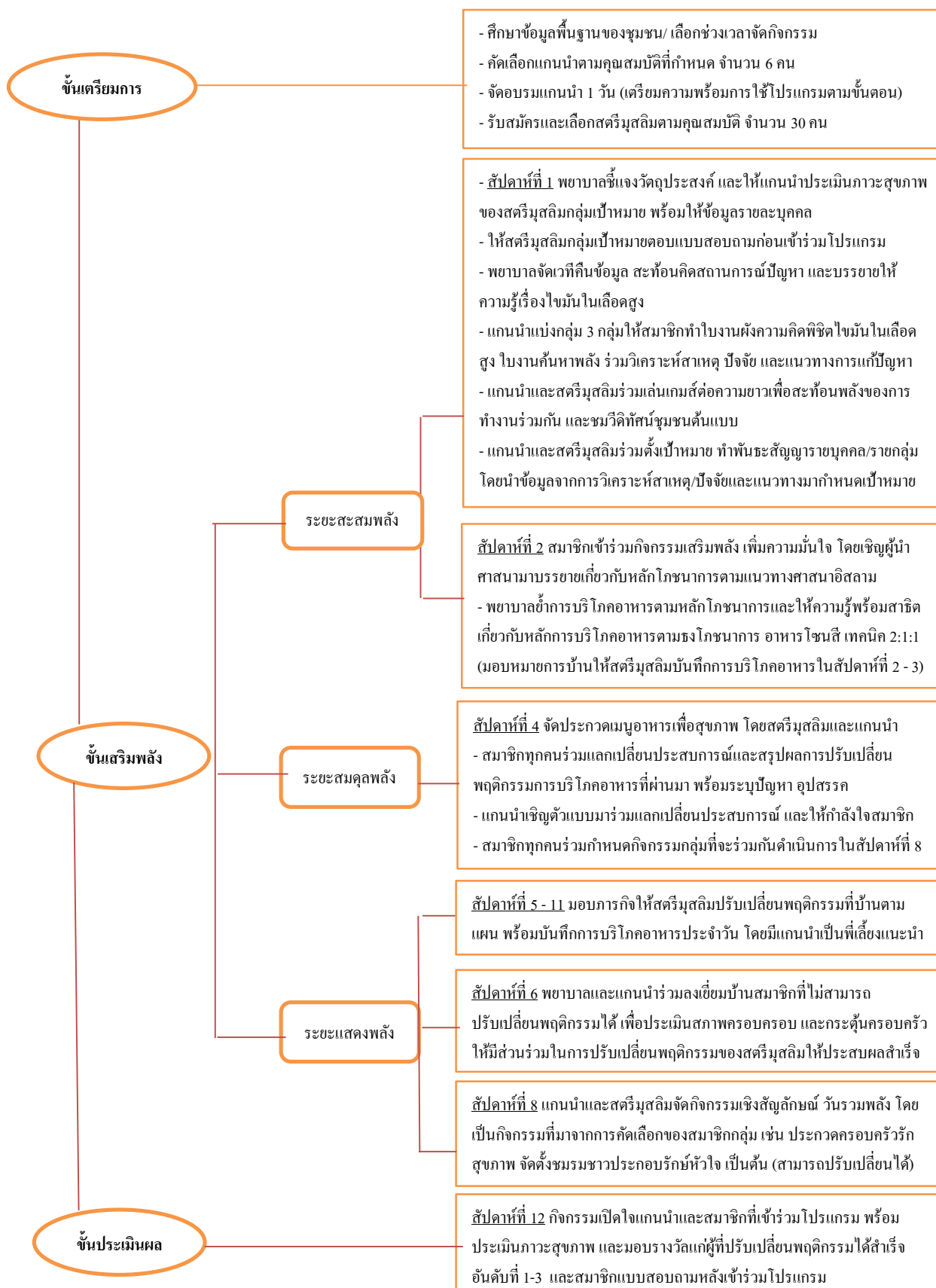
- 1.1. พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนที่จะนำโปรแกรมไปใช้ เกี่ยวกับสถิติ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคเรื้อรังอื่นๆ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกด้านสภาพแวดล้อม วิถีชีวิต วัฒนธรรมของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้ง กลุ่ม/ชมรม ผู้นำชุมชน และแกนนำต่าง ๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่
- 1.2. เลือกช่วงเวลาในการทำกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่
- 1.3. พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คัดเลือกแกนนำที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการเสริมพลังชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีมุสลิมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จากภาคีเครือข่ายในพื้นที่รับผิดชอบที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 6 คน โดยกำหนดคุณสมบัติแกนนำ ต้องเป็นแกนนำที่ร่วมปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 2 ปี ซึ่งแกนนำ 3 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำอีก 3 คนเป็นตัวแทนกลุ่มสตรี หรือกลุ่ม/ชมรมต่าง ๆ ในชุมชน
- 1.4. พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดกิจกรรมเตรียมแกนนำ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และประโยชน์ของโปรแกรมให้แก่แกนนำรับทราบ เพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหาและประโยชน์ที่จะได้รับจากโปรแกรมทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน และใช้คู่มือสำหรับแกนนำประกอบ 1 ครั้ง โดยชี้แจงให้แกนนำทราบถึงบทบาทของตนเองในขั้นตอนการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 5 ครั้ง
- 1.5. พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รับสมัครและคัดเลือกสตรีมุสลิมที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง เข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ครั้งละไม่เกิน 30 คน โดยเลือกสตรีมุสลิมที่อยู่ในระยะพฤติกรรม ระยะที่ 3 และ 4 (ตามแนวคิด Trans-theoretical model of change : TTM) ซึ่งใช้แบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม สำหรับแยกระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. ชั้นเสริมพลัง

- 2.1 พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และประโยชน์ของ โปรแกรมให้แก่สตรีมุสลิมรับทราบ ในการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 เพื่อให้สตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมายเห็นความสำคัญของปัญหาและประโยชน์ที่จะได้รับจากโปรแกรมทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน
- 2.2 พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ประสานการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดทั้งโปรแกรม เพื่อให้แกนนำและสตรีมุสลิมได้ระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหา และร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง รวมทั้งการร่วมกันจัดปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ของบุคคลและชุมชนให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้
- 2.3 พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สรุปผลการจัดกิจกรรมในแต่ละครั้ง และเป็นผู้ประสานงาน/นัดหมายให้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตามแผนการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

3. ชั้นประเมิน

- 3.1 พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมาย ในสัปดาห์สุดท้ายของโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 12)
- 3.2 พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมเปิดใจแกนนำและสมาชิกที่เข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งประเมินภาวะสุขภาพ และมอบรางวัล/เชิดชูเกียรติแก่ผู้ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จอันดับที่ 1-3



ภาพ 2 ขั้นตอนการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรภิ โภคอาหารของสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

แผนภูมิการใช้สื่อประกอบการจัดกิจกรรม



แผนการจัดกิจกรรมเสริมพลังชุมชน

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

| | |
|---------------------------------------|--|
| ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นเตรียมการ |
| วัตถุประสงค์ | <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ได้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. เพื่อให้แกนนำเข้าใจขั้นตอนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมพลังชุมชน |
| ระยะเวลา | ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ 1. การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน 2. คัดเลือกแกนนำและจัดอบรมแกนนำ 3. รับสมัคร/เลือกสตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมาย |
| สถานที่จัดกิจกรรม | ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน |
| กลุ่มเป้าหมาย | แกนนำสุขภาพจำนวน 6 คนและสตรีมุสลิมจำนวน 30 คน |
| คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม | |
| แกนนำสุขภาพ : | <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นแกนนำที่ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างน้อย 2 ปี โดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 3 คน และแกนนำที่มีบทบาทเป็นผู้นำตามธรรมชาติ/ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่าง ๆ ในชุมชน จำนวน 3 คน 2. มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง 3. มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโปรแกรม |
| สตรีมุสลิม : | <ol style="list-style-type: none"> 1. อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 2. มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ดังนี้ 1) มีประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวด้วยโรคไขมันในเลือดสูง หรือโรคหลอดเลือด |

เลือดหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดสมอง 2) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิก 80 – 89 มิลลิเมตรปรอท (Pre - HT) 3) ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตั้งแต่ 100 มก./ดล. (Pre - DM) 4) มีภาวะอ้วน หรือดัชนีมวลกาย \geq 25 กก./ม²

5) รอบเอวเกินมาตรฐาน (มากกว่า 80 เซนติเมตร)

3. อยู่ในระยะพฤติกรรม ระยะที่ 3 และ 4 (ตามแนวคิด Trans-theoretical model of change : TTM) และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมโปรแกรม
4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

การจัดอบรมแกนนำ

1. นัดหมายแกนนำจำนวน 6 คนเพื่อเตรียมความพร้อม
2. พยายามชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และประโยชน์ของการจัดกิจกรรม
3. พยายามอธิบายขั้นตอนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสตรีมุสลิมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงตามคู่มือเสริมพลังแกนนำ และฝึกแกนนำในการใช้คู่มือ
4. พยายามฝึก/สาธิตย้อนกลับให้แกนนำสามารถประเมินภาวะสุขภาพ (การชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และวัดรอบเอว) และแปลผลสุขภาพได้
5. มอบหมายให้แกนนำทำความเข้าใจเพิ่มเติมจากคู่มือเสริมพลังแกนนำและคู่มือรวมใจมุสลิมะฮ์

การรับสมัครสตรีมุสลิม

1. ประชาสัมพันธ์การรับสมัครผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยชี้แจงให้ทราบถึงคุณสมบัติของผู้ที่สามารถเข้าร่วม โปรแกรม
2. คัดเลือกสตรีมุสลิมที่อยู่ในระยะพฤติกรรม ระยะที่ 3 และ 4 (ตามแนวคิด Trans-theoretical model of change : TTM) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม สำหรับแยกกระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
3. นัดหมายสตรีมุสลิมเข้าร่วมกิจกรรมเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

แผนการจัดกิจกรรมโปรแกรมการเสริมพลังชุมชน

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง (ต่อ)

| | |
|--------------------------|---|
| ขั้นตอนที่ 2 | การเสริมพลังชุมชน ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะสะสมพลัง ระยะสมดุลพลัง และระยะแสดงผล |
| กิจกรรมครั้งที่ 1 | ระยะสะสมพลัง |
| ระยะเวลา | สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมรวม 2 ชั่วโมง) |
| วัตถุประสงค์ | เพื่อกระตุ้นให้แกนนำและสตรีมุสลิมมีความตระหนักต่อภาวะไขมันในเลือดสูง และมีแนวทางการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม |
| สถานที่จัดกิจกรรม | ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน |
| กลุ่มเป้าหมาย | แกนนำสุขภาพจำนวน 6 คนและสตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--|---|--|--|--|----------|--|
| 1. เพื่อกระตุ้นให้แกนนำและสตรีมุสลิมมีความตระหนักต่อปัญหาและผลกระทบจาก | 1. กล่าวทักทาย อัสลามูออลัยกุม ขอความสันติสุขจงมีแด่ทุกท่าน (ต่อด้วยการแนะนำตนเองและให้สมาชิกแนะนำตัว) 2. แจ้งวัตถุประสงค์ ของการเข้าร่วมกิจกรรม คือ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะไขมันในเลือด | 1. แนะนำตัวเองพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการจัดกิจกรรม 2. จัดเวที ที่คืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาไขมันในเลือดสูงในชุมชนและเปิด | 1. แนะนำตัวเองพร้อมข้อมูลส่วนตัวโดยย่อ 2. รับฟังการบรรยายและชมวีดิทัศน์ 3. แกนนำและ | -Power point พร้อมชุดอุปกรณ์นำเสนอ - วีดิทัศน์ภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคหลอดเลือด | 40 นาที | -สมาชิกได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนข้อมูล |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|----------------------------------|--|---|--|---|----------|--------------|
| ภาวะไขมันในเลือดสูง (ปลุกระดมตน) | <p>สูงและโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน</p> <p>3.แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับอัตราป่วย ภาวะไขมันในเลือดสูง/โรคหลอดเลือดหัวใจของชุมชนในปัจจุบัน ดังนี้....</p> <p>4.อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>- ภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง การที่มีระดับโคเลสเตอรอล (TC) ระดับไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL-C) และระดับไตรกลีเซอไรด์(TG)ในเลือดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ร่วมกับการมีไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นสูง (HDL-C) ในเลือดอยู่ในระดับต่ำ หรือมีระดับไขมันผิดปกติแบบใดแบบหนึ่งร่วมกัน 2 อย่างขึ้นไป ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง(atherosclerosis) และก่อให้เกิด</p> | <p>โอกาสให้สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล</p> <p>3. บรรยายเนื้อหาและเปิดวีดิทัศน์เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>4. เป็นพี่เลี้ยงให้แกนนำประเมินสุขภาพสมาชิกและแปลผลรายบุคคล</p> | <p>สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนข้อมูล</p> <p><u>หน้าที่ของแกนนำ</u></p> <p>ประเมินภาวะสุขภาพของสมาชิก (ซึ่งนำหนัก วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว เจาะน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว) และแปลผล</p> <p><u>หน้าที่ของสมาชิก</u></p> <p>รับการประเมินภาวะสุขภาพ และฝึกแปลผลสุขภาพของตนเอง (ตามคู่มือ)</p> | <p>เลือดหัวใจ ความยาว 2.17 นาที (เข้าถึงจาก www.youtube.com/overview of coronary artery disease)</p> <p>- เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพ (เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง สายวัดรอบเอว เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว)</p> | | |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--------------|---|-----------------------|--------------------------------|--------------------|----------|--------------|
| | <p>โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery diseases) ตามมาได้</p> <p>- สาเหตุของภาวะไขมันในเลือดสูงในปัจจุบัน นอกจากพันธุกรรม และโรคบางชนิดแล้ว สาเหตุที่พบบ่อย เกิดจากการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดภาวะ LDL-C ในเลือดสูง ได้แก่ อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง อาหารที่ให้พลังงานเกินความต้องการของร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตโดยเฉพาะน้ำตาล ฟรุคโทสและซูโครสมาก และการดื่มสุรา เป็นต้น</p> <p>- การตรวจประเมินเพื่อคัดกรองภาวะไขมันในเลือดสูง จะตรวจคัดกรองในประชา กรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและตรวจคัดกรอง</p> | | | | | |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|---|---|---|--|---|----------------|--|
| | <p>ในประชากรทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป โดยตรวจระดับไขมันโคเลสเตอรอลรวม ไขมันชนิด HDL และ TG ทุก 3-5 ปี ซึ่งจะประเมินจากการเจาะเลือดหลังงดอาหาร 9-12 ชั่วโมง และส่งตัวอย่างเลือดตรวจในห้องปฏิบัติการ</p> <p>- การแปลผล : ผู้ที่มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น ควรมีระดับไขมันในเลือดดังนี้ คือ TC < 200 มก/ดล, LDL-C < 100 มก/ดล, HDL-C <input type="checkbox"/> 40 มก/ดล และ TG < 150 มก/ดล</p> | | | | | |
| <p>2. เพื่อกระตุ้นให้มีความต้องการที่จะแก้ไขปัญหาภาวะไขมันในเลือดสูงแบบมีส่วนร่วม</p> | <p>ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิม ได้แก่ วัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวันและงานพิธีต่างๆ และปัจจัยทางสภาวะแวดล้อม เช่น การไม่มีนโยบายด้าน</p> | <p>1. ให้แกนนำแบ่งสมาชิกเป็น 3 กลุ่ม</p> <p>2. ให้แกนนำประจำกลุ่มดำเนินกิจกรรมกลุ่มร่วมวิเคราะห์สาเหตุภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรี</p> | <p><u>หน้าที่ของแกนนำ</u></p> <p>1. เป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม</p> <p>2. ชี้แจงการใช้ใบงาน</p> <p>ฝังความคิดพิชิตภาวะไขมันในเลือด</p> | <p>- วีดิทัศน์ชุมชนต้นแบบ ความยาว 12.25 นาที (เข้าถึงจาก www.youtube.com /ตำบลจัดการ</p> | <p>30 นาที</p> | <p>ได้แนวทางการแก้ไขปัญหภาวะไขมันในเลือดสูงจากการร่วมวิเคราะห์ของกลุ่ม</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--------------|---|---|---|---|----------|--------------|
| | <p>สุขภาพที่เป็นรูปธรรม สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ ขาดทักษะและความมั่นใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมดำเนิน งาน การจัดการบริการสาธารณสุขไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสตรีมุสลิม</p> | <p>มุสลิมโดยใช้ผังความคิด พิชิตไขมันในเลือดสูง ส่วนที่ 1</p> <p>3. เปิดวิถีทัศน์ชุมชนต้นแบบ</p> <p>4.สรุปข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาไขมันในเลือดสูง และแนวทางแก้ไขจากวิถีทัศน์ที่รับชมซึ่งเป็นการณศึกษา</p> <p>4.ให้แกนนำดำเนินกิจกรรมกลุ่มต่อ</p> | <p>สูง ส่วนที่ 1 และร่วมกับสมาชิกวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา</p> <p>3.เป็นแกนนำให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นต่อวิถีทัศน์ที่รับชมและเชื่อมโยงสู่แนวทางการแก้ปัญหาด้วยการใช้ใบงานค้นหาพลังในชุมชน</p> <p><u>หน้าที่ของสมาชิก</u></p> <p>1.สมาชิกร่วมวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการ</p> | <p>สุขภาพ)</p> <p>-ใบงานค้นหาพลัง</p> <p>-ใบงานผังความคิด พิชิต ไขมันในเลือดสูง</p> | | |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|---|---|---|---|---|----------|---------------------------------|
| | | | <p>แก้ไขปัญหาร่วมกัน</p> <p>2.รับชมวิดีโอทัศน์</p> <p>3.ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาโดยใช้ใบงาน</p> <p>ผังความคิดพิชิต</p> <p>ไขมันในเลือดสูง</p> <p>ส่วนที่ 1</p> <p>4.แสดงความคิดเห็น</p> <p>ร่วมกับแกนนำในใบงาน</p> <p>เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นส่งตัวแทนของแต่ละกลุ่ม</p> <p>สรุปผล</p> | | | |
| 3. เพื่อให้สมาชิกมีความสามัคคีและร่วมมือ ร่วม | ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการแก้ไข ปัญหาภาวะไขมันในเลือดสูงในชุมชน ได้แก่ | 1. ให้แกนนำและสมาชิกเล่นเกมส์ต่อความยาวโดยแบ่งสมาชิกออกเป็น | 1.แกนนำและสมาชิกทั้ง 3 กลุ่มร่วมเล่นเกมส์ต่อ | -แบบฟอร์ม แผนปฏิบัติการ -คู่มือรวมใจมุสลี | 20 นาที | -แกนนำและสมาชิกสามารถระบุข้อคิด |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--|---|---|---|---|----------|---|
| ใจแก้ไขปัญหา ไขมันในเลือดสูง (รวมคน รวมใจ) | <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ 2. ความเสียสละและความร่วมแรงร่วมใจของคนในชุมชน 3. มีการสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ช้องเห็นประโยชน์และได้รับประโยชน์ร่วมกัน 4. มีข้อตกลง เป้าหมายที่ชัดเจนและเป็นไปได้ 5. กำหนดบทบาทของแต่ละฝ่ายให้ชัดเจน 6. มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน 7. มีการติดตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาปรับปรุง | <ol style="list-style-type: none"> 3 กลุ่ม แข่งขัน โดยให้ทุกคนหาสิ่งของที่มีอยู่มากต่อกันให้ยาวที่สุด กลุ่มไหนต่อได้ยาวที่สุดเป็นผู้ชนะ 2. สรุปผลโดยให้ข้อคิดจากการเล่นเกมส์เปรียบเทียบกับการทำงานในชุมชนแบบมีส่วนร่วมซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือและการเสียสละของคนในชุมชน 3. จับคู่เพื่อนช่วยเพื่อน โดยจับคู่กันเองตามความสมัครใจ คู่ละ 2 คน | <ol style="list-style-type: none"> ความยาว สมาชิกจับคู่หาเพื่อนคู่คิด เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดำเนินงาน | มะฮ์ | | เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหามาจากการเล่นเกมส์ |
| 4. เพื่อให้สมาชิกได้ค้นค่านิยมร่วมในการ | 1. นำเข้าสู่แนวทางการจัดการภาวะไขมันในเลือดสูงด้วยหลักการส่งเสริมสุขภาพตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลามเพื่อให้ | 1. แลกเปลี่ยนข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพตามหลักศาสนา เพื่อเชื่อมโยงสู่ | แกนนำและสมาชิก ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลการป้องกัน | -แบบฟอร์ม แผนปฏิบัติการ -คู่มือรวมใจมุสลี | 30 นาที | ได้แผนปฏิบัติการที่มาจากกรร่วมกำหนดโดย |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|---------------------------------------|--|---|---|--------------------|----------|-----------------------|
| <p>ดำเนินงาน (คืนค่านิยมร่วม)</p> | <p>สอดคล้องกับหลักความเชื่อของผู้เข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>อัลลอฮ์ทรงรักบ่าวของพระองค์ที่แข็งแรงมากกว่าผู้ที่อ่อนแอท่านรอซูลุลลอฮ์กล่าวว่า “จงขอต่ออัลลอฮ์ให้มีความมั่นคงในศาสนาและสุขภาพที่ดี ไม่มีสิ่งใดที่อัลลอฮ์ให้หลังจากมีความมั่นคงในศาสนาแล้วจะดีมากกว่าการมีความสุขที่ดี” สุขภาพดีมาจากการบริโภคอาหารที่ดี การดูแลสุขภาพด้วย เมื่อผู้ที่เป็นมุสลิมละทิ้งหลักการข้อนี้จึงเป็นที่มาของปัญหาภาวะไขมันในเลือดสูง หลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักของอิสลามคำสอนที่ว่า “และพวกเจ้าจงกินและจงดื่มแต่จงอย่าฟุ่มเฟือย แท้จริงพระองค์ไม่ทรงรักบรรดาผู้ฟุ่มเฟือย” (อัล-กุรอาน 7:31) ดังนั้นการกินอย่างรู้ค่า กิน</p> | <p>การป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง</p> <p>2. ให้แกนนำดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกับสมาชิก โดยใช้ข้อมูลจากใบงานผังความคิดพิชิตไขมันในเลือดสูง ในส่วนที่ 2 ของทั้ง 3 กลุ่ม</p> <p>3. สรุปแผนการดำเนินงานและบทบาทหน้าที่ของสมาชิกที่ต้องนำไปปฏิบัติ</p> | <p>การเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ที่สอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลาม</p> <p><u>แกนนำ</u></p> <p>1.สรุปแนวทาง การแก้ไขปัญหา จากผังความคิดพิชิตไขมันในเลือดสูง ของทั้ง 3 กลุ่มลงในแผนปฏิบัติการ</p> <p>2.แกนนำร่วมกับสมาชิกตั้งเป้าหมายและจัดทำข้อตกลงรายกลุ่ม โดยแบ่งบทบาทหน้าที่</p> | <p>มะฮ์</p> | | <p>แกนนำและสมาชิก</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--------------|--|-----------------------|--|--------------------|----------|--------------|
| | <p>อย่างพอดีจึงเป็นแนวทางของผู้ศรัทธา การบริโภคสิ่งที่ดีจะส่งผลให้อัลลอฮทรง รับการขอพรผู้บริโภคจะได้รับผลบุญ ร่างกายจะได้รับคุณค่าทางสารอาหาร</p> <p>2.แนวทางการป้องกันปัญหาไขมันใน เลือดสูง ต้องใช้การจัดการระดับบุคคล ควบคู่กับการจัดการสภาวะทางสังคม โดยใช้กลวิธีตามแนวทางของกฎบัตร ออตตาวา(5 กลวิธี)คือ การสร้างนโยบาย สาธารณะ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อ สุขภาพ สร้างกิจกรรมชุมชนเข้มแข็ง พัฒนาทักษะบุคคล ปรับระบบบริการ สาธารณสุข</p> | | <p>รับผิดชอบและกำหนดระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม สมาชิกกับร่วม</p> <p><u>สมาชิก</u></p> <p>1.สมาชิกร่วมกัน ระบุกิจกรรมย่อยของแต่ละแนวทางที่กำหนดไว้</p> <p>2. สมาชิกร่วม ตั้งเป้าหมาย และจัดทำข้อตกลงรายกลุ่ม และร่วมแบ่งบทบาทหน้าที่ รับผิดชอบ และ กำหนดระยะเวลา</p> | | | |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--|--|--|--|--------------------|----------|--------------|
| | | | ของแต่ละกิจกรรม 3. สมาชิก ตั้งเป้าหมายย่อยของ แต่ละบุคคล | | | |
| 5. เพื่อให้แกนนำ และสตรีมุสลิม ได้แนวทางการ ดำเนินงานที่ สอดคล้องกับ ความต้องการ (รวบรวมฝัน) | รูปแบบของแผนปฏิบัติการจากการ ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเป็น ส่วนหนึ่งในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับ สมาชิกในการจัดกิจกรรม (เอกสารแนบ แผนปฏิบัติการชุมชน) | - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มอบหมายให้แกนนำสรุป ภารกิจต่างๆ ตามแผนใน ระยะสองสัปดาห์เพื่อ นำไปปฏิบัติก่อนสิ้นสุด กิจกรรม -นัดหมายเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งต่อไป(สัปดาห์ที่ 2) | <u>แกนนำ</u> สรุปภารกิจของแต่ละ คนพร้อมให้ สมาชิกลงนาม <u>สมาชิก</u> ลงนามรับทราบ ข้อตกลง และ เป้าหมายรายบุคคล และรายกลุ่ม | | | |

แผนการจัดกิจกรรมเสริมพลังชุมชน

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง (ต่อ)

กิจกรรมครั้งที่ 2 ระยะสะสมพลัง

ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 2 (ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมรวม 90 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสมาชิกผู้เข้าร่วมโปรแกรม

สถานที่จัดกิจกรรม ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน

กลุ่มเป้าหมาย แก่นนำสุขภาพจำนวน 6 คนและสตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--|---|--|---|--|----------|--|
| เพื่อให้สมาชิกมีทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงที่ถูกต้อง | <p>1.กล่าวทักทาย อัสลามูออลัยกุมวาเราะฮ มาตุลลอฮิวาบารอกาคุส ขอความสันติสุขจงมีแก่ทุกท่าน</p> <p>2.การรับประทานตามหลักโภชนาการ คือ รับประทานอาหารที่มีพลังงานพอเหมาะ และมีอาหารหลักครบทุกหมู่ โดยมีสัดส่วน และปริมาณ โคเลสเตอรอลที่เหมาะสม ซึ่งมี</p> | <p>1. กล่าวทักทายสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>2. เชิญผู้นำศาสนา/แกนนำที่มีความรู้ทางศาสนาบอกเล่าหลักโภชนาการตามจริยวัตรของท่านศาสดา</p> <p>3. ให้ข้อมูลหลักการ</p> | <p>1.แกนนำและสมาชิก ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล การปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงกับผู้นำศาสนา</p> <p>2.แกนนำและสมาชิกรับฟังข้อมูลหลักการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกัน</p> | <p>- เมนูอาหารสุขภาพ</p> <p>- โมเดลอาหาร</p> <p>- คู่มือเสริมพลังแกนนำ</p> <p>- คู่มือรวมใจมุสลิมะฮ์</p> | 90 นาที | <p>-แกนนำนำเสนอหลักการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมได้</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะ เวลา | การประเมินผล |
|--------------|---|---|--|------------------------|--------------|---|
| | <p>หลักการ ดังนี้</p> <p>2.1 มีปริมาณอาหารหรือพลังงาน (kilocalories) ต่อวันพอเหมาะ ทำให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>2.2 ปริมาณไขมันต่อวันให้พลังงานร้อยละ 25-35 ของพลังงานทั้งหมด โดยต้องเป็นกรดไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 7 เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่งไม่เกินร้อยละ 10 ที่เหลือเป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง ดังนั้น ควรปรุงอาหารด้วยน้ำมันพืชที่สกัดจากถั่วเหลือง ข้าวโพด เป็นต้น ต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยการทอด และการใช้ไขมันที่ได้รับการแปรรูปให้แข็ง เช่น เนยเทียม (margarine) เนยขาว (shortening) โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ทำจากน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เพราะไขมันแปรรูปเหล่านี้จะมีทรานส์เฟตตีแอซิด (trans fatty</p> | <p>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงพร้อมสารอาหาร</p> <p>4.สรุปแนวทางการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิม ด้วยการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเน้นการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง และเพิ่มการบริโภคผักหรือธัญพืชที่เพิ่มปริมาณไขมันดี</p> | <p>ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากพยาบาล และร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล</p> <p><u>แกนนำ</u></p> <p>1. ประธานกลุ่มติดตามภารกิจงานดำเนินงานของสมาชิกที่ผ่านมา</p> <p>2. แกนนำแต่ละกลุ่มสอนการบันทึกการบริโภคอาหารของสมาชิกพร้อมมอบหมายการบ้านบันทึกการบริโภคอาหารเป็นเวลา 2 สัปดาห์</p> <p>3.ประธานกลุ่มสรุปแนว</p> | | | <p>ถูกต้อง</p> <p>-สตรีมุสลิมบันทึกการบริโภคอาหารได้ถูกต้อง</p> <p>-แกนนำและสตรีมุสลิมร่วมอภิปรายหลักการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้ถูกต้อง</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะ เวลา | การประเมินผล |
|--------------|---|---|---|------------------------|--------------|--------------|
| | <p>acid)สูง ซึ่งเมื่อรับประทานในปริมาณมากจะทำให้ระดับ LDL เพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนกัน</p> <p>2.3 ปริมาณโปรตีน ให้พลังงานร้อยละ 12-15 ของพลังงานทั้งหมด ได้แก่ เนื้อสัตว์และถั่ว ประเภทเนื้อสัตว์ ขีดหลัก คือ ต้องงดเครื่องใน สัตว์และหนังสัตว์ทุกชนิด ไม่ว่าจะปรุงในรูปแบบใดๆ และควรหลีกเลี่ยงอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันและหนัง ไข่แดง และ เนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอกทุกชนิด, แฮม, แหนม, กุนเชียง เป็นต้น</p> <p>2.4 มีโคเลสเตอรอลไม่เกิน 200-300 มก/วัน</p> <p>2.5 พลังงานที่เหลือ (ร้อยละ 55-65 ของพลังงานทั้งหมด) ได้จากคาร์โบไฮเดรต คือ อาหารประเภท แป้ง ซึ่งควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ธัญพืชหรือข้าว ถั่วชนิดต่างๆ เนื่องจาก จะให้ใยอาหาร (dietary fiber) และโปรตีน ควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำตาลหรือ</p> | <p>(HDL)</p> <p>5. ให้ประธานกลุ่ม ติดตามภารกิจตาม แผนปฏิบัติการ</p> | <p>ทางการปรับพฤติกรรม เพื่อป้องกันภาวะไขมัน ในเลือดสูงตามแบบฉบับมุสลิมะห์</p> <p><u>สมาชิก</u></p> <p>1.สมาชิกร่วมให้ข้อมูล จากการปฏิบัติการกิจ</p> <p>2.สมาชิกฝึกบันทึกการบริโภคอาหารลงในคู่มือรวมใจมุสลิมะห์ และลงบันทึกการบริโภคอาหารที่บ้านในระยะเวลา 2 สัปดาห์</p> | | | |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--------------|---|-----------------------|--------------------------------|------------------------|----------|--------------|
| | <p>อาหารที่มีน้ำตาลปริมาณสูง</p> <p>2.6 รับประทานผักปริมาณมาก และผลไม้ทุก มือ เพื่อให้ได้ใยอาหารมากพอ</p> <p>3.การใช้เทคนิคกินถูกล้วน 2:1:1 โดยแบ่ง ขนาดจานเป็น 4 ส่วน ผัก 2 ส่วน เนื้อสัตว์ ไขมันต่ำ ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ส่วน ข้าวแป้ง 1 ส่วน</p> <p>4.อาหารโซนลี</p> <ul style="list-style-type: none"> - สีแดง เป็นอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง มาก ไม่ควรกินบ่อยนัก - โซนลีเหลือง เป็นอาหารที่มีไขมันและน้ำตาล ปานกลางควรเลือกกินให้น้อยลง เลือกกินแต่ พอควร - โซนลีเขียวเป็นอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลต่ำ ใยอาหารสูงและมีคุณค่าทางโภชนาการ ควร เลือกกินบ่อยๆ <p>5.หลักโภชนาการตามจริยวัตรของท่านศาสดา ดั่งหะดีษ (คำสอน) ที่ว่า</p> | | | | | |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--------------|--|-----------------------|--------------------------------|------------------------|----------|--------------|
| | <p>5.1 “ท้องคนเราควรแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่หนึ่งเป็นอาหาร ส่วนที่สองเป็นน้ำ ส่วนที่สามเป็นลมหายใจ” โดยให้สตรีมุสลิมนึกถึงหะดีษดังกล่าวทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร</p> <p>5.2 อาหารที่เลือกรับประทานต้องเป็นอาหารที่สะอาด (ชนิดของอาหารและขั้นตอนการผลิต/การได้มาของอาหารถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลามและต้อยยิบัน หมายถึงอาหารที่รับประทานแล้วมีประโยชน์ต่อร่างกาย มีคุณค่าทางโภชนาการ)</p> <p>5.3 ปริมาณอาหารที่รับประทานต้องไม่มากเกินไป</p> <p>5.4 กล่าวพระนามของพระเจ้าก่อนรับประทานอาหารและกล่าวสรรเสริญพระเจ้าหลังการรับประทานอาหาร</p> <p>6. เรื่องเล่าจากท่านศาสดา</p> <p>มีข้อความตอนหนึ่งในอัล-กุรอานกล่าวว่า “โอ้</p> | | | | | |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--------------|---|-----------------------|--------------------------------|------------------------|----------|--------------|
| | <p>บรรดาผู้ศรัทธาทั้งหลายจงบริโภคน้ำแต่สิ่งดีดีจากสิ่งที่เราได้ให้เป็นเครื่องยังชีพแก่พวกท่าน” ท่านรอซูลได้เล่าถึงชายคนหนึ่งที่ดินทางไกล ผมและใบหน้าของเขาเต็มไปด้วยฝุ่น เขายื่นมือทั้งสองของเขาสู่ฟากฟ้า และกล่าวว่า โอ้พระผู้อภิบาลของฉัน โดยที่อาหารของเขาเป็นสิ่งต้องห้าม เครื่องดื่มของเขาเป็นของต้องห้าม เสื้อผ้าของเขาเป็นของต้องห้าม และเขาเติบโตมาด้วยสิ่งต้องห้าม เมื่อเป็นเช่นนั้น การขอพรของเขาจะถูกตอบรับอย่างไรและมีปรากฏในประวัติศาสตร์การเจริญสัมพันธไมตรีระหว่างมะดีนะห์นครแห่งบรมศาสดากับอียิปต์ ทางอียิปต์ได้ส่งแพทย์ผู้หนึ่งให้ไปอยู่ที่นครมะดีนะห์ และได้อาศัยอยู่กับท่านศาสดาและเหล่าสอฮาบะห์ 2 ปีก็ไม่มีใครเจ็บป่วยมาให้รักษาเลยจึงขอเดินทางกลับอียิปต์ ก่อนจากไปแพทย์ผู้นั้น ได้ถามท่าน</p> | | | | | |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--------------|---|-----------------------|--------------------------------|------------------------|----------|--------------|
| | <p>ศาสดาถึงเคล็ดลับในการรักษาสุขภาพของชาว มะดีนะห์ ได้รับคำตอบว่า “พวกเราเป็นกลุ่ม ชนที่ไม่ทานอะไรจุกจิก แต่จะทานเมื่อหิว เท่านั้นและเมื่อรับประทานก็จะไม่รับประทาน จนอึดื้อ”</p> | | | | | |

แผนการจัดกิจกรรมเสริมพลังชุมชน

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง (ต่อ)

กิจกรรมครั้งที่ 3 ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 4 (ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมรวม 2 ชั่วโมง)

วัตถุประสงค์ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

สถานที่จัดกิจกรรม ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน

กลุ่มเป้าหมาย แก่นนำสุขภาพจำนวน 6 คนและสตรีมุสลิมกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน ประชาชนทั่วไปที่สนใจเข้าร่วมชมการประกวด

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--|---|---|---|--|-----------|---|
| 1. เพื่อให้สมาชิกได้ร่วมแสดงความคิดเห็นจากการปฏิบัติและตัดสินใจวิธีปฏิบัติ | <p>1.กล่าวทักทาย อัสลามูออลัยกุมวาเราะฮ มาตุลลอฮิวาบารอกาศุข ขอความสันติสุขจงมีแก่ทุกท่าน</p> <p>2.แนะนำอาหารโซนตี (ซ้ำเนื่องจากกรณีตัวอย่างนี้เป็นกิจกรรมประกวดเมนูอาหารสุขภาพ)ประกอบด้วยโซนตีแดง สีเหลืองและสีเขียว</p> | <p>1. กล่าวทักทายสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>2. มอบหมายให้กลุ่มดำเนินกิจกรรม</p> <p>3.ร่วมอภิปรายกลุ่ม</p> | <p>1. กล่าวทักทายทุกคน</p> <p>2.แกนนำเข้าสู่การประกวดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ</p> <p>3. สมาชิกเริ่มปฏิบัติการตามที่กำหนด (ผู้ประกวดเริ่มปรุงอาหารที่ส่งเข้า</p> | <p>- วัตถุประสงค์</p> <p>- อุปกรณ์ในการปรุงอาหาร</p> <p>- อาหารสาธิตตามโซนตี/โปสเตอร์ธงโภชนาการและอาหารโซนตี</p> | 2 ชั่วโมง | -แกนนำและสมาชิกได้ข้อสรุปร่วมรูปแบบของกิจกรรมที่จะนำไปใช้ทั้งในระดับบุคคลและในระดับ |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--------------|--|-----------------------|---|--|----------|--------------|
| | <p>- อาหาร โชนแดงเลือกกินให้น้อยที่สุด เช่น ข้าวมันไก่ ก๋วยเตี๋ยวผัดซีอิ๊วใส่ไข่ ข้าวหมกไก่ ผัดไทยใส่ไข่ ส่วนอาหารว่าง เช่น ปอเปี๊ยะทอด ปาท่องโก๋ อาหารประเภทผัด ทอด ไข่กะทิ ขนมหวานต่างๆ ลูกก๊วยทอด โดนัท ส่วนอาหารที่ไม่ควรรับประทาน เช่น ชา ชัก น้ำหวาน ชาใส่นม</p> <p>- อาหาร โชนเหลืองเลือกกินแต่พอควร เช่น ข้าวเหนียว ขนมจีน เส้นหมี่ มะม่วงสุก ก๋วยเตี๋ยว สับปะรด ลำไย นมเปรี้ยว</p> <p>- อาหาร โชนเขียวเลือกกินให้มาก เช่น ข้าวกล้อง ข้าวโพดต้ม ผักสด ผักนึ่ง ผักลวก นมพร่องไขมัน น้ำเปล่า ผลไม้รสไม่หวาน คือ แอปเปิ้ล ชมพู ฝรั่ง มะม่วงดิบ</p> <p>3.การตั้งเป้าหมายและการวางแผน ช่วย</p> | | <p>ประกวด โดยผู้เข้าประกวดอาจเป็นสมาชิกหรือผู้สนใจทั่วไปที่สมาชิกชักชวนมา)เมนูอาหารพลังงานต่ำ เป็นอาหารท้องถิ่น ผู้เข้าประกวดจำนวน 3 กลุ่ม</p> <p>4.หลังสิ้นสุดการประกวดแกนนำที่เป็นกรรมการเป็นผู้ตัดสินและมอบของรางวัล</p> <p>5.ให้ตัวแบบที่ได้คัดเลือกมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะ</p> | <p>- คู่มือรวมใจมุสลิมะฮ์</p> <p>-แผ่นพับอาหารโชนสี</p> <p>-การรับประทานอาหารตามแนวทางของมุสลิมะฮ์</p> | | ชุมชน |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะ เวลา | การประเมินผล |
|--------------|--|-----------------------|--|------------------------|--------------|--------------|
| | <p>ให้กรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน ประสบผลสำเร็จ</p> <p>3.1 การวางแผนเมนูอาหาร 1 วัน คือ มี เช้า ข้าวต้มปลา 1 ชามเล็ก ชมพู 2 ผล ขนาดกลาง อาหารว่าง นมไขมันต่ำ 1 แก้ว มีอกกลางวัน หมี่ขาวน้ำ ลูกชิ้นปลา 1 ชาม ถั่วเขียวต้มน้ำ 1 ลูก มีเย็น ข้าวกล้อง 1 ทัพพี แองเดียงฝักรวม กุ้งสดเน้นฝักมาก ปลาเผา 2 ชีด มะม่วงดิบ 1 ลูก</p> <p>3.2 การคำนวณพลังงานที่รับประทานใน 1 วันโดยเฉลี่ยควรรับประทานวันละ ไม่น้อย เกิน 1,200 กิโลแคลอรี และปริมาณไขมัน ต่อวันต้องไม่เกินร้อยละ 25-35 ของ พลังงานทั้งหมด</p> <p>4.การรับประทานอาหารของมุสลิมตาม แนวทางของท่านศาสดามูฮัมหมัด(ช.ล.) ท่านได้กำหนดคนที่กินกินอัม ท่านั่งเป็น</p> | | <p>ไขมันในเลือดสูง</p> <p>6.ประธานกลุ่มกล่าว สรุปและปิดกิจกรรม</p> <p>7.จัดประชุมสมาชิก กลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นจาก ประสบการณ์การ ปฏิบัติ การจัดประกวด และประสบการณ์จาก ตัวแบบ</p> <p>8.นำเสนอข้อมูลจาก การบันทึกพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ เหมาะสม (ผู้มา 4-5 คน)ในคู่มือรวมใจมุส ลิมะฮ์</p> <p>9.ให้สมาชิกแสดง</p> | | 1 ชั่วโมง | |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะ เวลา | การประเมินผล |
|--------------|--|-----------------------|--|------------------------|--------------|--------------|
| | <p>ทำที่ทำให้กระเพาะอาหารแบ่งออกเป็นสามส่วน คือ อาหาร น้ำและอากาศ เมื่อลูกขี้ยืนก็จะพอดี การกินอาหารแค่พอดี กินเมื่อหิว หรือกินตามเวลาจึงเป็นสิ่งที่มุสลิมต้องฝึกไว้ให้เป็นนิสัย นอกจากนี้ยังต้องเลือกกินอาหารให้เหมาะกับการใช้งานของตัวเอง ดังคำกล่าวในอัล-กุรอาน 2:168 “โอ้มนุษย์ทั้งหลาย พวกเจ้าจงกินจากสิ่งที่อนุมัติที่ดีที่อยู่ในโลก และอย่าตามบรรดารอยเท้ามาร แท้จริงมันเป็นศัตรูที่ชัดเจนของพวกเจ้า” ดังนั้นการกินอย่างรู้ค่า กินอย่างพอดีจึงเป็นแนวทางของผู้ศรัทธา เพราะการกินเกินพอดีจะนำมาซึ่งโรคต่างๆ อิสลามให้ความสำคัญในเรื่องโภชนาการให้รู้จักรับประทานอาหารที่มีคุณประโยชน์ต่อร่างกายเพื่อประโยชน์สุขในการใช้ชีวิตในโลกดุนยา</p> | | <p>ความคิดเห็นเพิ่มเติม กล่าวชมเชยผู้ที่ปรับพฤติกรรมได้สำเร็จ และให้กำลังใจทุกคน 10.แกนนำสรุปผลดี ผลเสีย จากวิธีการปรับ พฤติกรรมการบริโภค อาหารเพื่อป้องกัน ภาวะไขมันในเลือดสูง และปัญหา อุปสรรคที่ พบจากประสบการณ์ ของสมาชิกกลุ่ม และ จากตัวแบบเพื่อให้ สมาชิกร่วมตัดสินใจ 11.ประธานกลุ่มสรุป วิธีการดำเนินกิจกรรม ปรับพฤติกรรม</p> | <p>ฟลิปชาร์ต</p> | | |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--------------|---|-----------------------|---|------------------------|----------|--------------|
| | <p>มีสุขภาพแข็งแรงในโลกนี้แล้วก็อย่าลืม ต้องปฏิบัติภักดีต่ออัลเลาะห์อย่างเข้มแข็ง เพื่อที่จะกลับไปสู่อาศิเราะฮ์ซึ่งเป็น เป้าหมายหลักของความเป็นมุสลิม</p> | | <p>บริโภครอาหารเพื่อ ป้องกันภาวะไขมันใน เลือดสูงที่กลุ่ม ตัดสินใจเลือกปฏิบัติ 12.ประชาชนกลุ่ม มอบหมายสมาชิกกลุ่ม ทำจดหมายฝากسلام ถึงทุกครัวเรือนใน หมู่บ้านเพื่อแจ้งข้อมูล การปรับพฤติกรรม การบริโภครอาหารเพื่อ ป้องกันภาวะไขมันใน เลือดสูง และขอความ ร่วมมือในการปฏิบัติ รวมทั้งเชิญชวนส่งเข้า ประกวดครอบครัว ต้นแบบ และเข้าร่วม</p> | | | |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--------------|---------|-----------------------|--|------------------------|----------|--------------|
| | | | <p>กิจกรรมในชมรมชาว ประกอบวิชาชีพหัวใจใน วันจัดกิจกรรมอีก 1 เดือนข้างหน้า (รูปแบบกิจกรรมปรับ ตามความต้องการ สมาชิกกลุ่ม) 13.สมาชิกกลุ่มร่วม วางแผนการจัด กิจกรรมประกวด ครอบครัวต้นแบบ โดยทำจดหมายขอรับ การสนับสนุนจากผู้นำ ชุมชน กลุ่ม/องค์กร ต่างๆในชุมชน -นัดหมายกิจกรรม ครั้งต่อไป (1 เดือน)</p> | | | |

แผนการจัดกิจกรรมเสริมพลังชุมชน

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง (ต่อ)

| | |
|-------------------|---|
| กิจกรรมครั้งที่ 4 | ระยะแสดงพลัง |
| ระยะเวลา | สัปดาห์ที่ 5 - 11 |
| วัตถุประสงค์ | เพื่อฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้มีความชำนาญ |
| สถานที่จัดกิจกรรม | บ้านของสมาชิกแต่ละราย |
| กลุ่มเป้าหมาย | สมาชิกทุกคน 30 คน และแกนนำสุขภาพจำนวน 6 คน |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|---|--|---|--|----------------------|-----------|---|
| เพื่อฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้มีความชำนาญ | 1. สตรีมุสลิมปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่บ้านตามแผนที่ร่วมกำหนด ซึ่งได้แก่ การควบคุมอาหารตามหลักโภชนาบำบัดเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง โดยลดการบริโภคอาหารไขมันสูง และเพิ่มการบริโภคผักมากขึ้น 2. การบันทึกการบริโภคอาหารประจำวันตามแบบฟอร์มในคู่มือรวมใจมุสลิมะห์ | มอบหมายภารกิจให้สตรีมุสลิมฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่บ้านตามแผน | - สตรีมุสลิมปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่บ้าน และบันทึกการบริโภคอาหารประจำวันลงในคู่มือรวมใจมุสลิมะห์ - แกนนำเป็นผู้เลี้ยงคอยแนะนำในหมู่บ้าน | คู่มือรวมใจมุสลิมะห์ | 7 สัปดาห์ | สตรีมุสลิมได้ฝึกทักษะการพฤติกรรมกรรมการบริโภค มีการบันทึกการบริโภคอาหารในคู่มือรวมใจมุสลิมะห์ |

แผนการจัดกิจกรรมเสริมพลังชุมชน

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง (ต่อ)

กิจกรรมครั้งที่ 5 ระยะเวลาแสดงพลัง

ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 6 (กิจกรรมลงเยี่ยมบ้าน)

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินครอบครัว และส่งเสริมให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีมุสลิมให้ประสบผลสำเร็จ

สถานที่จัดกิจกรรม บ้านของสมาชิกไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

กลุ่มเป้าหมาย แก่นนำสุขภาพจำนวน 6 คนและสมาชิกที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--|--|---|--|--|----------|---|
| 1. เพื่อประเมินครอบครัว และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีมุสลิมให้ | <p>1. สร้างสัมพันธภาพ โดยการกล่าวทักทาย อัสลามูออลัยกุมวาเราะฮมาตุลลอฮิวาบรอกาตุส ขอความสันติสุขจงมีแต่ทุกท่าน และแนะนำตัวเจ้าหน้าที่และแกนนำ</p> <p>2. แจ้งมีวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม เพื่อประเมินครอบครัว และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีมุสลิมให้ประสบ</p> | <p>1. นัดหมายสมาชิกและแกนนำประจำกลุ่มเพื่อลงเยี่ยมบ้าน</p> <p>2. ลงเยี่ยมบ้านสมาชิกสร้างสัมพันธภาพพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์</p> <p>3. ร่วมพูดคุยประเมิน</p> | <p><u>แกนนำ</u></p> <p>1. แก่นนำกล่าวทักทายสมาชิกและครอบครัว</p> <p>2. แก่นนำร่วมพูดคุยกับสมาชิกและครอบครัวถึงพฤติกรรมกรับประทานอาหารของครอบครัว</p> | <p>-แฟ้มครอบครัว</p> <p>-กระเป๋าเยี่ยมบ้าน</p> | 30 นาที | <p>-สมาชิกและครอบครัวได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และได้แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|---------------|---|--|---|------------------------|----------|--------------|
| ประสบผลสำเร็จ | <p>ผลสำเร็จ</p> <p>3. พุฒยสอบถามถึงพฤติกรรมกร รับประทานอาหารของครอบครัว เพื่อ ประเมิน/วิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรคและปัจจัย สนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่</p> <p>4. สรุปปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และแนวทางการช่วยเหลือ</p> <p>5. บันทึกข้อมูลในแฟ้มครอบครัว</p> | <p>สภาพ ให้คำปรึกษา และกระตุ้นครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคของสตรี มุสลิม และสนับสนุน การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของสตรี มุสลิมให้ประสบ ผลสำเร็จ</p> <p>4.บันทึกข้อมูลในแฟ้ม ครอบครัว</p> | <p><u>สมาชิก</u></p> <p>1. สมาชิกให้ข้อมูล แบบแผนการ รับประทานอาหารของ ครอบครัว</p> <p>2.สมาชิกร่วม วิเคราะห์ ปัญหา อุปสรรคของการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตนเอง พร้อมทั้งค้นหา ปัจจัยที่จะสนับสนุน การสร้างพฤติกรรม ใหม่ของตนเอง</p> <p>3. สรุปปัญหา และ แนวทางปฏิบัติของ ตนเองลงในคู่มือ</p> | | | สตรีมุสลิม |

แผนการจัดกิจกรรมเสริมพลังชุมชน

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง (ต่อ)

กิจกรรมครั้งที่ 6 ระยะเวลาแสดงพลัง (สัปดาห์ที่ 8)

ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 8 (ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมรวม 3 ชั่วโมง)

วัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสตรีมุสลิมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

สถานที่จัดกิจกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน

กลุ่มเป้าหมาย แกนนำสุขภาพจำนวน 6 คนและสตรีมุสลิมจำนวน 30 คน ประชาชนทั่วไปที่สนใจ

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|---|---|-----------------------|---|---|-----------|---|
| 1. เพื่อให้สมาชิก ได้ดำเนิน กิจกรรมแบบมี ส่วนร่วมตามที่ กลุ่มได้ตัดสินใจ เลือก | <p>1.กล่าวทักทาย อัสลามูออลัยกุมวาเราะฮ มาตุลลอฮิวาบารอกาทุส ขอความสันติสุขจงมีแก่ทุกท่าน</p> <p>2.เข้าสู่เนื้อหา (สามารถปรับกิจกรรมตามบริบทพื้นที่) เริ่มต้นด้วยกิจกรรมการอ่านอัลนาซีรของเด็กที่มาจากศูนย์เด็กเล็กในชุมชน</p> <p>3. จัดกิจกรรม ที่มาจากการตัดสินใจเลือกของสมาชิก เช่น</p> | - ร่วมกิจกรรม | <p>1. แกนนำและสมาชิกกล่าวทักทายทุกคน</p> <p>2. นำเข้าสู่กิจกรรมโดยให้นักเรียนที่ได้รับคัดเลือกมาจากในชุมชนอ่านอัลนาซีร</p> <p>3. สมาชิกที่รับผิดชอบแต่ละหน้าที่ดำเนิน</p> | <p>-เครื่องเสียง</p> <p>-วัสดุคิบบิที่นำมาสาธิต</p> <p>-เกียรติบัตร</p> <p>-ของรางวัล</p> | 3 ชั่วโมง | -การจัดกิจกรรมเป็นไปตามแผนกลุ่มเป้าหมายได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยร้อยละ 80 |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--------------|--|-----------------------|---|------------------------|----------|--------------|
| | <p>- กิจกรรมที่ 1 ประกวดครอบครัวต้นแบบ ซึ่ง มีเกณฑ์การเข้าประกวด คือ</p> <p>3.1 เป็นครอบครัวที่สมาชิกทุกคนไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูงและความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>3.2 มีการปลูกผักไว้บริโภคเองในครัวเรือน</p> <p>3.3 รับประทานอาหารตามซุนนะฮ์ของท่าน ศาสดา</p> <p>3.4 ทำละหมาดครบวันละ 5 เวลา</p> <p>มีรางวัลจำนวน 3 รางวัลและมีเกียรติบัตร เชิดชูเกียรติให้แก่ครอบครัวต้นแบบ และครอบครัวต้นแบบต้องทำหน้าที่เผยแพร่ ข้อมูลการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะ ไขมันในเลือดสูงให้แก่ครอบครัวอื่นๆใน ชุมชน</p> <p>- กิจกรรมที่ 2 จัดตั้งชมรมชาวประกอบรักษ์ หัวใจ โดยแกนนำและสมาชิกร่วมเลือก</p> | | <p>กิจกรรมตามบทบาท ในแต่ละกิจกรรม เริ่ม ด้วยการประกวด ครอบครัวต้นแบบ และเชิญชวนรับชม การสาธิตผักปลอด สารพิษในกิจกรรม ตลาดนัดสุขภาพ</p> <p>4.แกนนำที่ได้รับ มอบหมายสรุปผลการ จัดกิจกรรมและมอบ ของรางวัล</p> <p>5.แกนนำและสมาชิก นัดหมายการเข้าร่วม กิจกรรมของกลุ่มใน อีก 1 เดือนข้างหน้า</p> | | | |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/ สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/ อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--------------|---|-----------------------|--------------------------------|------------------------|----------|--------------|
| | <p>ประธานและคณะกรรมการชมรม ร่วมกำหนดนโยบายและทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในชุมชน และเชิญชวนประชาชนที่สนใจร่วมสมัครเป็นสมาชิกชมรมฯ นอกจากนี้มีการร่วมออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิกในหมู่บ้าน ซึ่งคณะกรรมการชมรมร่วมเป็นผู้นำเดินแอโรบิกสับเปลี่ยนกันตามความเหมาะสม และนัดหมายเดินแอโรบิก ทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ โดยใช้สถานที่ของ อบต. และได้รับการสนับสนุนลำโพงจากนายก อบต.ด้วย</p> <p>หมายเหตุ: กิจกรรมทั้ง 2 เป็นเพียงกรณีตัวอย่าง สามารถปรับตามความต้องการของสมาชิก</p> | | | | | |

แผนการจัดกิจกรรมเสริมพลังชุมชน

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง(ต่อ)

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นประเมินผล

ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 12 (ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมรวม 2 ชั่วโมง)
 วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสมาชิก
 สถานที่จัดกิจกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน
 กลุ่มเป้าหมาย แกนนำสุขภาพจำนวน 6 คนและสตรีมุสลิมจำนวน 30 คน

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--|---|--|--|----------------------|----------------------|---|
| เพื่อประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิม | การประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง - ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงจากการตอบแบบสอบถาม | 1. กล่าวทักทายแกนนำและสมาชิก 2. ร่วมสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง | 1. กล่าวทักทายด้วยการให้สลามทุกคน 2. แกนนำชี้แจงให้สมาชิกตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 3. แกนนำชี้แจงให้สมาชิก | คู่มือรวมใจมุสลิมะฮ์ | 1 ชั่วโมง 30 นาที | - ผลจากการประเมินคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงและการตรวจ |

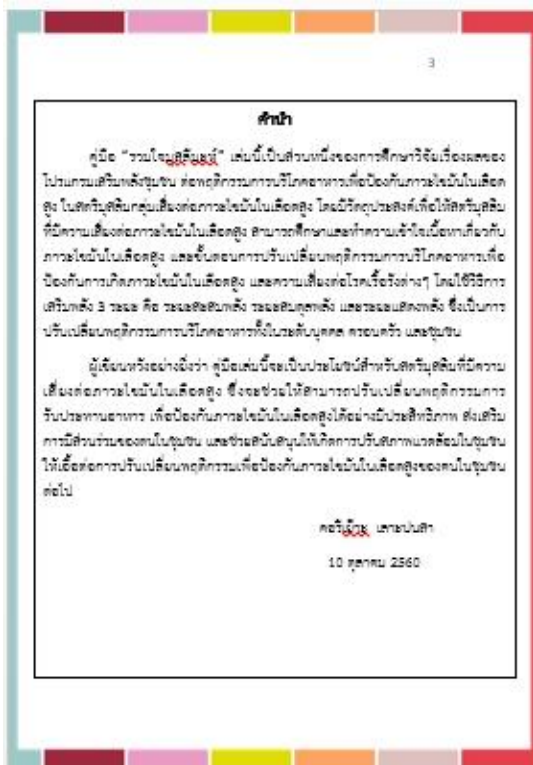
| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ | กิจกรรมของแกนนำ/สตรีมุสลิม | เครื่องมือ/อุปกรณ์ | ระยะเวลา | การประเมินผล |
|--------------|---|--|---|--------------------|----------|-------------------------|
| | - การตรวจสุขภาพโดยชั่งน้ำหนัก ประเมิน BMI วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต เปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม | 3. มอบรางวัลและเกียรติบัตรแก่สมาชิกเสริมพลังรุ่นที่ 1 ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารได้สำเร็จ | ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต บันทึกผลลงในคู่มือรวมใจมุสลิมะฮ์ โดยมีแกนนำเป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม 3. แกนนำและสมาชิกกล่าวเปิดใจจากการดำเนินงานทั้งหมด 12 สัปดาห์ | | | สุขภาพของแกนนำและสมาชิก |

คู่มือเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

คู่มือเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย 2 คู่มือ ได้แก่

1. คู่มือรวมใจมุสลิมะห์ เป็นคู่มือประกอบในการบันทึกภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกสตรีมุสลิม
2. คู่มือสำหรับแกนนำ เป็นแนวปฏิบัติสำหรับแกนนำในการดำเนินงานเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสตรีมุสลิม

1. คู่มือรวมใจมุสลิมะห์



| เรื่อง | หน้า |
|---|-------|
| คำนำ | 5 |
| บทนำ...ไขมันในเลือดสูง | 7-10 |
| คู่มือรวมใจมุสลิมะห์ | 11 |
| บทเรียนภาคที่ 1 | 12 |
| เป้าหมายของเล่ม | 13 |
| แนวทางการจัดทำ | 14 |
| ทีมผู้จัดทำและทีมสนับสนุน | 15 |
| ทีมผู้จัดทำ...ทางไกลไขมันในเลือดสูง | 16 |
| ทีมผู้จัดทำอาหารที่ไม่ควรรับประทาน | 17-18 |
| ทีมผู้จัดทำอาหารที่ควรรับประทาน | 19-20 |
| เว็บไซต์พฤติกรรมกรรมการฯ ทีมแพทย์ ทีมดูแล | 21 |
| บันทึกการบริโภคอาหาร | 22-26 |
| บันทึกการดูแลสุขภาพเบื้องต้น | 27 |
| สรุปผลการดำเนินงานภาคที่ 1 | 28 |
| บทเรียนภาคที่ 2 | 29 |
| บันทึกกิจกรรมในชุมชน | 30 |
| เว็บไซต์ | 31 |
| เอกสารอ้างอิง | 32 |
| ภาคผนวก | 33 |

คู่มือรวมใจมุสลิมะห์ (ต่อ)

5

คำชี้แจงการใช้คู่มือรวมใจ มุสลิมะห์

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างทีมเป็นเหตุพิการกรรมการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง โดยให้คู่มือฉบับนี้ คือ แกนนำและสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังชุมชนฯ ซึ่งการทำงานประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะหลัง ระยะที่ 2 ระยะหลัง และระยะที่ 3 แลหลัง โดยในแต่ละระยะจะมีเนื้อหาของการปรับเปลี่ยนเพื่อการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการส่งเสริมสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม

การใช้คู่มือฉบับนี้จะมีประโยชน์สูงสุดกับชุมชนที่มีแกนนำที่เสียสละ มีความร่วมแรงร่วมใจ ชุมชนมีความสามัคคี ปรึกษากันด้วยความดีใจในการเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

6

ข้อมูลของฉันทน์

ชื่อ-สกุล ชื่อเล่น.....

อายุ ปี ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์

โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ

น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. รอบเอว ซม.

ค่าดัชนีมวลกาย

ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อมูลทางพันธุกรรม

สมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

ไม่มี มี ระบุ

สมาชิกในครอบครัวเป็นโรคไขมันในเลือดสูง

ไม่มี มี ระบุ

สมาชิกในครอบครัวมีโรคประจำตัวอื่นๆ (ระบุ)

.....

7

ประเมินผลงานครั้งที่ 1 ระยะที่จบคิด.....ไขมันในเลือดสูง

ภาวะไขมันในเลือดสูง.....กับโรคหัวใจ?

ไขมันในเลือดสูง คืออะไร?

โรคไขมันในเลือดสูง เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งชนิดของไขมันที่อยู่ในร่างกายเป็นจุดเสี่ยงต่อ **หลอดเลือดหัวใจตีบ** อย่างใดอย่างหนึ่งหรือสองอย่างในคนไข้ได้ ไขมันในเลือดที่สูงจะเกาะติดผนังหลอดเลือดเกิดเป็นก้อนที่ไขมัน (Plaque) ซึ่งทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง และตีบ หรืออุดตันอาจหลุดไปอุดตันหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด ดังนี้



โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ



โรคหัวใจขาดเลือด



โรคอัมพาต



โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

8

สาเหตุของไขมันในเลือดสูง

พันธุกรรม

โรค / ภาวะอื่น

อาหาร

สาเหตุสำคัญ ... เกิดจาก **อาหารที่ไม่ดี** ที่มีไขมันสูง !!!

อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง (เนื้อสัตว์ในเลือดสูง) ไขมัน



น้ำตาลกับหวานเป็นส่วน



ไขมันอิ่มตัว



อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงและ LDL ไขมันในเลือดสูง ไขมัน



อาหารจากผักผลไม้



ไขมันอิ่มตัว



คู่มือรวมใจมุสลิมะห์ (ต่อ)

เป้าหมายของฉัน

13

- ฉันตั้งตาคอยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรับประทานอาหารเพื่อให้มีสุขภาพดี ดังที่ **อัลกุรอาน** มิได้กล่าวไว้...
“ผู้ใดก็ตามที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนิสัยที่ไม่ดีของเขา เขาควรทำด้วยความเมตตา”
- ☺ (ฉันตั้งใจจะ)
☹ (ไม่)
- ฉันต้องกินอาหารในปริมาณที่พอดี คือ แบ่งกระดาษเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 คืออาหาร ส่วนที่ 2 คือน้ำ ส่วนที่ 3 คือขนมหวาน ตาม **ฮุนดุส** ของ **อิมามอิบนุ คายิม**
- ☺ (ฉันตั้งใจจะ)
☹ (ไม่)
- ฉันต้องเลือกกินอาหารที่มีไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง และต้องรับประทานผักให้ได้วันละ 5 กำมือ
- ☺ (ฉันตั้งใจจะ)
☹ (ไม่)
- ฉันต้องออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีทุกวัน และออกกำลังกายด้วย **อิซร่าฮุ้ล** (การควบคุม) เมื่อรับประทานอาหารเช้า
- ☺ (ฉันตั้งใจจะ)
☹ (ไม่)
- ฉันต้องลดน้ำหนัก อย่างน้อยครึ่งกิโลกรัมสัปดาห์
- ☺ (ฉันตั้งใจจะ)
☹ (ไม่)
- ฉันต้องออกกำลังกายไม่เกิน 80 เปอร์เซ็นต์ภายใน 3 เดือน
- ☺ (ฉันตั้งใจจะ)
☹ (ไม่)
- ฉันต้องนอนหลับให้ครบ 8 ชั่วโมง
- ☺ (ฉันตั้งใจจะ)
☹ (ไม่)
- ฉันต้องควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ☺ (ฉันตั้งใจจะ)
☹ (ไม่)

แผนงานของเรา

14

| กิจกรรม | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|----------|----------|--------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| 8. | | |
| 9. | | |
| 10. | | |

ขั้นตอนครั้งที่ 2 เติบโตขึ้น ... กับความมั่นใจ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรับประทานอาหาร

| กลุ่มอาหาร | ไขมันดี | ไขมันอิ่มตัว | ไขมันทรานส์ |
|---------------|--|--|--|
| | กรดไขมันไม่อิ่มตัว | กรดไขมันอิ่มตัว | กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงทรานส์ |
| ข้าว | ข้าวกล้อง ข้าวคั่ว ข้าวไร้ด ข้าวสาลี ข้าวโอ๊ต | ข้าวหอมมะลิ ข้าวเหนียว ข้าวกล้อง | |
| ผัก | ผักใบเขียว ผักต้ม ผักทอด ผักลวก ผักนึ่ง ผักต้ม ผักย่าง ผักอบ ผักนึ่ง ผักลวก ผักนึ่ง ผักต้ม ผักย่าง ผักอบ ผักนึ่ง ผักลวก ผักนึ่ง ผักต้ม ผักย่าง ผักอบ ผักนึ่ง ผักลวก ผักนึ่ง ผักต้ม ผักย่าง ผักอบ | | |
| เนื้อสัตว์ | เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อหมู เนื้อหมูย่าง เนื้อหมูทอด เนื้อหมูนึ่ง เนื้อหมูต้ม เนื้อหมูย่าง เนื้อหมูทอด เนื้อหมูนึ่ง เนื้อหมูต้ม | เนื้อหมู เนื้อไก่ เนื้อหมู เนื้อหมูย่าง เนื้อหมูทอด เนื้อหมูนึ่ง เนื้อหมูต้ม | เนื้อหมู เนื้อไก่ เนื้อหมู เนื้อหมูย่าง เนื้อหมูทอด เนื้อหมูนึ่ง เนื้อหมูต้ม |
| เนื้อสัตว์ปีก | เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อหมู เนื้อหมูย่าง เนื้อหมูทอด เนื้อหมูนึ่ง เนื้อหมูต้ม | เนื้อหมู เนื้อไก่ เนื้อหมู เนื้อหมูย่าง เนื้อหมูทอด เนื้อหมูนึ่ง เนื้อหมูต้ม | เนื้อหมู เนื้อไก่ เนื้อหมู เนื้อหมูย่าง เนื้อหมูทอด เนื้อหมูนึ่ง เนื้อหมูต้ม |
| นมไขมันต่ำ | นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ | | |
| น้ำตาล | | | |
| เครื่องดื่ม | นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ | น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำอัดลม น้ำอัดลม น้ำอัดลม น้ำอัดลม น้ำอัดลม น้ำอัดลม น้ำอัดลม น้ำอัดลม | |

กินอย่างไร? ทำอย่างไร? กินเมื่อไหร่?

15

1. **รับประทานอาหารเช้าที่มีไขมันดี** เริ่มต้นด้วยอาหารเช้าที่ดี วิธีการปรุงอาหารโดยการต้ม ต้ม นึ่ง อบ ผัด หรือผัดน้ำมันน้อย
2. ควรใช้ไขมันพืชชนิดกรดไขมันไม่อิ่มตัว ในการประกอบอาหาร เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง (ไม่รวมไขมันอิ่มตัว 9-7 ซิตรัสฟรุ้ต)
3. เน้นการรับประทานเนื้อปลาและผัก ไขมันดีจากปลา เช่น ปลาทู ปลาค็อด ปลาเก๋า ปลาช่อน จะช่วยเพิ่มไขมันดี (HDL) และลดไขมันเลว (LDL) ได้
4. รับประทานไขมันเลวที่ไม่มีไขมันดี เน้นประเภทไขมันดี และควรบริโภคให้หลากหลาย (ผักวันละ 5 กำมือ ผลไม้ไม่หวาน 6-8 ชิ้นต่อวัน)
5. หลีกเลี่ยงไขมันอิ่มตัวในปริมาณสูง เช่น อกไก่ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว
6. หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ติดมัน เนื้อสัตว์ และอาหารไขมันสูง เช่น แกงคอกี้ ข้าวมันไก่ ผัดไทย ผัดผัด ผัดทอด ผัดผัดทอด
7. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ไขมัน ปลาหมึก เครื่องดื่มที่มีรสหวาน
8. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น โดนัท เนยเทียม ผัดผัด ผัดทอด ผัดผัดทอด ผัดผัดทอด ผัดผัดทอด ผัดผัดทอด ผัดผัดทอด ผัดผัดทอด ผัดผัดทอด
9. ควบคุมการรับประทานอาหารกลุ่มไขมันดี และควรรับประทานอาหารเช้าไม่เกินก่อนเวลา 10.00 น. (ควบคุมปริมาณไขมันดีในอาหารเช้า)
10. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันดีในปริมาณสูง เช่น ขนมหวานต่างๆ น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำอัดลม (ควบคุมปริมาณไขมันดีในอาหารเช้า)
11. ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (ค่า BMI = 18.5 – 22.9)
12. หลีกเลี่ยงบุหรี่ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดการสูบบุหรี่

คู่มือรวมใจมุสลิมะห์ (ต่อ)

17

ตัวอย่างอาหารที่ไม่ควรรับประทาน

อาหารที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

 แอลกอฮอล์

เนื้อหมู



อาหารประเภทของทะเลเค็ม

 ไก่ทอดเค็ม

ขนมและของหวานต่างๆ



เนื้อสัตว์ ไข่สดดิบ



ขนมขบเคี้ยว



18

ตัวอย่างอาหารที่ไม่ควรรับประทาน

ขนมต่างๆประเภทเป็นแบบแช่แข็ง

 ขนมไอศกรีม

อาหารที่มีรสเค็มเกินไป

 ขนมเค็ม

ทุเรียน



ผลไม้ที่ห้ามรับประทาน



เครื่องดื่มที่ห้ามรับประทาน เช่น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง



19

ตัวอย่างอาหารที่ควรรับประทาน

ข้าวกล้อง ข้าวไม่ต่าง ๆ

 ข้าว

อาหารคาว



อาหารประเภทผักที่มีรสขมเปรี้ยว ปุริย โขลารวมกับ ผักชนิดอื่นๆ

 ผัก

เนื้อสัตว์ปรุงสุก



ปลาที่ปรุงสุกแล้ว



20

ตัวอย่างอาหารที่ควรรับประทาน

ผักที่มีรสขม

 ผักที่มีรสขม

อาหารประเภทผักที่มีรสขมเปรี้ยวที่มีส่วนผสมของมะนาว หรือมะนาว ไม่ใส่ผงชูรส

 ผักชนิดต่างๆ

นมที่คอก

 นม

ผลไม้ที่ไม่หวาน และคิดไปนมที่คอก

 ผลไม้ที่ไม่หวาน

คู่มือรวมใจมุสลิมะห์ (ต่อ)

31

❤️ เบื่อใจ ❤️

อีเอ็มวีซีเอสส์ (ขอขอบคุณพระองค์อัลเลาะห์)

อันสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรับประทานอาหาร

❤️ ได้ ❤️ ไม่ได้

เนื่องจาก.....

ปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรับประทานอาหาร

ครั้งนี้คือ.....

.....

.....

.....

.....

.....

32

เอกสารอ่านประกอบ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือภาวะไขมันในเลือดสูง. นนทบุรี : ทั้งสิ้นส่วนจำกัดเออีโปรดักส์

ภูษิติช ตรีอง. (2548). การแพทย์ตามแนวทางทันตศัลยกรรม. หมด 38. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การพิมพ์สองสีคำและทศกัญจน์.

พรชัย ปฐมศรีศิริราชกุล. (2554). แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดในบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ สืบค้นเมื่อ 13 กันยายน 2558 แหล่งข้อมูล <http://medinfo2.psu.ac.th>

พีระ สมบัติดี, สายสมร หลดงนอก, และสิทธิชัย เนทรวินิตพันธ์. (2558) ความรู้เรื่อง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia). ขอนแก่น :โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา

33

ภาคผนวก

34

ตารางแสดงปริมาณไขมันอิ่มตัวในอาหารที่รับประทานได้ 100 กรัม

| ชนิดอาหาร | ปริมาณ (100 กรัม) | ไขมันอิ่มตัว(กรัม) |
|-----------------------|-------------------|--------------------|
| ▶️ ประเภทพืช | | |
| ไขมัน (ไขมันง) | 6 พอนด์ใหญ่ | 1602 |
| ไขมัน (ไขมันขาว) | 3 พอนด์ใหญ่ | 0 |
| ไขมันพืชสด | 2 พอนด์ใหญ่ | 568 |
| ไขมันพืชทอด | 11 พอนด์ใหญ่ | 866 |
| ไขมันกรรมภักที่ทอด | 2 พอนด์ใหญ่ | 866 |
| ไขมันปลา | 10 ซีนโต | 374 |
| ▶️ ประเภทสัตว์ | | |
| ปลาซุก | 8 ซีนโต | 57 |
| ปลาโลสุก | 10 ซีนโต | 66 |
| ปลารวมอกซุก | 8 ซีนโต | 60 |
| ปลาซอกผดซุก | 8 ซีนโต | 65 |
| ปลาเนื้อขาวซุก | 10 ซีนโต | 260 |
| กุ้งซุก | 8 ซีนโต | 195 |
| เนื้อหมูซุก | 10 ซีนโต | 100 |
| หมอนอกซุก | 6 ตัวขนาดกลาง | 100 |
| หมอนอกซุก | 15 ตัวขนาดกลาง | 67 |
| หมอนอกซุก | 7 ตัวขนาดกลาง | 61 |
| ▶️ ประเภทไก่ | | |
| เนื้อไก่ต้มสุก | 10 ซีนโต | 89 |
| เนื้อไก่ทอดมัน | 7 ซีนโต | 75 |
| ตับไก่สุก | 10 ซีนโต | 89 |

2. คู่มือคำหับแกนนำ

แนวปฏิบัติการดำเนินงานเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

สารบัญชานำ

ฉัตรทิพย์ นาถาวรฉัตร มีชัย เสาะปอนธา
นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ (สพ.ภาควิชาพยาบาลศาสตร์)
วิทยาลัยการพยาบาลสุโขทัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์
2560

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh
"ขอความเอ็นดูของพี่น้องกัน"



ท่านผู้อ่านของทุกท่านว่า "จงขอบคุณอัลลอฮ์ที่มีความเอ็นดูในศาสนา และสุขภาพที่ดี ไม่มีสิ่งใดที่อัลลอฮ์ได้ทิ้งงานให้ท่านเอ็นดูในศาสนาแล้ว จะดีกว่าไปกล่าวหาในสุขภาพดี"

| | สารบัญ | หน้า |
|---|--------|-------|
| สารบัญ | | 4 |
| เรื่อง | | หน้า |
| ขั้นตอนการดำเนินงาน | | 5 |
| กิจกรรมครั้งที่ 1 ตอนหลัง (ปีการศึกษา 1) | | |
| - การเรียนการสอนในชั้นเรียน | | 7-10 |
| - คู่มือคำหับแกนนำ | | 11 |
| - ราชบัณฑิตยสถาน | | 12 |
| กิจกรรมครั้งที่ 2 ตอนหลัง (ปีการศึกษา 2) | | |
| - เสนอข้อคิดเห็นกับคุณอำนวย | | 13 |
| กิจกรรมครั้งที่ 3 ตอนหลัง (ปีการศึกษา 3) | | |
| - บันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์เสริมพลัง | | 14 |
| - วิทยานิพนธ์ของนาง | | 15 |
| - บันทึกกิจกรรมในชุมชน | | 16 |
| กิจกรรมครั้งที่ 4 ตอนต้นและ (ปีการศึกษา 1-2) | | |
| - วิทยานิพนธ์ | | 17 |
| - วิทยานิพนธ์ในการศึกษาระดับปริญญาโท | | 18 |
| - ปีการศึกษา | | 19-21 |

สารบัญ

คู่มือ "แนวปฏิบัติการดำเนินงานเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง"เล่มนี้เป็นคู่มือคำหับแกนนำ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวิจัยเชิงผสมของโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แกนนำ สามารถศึกษาและทำความเข้าใจเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง และขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารของสตรีมุสลิม เพื่อป้องกันเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงและความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังต่างๆ โดยให้วิธีการเสริมพลัง 3 ระยะ คือ ระยะสอนพลัง ระยะสนับสนุนพลัง และระยะแลกเปลี่ยน ซึ่งเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะยังเป็นประโยชน์ต่อแกนนำ ซึ่งจะสามารถนำคู่มือไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารตามโปรแกรมเสริมพลังชุมชนให้บรรลุผลสำเร็จ เพื่อให้สตรีมุสลิมสามารถป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมความร่วมมือร่วมใจของสมาชิกในชุมชน และช่วยสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสมาชิกในชุมชนต่อไป

ศรัณย์ มีชัย เสาะปอนธา
10 ตุลาคม 2560

คู่มือสำหรับแกนนำ(ต่อ)

5

คำชี้แจงการใช้คู่มือสำหรับแกนนำ

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง โดยใช้คู่มือฉบับนี้ คือ แกนนำที่จะเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ซึ่งการดำเนินงานประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 สอดคล้อง ระยะที่ 2 สอดคล้อง และระยะที่ 3 แสวงหาสิ่งใหม่ในแง่ของเรามีเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนที่เอื้อต่อการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

การใช้คู่มือฉบับนี้จะช่วยป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในชุมชนที่มีแกนนำที่เสียสละ มีความร่วมแรงร่วมใจ ชุมชนมีความสามัคคี ประกอบด้วยความร่วมมือในการเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

6

ขั้นตอนการใช้โปรแกรม

ขั้นตอนที่ 1 → เสริมการ → รับสมัครสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

กิจกรรมครั้งที่ 1 สอดคล้อง **เป้าหมายที่ 1**

- สอดคล้องโรคไขมันในเลือดสูง
- ประเมินภาวะสุขภาพ
- กำหนดแผนงาน (ศึกษาใจร่วมกัน)

ขั้นตอนที่ 2 → เสริมพลัง → กิจกรรมครั้งที่ 2 สอดคล้อง **เป้าหมายที่ 2**

- เสริมพลัง เพิ่มความมั่นใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

กิจกรรมครั้งที่ 3 สอดคล้อง **เป้าหมายที่ 4**

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันและตัวแบบ

กิจกรรมครั้งที่ 4 สอดคล้อง **เป้าหมายที่ 6**

- กิจกรรมเยี่ยมบ้านสมาชิกที่มีปัญหาส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

กิจกรรมครั้งที่ 5 แสวงหาสิ่งใหม่ **เป้าหมายที่ 8**

- กิจกรรมทำสมาธิจิตตปัญญาศึกษา

ขั้นตอนที่ 3 → ประเมินผล → **นิโคไล เป้าหมายที่ 12**

- ตลอดจนเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร

7

กิจกรรมครั้งที่ 1 สอดคล้อง (สัปดาห์ที่ 1)

สะท้อนคิด...ภาวะไขมันในเลือดสูง

ภาวะไขมันในเลือดสูง...คืออะไรกันแน่?

ไขมันในเลือดสูง คืออะไร?

โรคไขมันในเลือดสูง เป็นภาวะที่ร่างกายมี **คอเลสเตอรอล** ในเลือดสูงจนเกินไป ซึ่งไขมันในเลือดสูงจะสะสมที่หลอดเลือด หรือเกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบตันหรืออุดตันได้ ไขมันในเลือดสูงจะเกาะที่ผนังหลอดเลือด เกิดเป็นตะกอนไขมัน (Plaque) ซึ่งทำให้เกิดหลอดเลือดตีบตัน และตีบ หรืออุดตันอาจนำไปสู่การเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด สมองขาดเลือด เป็นต้น



ไขมันชนิดดี (HDL)



ไขมันชนิดไม่ดี (LDL)



โรคหลอดเลือดหัวใจ



โรคหลอดเลือดสมอง



8

กิจกรรม

ภาวะไขมันในเลือดสูง

โรค / ภาวะสุขภาพ

อาหาร

สาเหตุสำคัญ ... เกิดจากกรรมวิธีประกอบที่ไม่เหมาะสม !!!

อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว



ไขมัน

อาหารที่มีไขมันทรานส์



ไขมัน

อาหารที่ทำไว้

ไขมันอิ่มตัวและ LDL ในเลือดสูง ไขมัน

อาหารที่ทำจากไขมันสัตว์



ไขมันอิ่มตัว

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (จริยธรรมการวิจัย)



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ: 2018 NSt – Qn 024

ชื่อโครงการ: ผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

รหัสหนังสือรับรอง: PSU IRB, 2018 – NSt 022

ชื่อหัวหน้าโครงการ: นางสาวคอรี่เยาะ เลาะปนสา

หน่วยงานที่สังกัด: หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย
2. เครื่องมือวิจัย
3. ใบเชิญชวนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง: 18 เมษายน 2561

วันที่หมดอายุ: 18 เมษายน 2563

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการ เบลมอนต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(ลงนาม).....

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิขิต)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ภาคผนวก ข**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

1. ผศ.ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รศ.ดร.พัชราภรณ์ อารีย์
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. นางรัชนก ไตรวรรณ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม้แก่น อ.จะนะ จ.สงขลา

ประวัติผู้เขียน

| | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------------|
| ชื่อ สกุล | นางสาวคอรี่เหาะ เถาะปนสา | |
| รหัสประจำตัวนักศึกษา | 5710421006 | |
| วุฒิการศึกษา | | |
| วุฒิ | ชื่อสถาบัน | ปีที่สำเร็จการศึกษา |
| พยาบาลศาสตรบัณฑิต | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา | 2555 |

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประกอบ อ.นาทวี จ.สงขลา

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

คอรี่เหาะ เถาะปนสา, อูมาพร ปุญญโสพรรณ, และปิยะนุช จิตตานุนท์. (2562). ผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชน ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง. บทความฉบับร่างส่งเพื่อลงตีพิมพ์