



**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
และการประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ คลินิกฟื้นฟูโรคหัวใจ
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช**

**Validation of Food Consumption Tool and Application for Nutrition Education of
Post-Operative Heart Patients in Cardiac Rehabilitation Clinic,
Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital**

ปฐมาวดี ทองแก้ว^{1*}, นุรไลลา มะตานิง¹, พจนา พัทธสุข²
Patthamawadee Tongkaew^{1*}, Nurlaila Mataning¹, Potjana Phatsuk²

(Received: October 8, 2021; Revised: December 22, 2021; Accepted: February 4, 2022)

บทคัดย่อ

แบบประเมินพฤติกรรมและแบบประเมินความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นเครื่องมือสำคัญของโปรแกรมการให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ คลินิกฟื้นฟูโรคหัวใจโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างแบบประเมินพฤติกรรมและแบบประเมินความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2) ตรวจสอบคุณภาพแบบประเมิน และ 3) ประยุกต์ใช้ร่วมกับโปรแกรมการให้โภชนศึกษา การดำเนินการวิจัย แบบประเมินข้างต้นถูกพัฒนาขึ้นและตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ความเที่ยงและอำนาจจำแนกประเมินโดยผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจทั้งแบบเปิดจำนวน 15 ราย และแบบปิดจำนวน 15 ราย และนำมาประยุกต์ใช้จริงกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจอีกจำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินที่สร้างขึ้นมีเนื้อหาทั้งหมด 3 ตอน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ 3) แบบประเมินความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ แบบประเมินตอนที่ 2 และ 3 มีความตรงเชิงเนื้อมากกว่า

¹คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹Faculty of Science and Technology, Prince of Songkla University

²กลุ่มงาน โภชนการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

²Nutrition unit, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

*Corresponding Author: patthamawadee.c@psu.ac.th



0.5 ค่าความเที่ยง 0.80 และค่าอำนาจจำแนกมากกว่า 0.2 ของข้อคำถามในทุกข้อ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้โดยไม่ต้องปรับปรุง เมื่อประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจพบว่า โดยส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เพิ่มขึ้น ($t = 3.791$) สรุปได้ว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงอยู่ในระดับดี และค่าอำนาจจำแนกผ่านเกณฑ์ และสามารถนำไปใช้ร่วมกับการให้โภชนศึกษาสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจได้

คำสำคัญ: การบริโภคอาหาร แบบประเมิน ผ่าตัดหัวใจ ความเชื่อมั่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Abstract

The evaluation of food consumption behaviour is an important step for nutrition therapy of post-operative heart patients of Cardiac Rehabilitation Clinic, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. However, valid research instruments are unavailable. This research aims to develop the behavioural and confidence assessment form before applying it for post-operative heart surgery patients. The content validity was validated by 5 experts, while, the reliability and power of discrimination were examined by cardiovascular patients of both open ($n = 15$) and closed ($n = 15$) heart surgery services. In addition, the completed form was applied for evaluation in 30 patients of the Cardiac Rehabilitation Clinic. The completed form was composed of 3 parts; personnel information, food consumption behaviour (15 items) and self-efficacy (15 items). The quality of food consumption behaviour form of part 2 was similar to part 3. There were more than 0.5 for content validity, 0.8 for reliability and more than 0.2 for discrimination in all questions. In summary, post-operative heart surgery patients had more confidence in changing dietary behaviour after evaluating.

Keywords: Food consumption, Assessment form, Cardiac surgery, Confidence, Behavior change

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ภาวะที่หลอดเลือดหัวใจเกิดการตีบแคบหรืออุดตันทำให้เลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ไม่เพียงพอกับความต้องการ สาเหตุสำคัญเกิดจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นผลจากการที่มีคราบไขมันมาสะสมบริเวณผนังหลอดเลือด หากมีการสะสมเป็นเวลานานจะส่งผลทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว หลอดเลือดหัวใจตีบและแคบลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันเวลา กล้ามเนื้อหัวใจจะตายไม่สามารถบีบตัวได้



ตามปกติ เป็นสาเหตุของโรคหัวใจล้มเหลว (Yoswatana, 2015) โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆของคนไทย ในแต่ละปีจะมีคนไทยเสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 54,530 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี วิธีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำได้โดยการแก้ไขฟื้นฟูหลอดเลือดที่อุดตัน ได้แก่ การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Balloon angioplasty) การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้โครงร่างตาข่าย (Coronary artery stents) การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า การตีบตันของหลอดเลือดหัวใจจะเกิดซ้ำอีกครั้งภายหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 33 และจะเกิดขึ้นภายใน 3-6 เดือนหลังการขยายหลอดเลือด (Serruys et al., 2005) และเข้ารับการรักษาอีกครั้งภายใน 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 14.6 หากผู้ป่วยไม่ลดพฤติกรรมเสี่ยง (Dens, Pelsmacker, & Eagle, 2007) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ต้องได้รับการดูแล เนื่องจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย คอลเลสเตอรอลสูง อาหารรสเค็มหรือรสจัด อาหารจานด่วนโดยไม่คำนึงถึงปริมาณแคลอรี และไขมันอิ่มตัว รวมทั้งดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดซ้ำได้ (Pensiri, 2011; Tantikosoom, 2010; Nasoongchon, 2009)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชได้ให้ความสำคัญกับการให้โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจเพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดซ้ำ โดยจะให้โภชนศึกษา คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแก่ผู้ป่วยและญาติ จากการทบทวนวรรณกรรม มีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทั้งแบบเปิดและแบบปิด โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Wichitthongchai & Lowirakorn, 2013) ซึ่งการศึกษาดังกล่าวใช้อาสาสมัครจำนวนน้อย และยังไม่มียุทธศาสตร์ของแบบประเมินที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในขณะที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชยังใช้แบบประเมินการบริโภคอาหารทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและไม่มีการศึกษาการตรวจสอบคุณภาพมาก่อน เครื่องมือที่ใช้ในการให้โภชนบำบัดจะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพ คือต้องมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ จึงจะสามารถใช้ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมโภชนศึกษาอย่างแท้จริงและเชื่อถือได้

วัตถุประสงค์

1) เพื่อสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและแบบประเมินความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ณ คลินิกฟื้นฟูโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช



2) เพื่อทดสอบคุณภาพของแบบประเมินที่สร้างขึ้นใน 3 ด้าน ได้แก่ ความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่น และอำนาจจำแนก

3) เพื่อประยุกต์ใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นร่วมกับโปรแกรมการให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ณ คลินิกฟื้นฟูโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental) แบบ 2 กลุ่มที่มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและเข้ารับการรักษาน ณ คลินิกฟื้นฟูโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาน ณ คลินิกฟื้นฟูโรคหัวใจ จำนวนทั้งสิ้น 60 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจทั้งแบบเปิด (15 ราย) และแบบปิด (15 ราย) เข้าร่วมตรวจสอบความเที่ยงและอำนาจจำแนก จากนั้นนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยอีกจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบประเมินที่สร้างขึ้น

1) การสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ความรู้ด้านอาหารจากทั้งวรรณกรรมและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และข้อมูลจากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่มารับบริการ ณ คลินิกฟื้นฟูหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเบื้องต้น ถูกรวบรวมและนำมาจัดทำแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารซึ่งประกอบด้วย ตอนที่ 1 คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ทำแบบประเมิน ตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และตอนที่ 3 แบบประเมินความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งรายละเอียดของแบบประเมินจะกล่าวต่อไปในผลการสร้างแบบประเมิน

2) การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินด้านความตรงเชิงเนื้อหากระทำโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ชำนาญการ จำนวน 1 ท่าน และนักโภชนาการ จำนวน 4 ท่าน หลังจากตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว แบบประเมินนั้นจะถูกนำมาปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบความเที่ยงและอำนาจจำแนก และประยุกต์โดยกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมาแล้วข้างต้น



ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความตรงเชิงเนื้อหา เป็นการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความรู้ และประสบการณ์ที่ต้องการสอบถามในแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการวัดที่มีความครอบคลุมองค์ความรู้ หรือประสบการณ์ของผู้ตอบแบบสอบถาม หรือวัดได้ครบถ้วนตามจุดประสงค์หรือไม่ โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ในการประเมินวิเคราะห์และหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence, IOC) ซึ่งมีสูตรคำนวณดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเนื้อหา

$\sum R$ ผลรวมของคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คะแนน คือ +1 เมื่อเนื้อหามีความสอดคล้อง -1 เมื่อเนื้อหาไม่สอดคล้อง และ 0 เมื่อไม่แน่ใจ แบบประเมินที่ถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาในระดับดี สามารถนำไปวัดผลได้ จะต้องมียาค่า IOC เกินกว่า 0.5 เป็นต้นไป ถือว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์หรือตรงตามเนื้อหานั้น (Lumbensa, 2016)

ด้านความเที่ยง (Reliability) เป็นความคงเส้นคงวาของคะแนนหรือผลในการวัดแต่ละครั้งหรือความคงที่ของผลการวัดที่คงที่ไม่ว่าจะใช้วัดกี่ครั้งก็จะได้ผลใกล้เคียงและสอดคล้องกับผลการวัดเดิม ทำโดยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแล้วไปให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมโภชนาการ ๓ คลินิกฟื้นฟูโรคหัวใจ จำนวน 30 คน ทำแบบประเมินดังกล่าวและนำผลคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha reliability coefficient (Unaromlert, 2006) ซึ่งมีสูตรคำนวณดังนี้

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right]$$

α ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

S_i^2 ค่าจำนวนข้อของแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

K ค่าความแปรปรวนของคะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับ



เกณฑ์การพิจารณาผลค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.00-1.00 ยิ่งใกล้ 1.00 ยิ่งมีความเชื่อมั่นสูง (Ongiem, & Vichitvejpaisal, 2018)

ด้านอำนาจจำแนก (Discrimination) การหาค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) และแบบประเมินอื่น ๆ จะใช้วิธีการทางสถิติ t-test โดยแบ่งกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำออกเป็นกลุ่มละ 25% แล้วคำนวณโดยใช้ t-test ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ ค่า t-test ที่ได้คือค่าอำนาจจำแนก (Ritcharoon, 2008)

เกณฑ์ในการพิจารณาค่าอำนาจจำแนกที่นำมาใช้ ควรมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไปค่าอำนาจจำแนกที่น้อยกว่า 0.20 ถือว่าข้อคำถามนั้นมีอำนาจจำแนกไม่ดี ต้องตัดข้อคำถามนั้นทิ้งไปซึ่งการหาค่าอำนาจจำแนก สามารถคำนวณตามสูตรดังนี้

$$t = \frac{X_{\text{สูง}} - X_{\text{ต่ำ}}}{\sqrt{\frac{S^2_{\text{สูง}} - S^2_{\text{ต่ำ}}}{N}}}$$

t	ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ
$X_{\text{สูง}}$	คะแนนเฉลี่ยกลุ่มสูง
$X_{\text{ต่ำ}}$	คะแนนเฉลี่ยกลุ่มต่ำ
$S^2_{\text{สูง}}$	ความแปรปรวนกลุ่มสูง
$S^2_{\text{ต่ำ}}$	ความแปรปรวนกลุ่มต่ำ
N	จำนวนคนในกลุ่มสูงหรือกลุ่มต่ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1) การทดสอบแบบประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ ดำเนินการโดยการส่งแบบประเมินให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินโดยตรง การประเมินโดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่มารับการรักษา ณ คลินิกฟื้นฟูโรคหัวใจตามแพทย์นัดปกติ ดำเนินการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย และแจกแบบประเมินให้ประเมินโดยตรง

2) การประยุกต์ใช้แบบประเมินที่สมบูรณ์ดำเนินการโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างก่อนผ่าตัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งรายละเอียดในการทำแบบประเมิน กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและทำแบบประเมินก่อนการผ่าตัด หลังจากผ่าตัดผู้ป่วยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอีก 2 ครั้ง ครั้งแรก ณ หอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะโรคหัวใจ เพื่อให้โภชนาการศึกษากลุ่มตัวอย่างก่อนกลับบ้าน และครั้งที่ 2 เมื่อ



กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัด ณ. คลินิกฟื้นฟูโรคหัวใจ เพื่อให้โภชนศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง และทำแบบประเมินหลังผ่าตัดอีกด้วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รหัสโครงการวิจัยที่ รหัสโครงการวิจัยที่ 16/2562 และเอกสารรับรองเลขที่ 20/2562 โดยผู้วิจัยดำเนินงานเชิญชวนและขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามกระบวนการมาตรฐานที่กำหนดโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและแบบปิด มีอายุระหว่าง 35-70 ปี และแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และมีความประสยภัยต่อการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์คุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่น ความยากง่าย และอำนาจจำแนกวิเคราะห์โดยใช้สูตรที่กล่าวมาแล้วข้างต้นและใช้โปรแกรม Microsoft Excel การวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการให้โภชนศึกษาสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติ T-test ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS statistics 25 พิจารณานัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัย

ผลการสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

แบบประเมินที่สร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ทำแบบประเมิน ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน น้ำหนัก ส่วนสูง และโรคประจำตัวอื่น ๆ ตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นแบบประเมินความถี่การบริโภคอาหารทั้งปริมาณ (semi-FFQ) ซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการบริโภคอาหารของผู้ป่วยและทำให้ผู้วิจัยทราบปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยบริโภคในแต่ละมื้อ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวก 3 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบ 12 ข้อ อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ได้มีการหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินและพบว่า มีค่าอยู่ในระดับดี (มีค่ามากกว่า 0.5 ในทุกข้อ)



จึงสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลต่อไปได้โดยไม่ต้องปรับปรุง รายละเอียดในแบบประเมิน กรณีเป็น พฤติกรรมเชิงบวก หากปฏิบัติเป็นประจำ (ตั้งแต่ 5 วันใน 1 สัปดาห์ขึ้นไป) ให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อย ๆ (ตั้งแต่ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์ขึ้นไป) ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (ตั้งแต่ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์ขึ้นไป) ให้ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน กรณีพฤติกรรมเชิงลบ หากปฏิบัติเป็นประจำ (ตั้งแต่ 5 วัน ใน 1 สัปดาห์ขึ้นไป) ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติบ่อยๆ (ตั้งแต่ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์ขึ้นไป) ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (ตั้งแต่ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์ขึ้นไป) ให้ 3 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย ให้ 4 คะแนน ตอนที่ 3 แบบประเมินความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย เป็นแบบ ประเมินมาตราส่วนประมาณค่า มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกทุกข้อ โดยแบ่ง ระดับความเชื่อมั่นเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์พิจารณาดังนี้ คะแนน 1-2 หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นน้อย ที่สุด คะแนน 3-4 หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นน้อย คะแนน 5-6 หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นปานกลาง คะแนน 7-8 หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นมาก และคะแนน 9-10 หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นมากที่สุด ซึ่งจะคะแนนระดับความเชื่อมั่นที่น้อยบ่งบอกว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมโภชนศึกษา ไม่เชื่อมั่นว่าตนเองจะ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ และคะแนนระดับความเชื่อมั่นที่มากบ่งบอกว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมโภชนศึกษา มีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค อาหารได้อย่างแน่นอน

ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

มีการตรวจสอบคุณภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้านความ เทียง (Reliability) และด้านอำนาจจำแนก (discrimination) ด้านความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมิน พบว่า (1) ด้านความตรงของเนื้อหาพบว่าวัดดูประสงค์กับเนื้อหา (IOC) ของแบบประเมินทั้ง 2 ตอน มี ความสอดคล้องกัน คือ มีค่ามากกว่า 0.5 ในทุกข้อ (2) ด้านความเที่ยงของแบบประเมิน พบว่า แบบ ประเมินในตอนต้นที่ 2 มีค่าความเที่ยงรายข้ออยู่ระหว่าง 0.80-0.82 และค่าความเที่ยงในภาพรวม เท่ากับ 0.80 และแบบประเมินในตอนต้นที่ 3 มีค่าความเที่ยงรายข้ออยู่ระหว่าง 0.79 – 0.84 และค่าความเที่ยง ภาพรวม เท่ากับ 0.82 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดี คือ มีค่ามากกว่า 0.80 (3) ด้านอำนาจจำแนก พบว่า แบบประเมินตอนที่ 2 มีอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.21 – 0.62 และแบบประเมินตอนที่ 3 มีค่าอยู่ระหว่าง 0.27 – 0.72 โดยข้อคำถามทุกข้อในแบบประเมิน มีค่าอำนาจจำแนกมากกว่า 0.20 ซึ่งหมายความว่าข้อ คำถามทุกข้อในแบบประเมินสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ สรุปได้ว่าข้อคำถามทุกข้อใน แบบประเมินทั้งสองส่วน สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมโภชนศึกษา ณ คลินิกฟื้นฟูโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชได้



ผลการประยุกต์ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและแบบประเมินความเชื่อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

ข้อมูลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมโภชนศึกษา จำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ขึ้นไป และมีจำนวนผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายปกติ ($18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$) ปัจจัยเสี่ยงอื่นเช่น การสูบบุหรี่ และพันธุกรรมจากประวัติครอบครัวที่เป็นโรคหัวใจอาจไม่ได้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมโภชนศึกษา ณ คลินิกฟื้นฟูโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	19	(63.33)
หญิง	11	(36.67)
อายุ		
35-44 ปี	5	(16.67)
45-54 ปี	14	(46.67)
> 55 ปี	11	(36.67)
ดัชนีมวลกาย		
<18.5 kg/m^2	3	(10.00)
18.5 - 24.9 kg/m^2	13	(43.33)
25.0 - 29.9 kg/m^2	11	(36.67)
$\geq 30.0 \text{ kg/m}^2$	3	(10.00)
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	22	(73.33)
สูบ	8	(26.67)
ประวัติครอบครัวที่เป็นโรคหัวใจ		
ไม่มี	21	(70.00)
มี พ่อ/แม่	6	(20.00)
มี พี่ / น้อง	2	(6.67)
มี ปู่/ย่า/ตา/ยาย	1	(3.33)



เมื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยก่อนการให้โภชนศึกษาพบว่า ได้คะแนน 49.93 ± 4.76 คะแนน จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 83.22) อย่างไรก็ตามไม่ได้ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังการให้โภชนศึกษาเนื่องจากระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองนำแบบประเมินมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยใช้ระยะเวลาเพียง 1 เดือนซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สั้นและอาจไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค ในส่วนคะแนนความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการให้โภชนศึกษาเท่ากับ 65.10 ± 5.19 และ 66.40 ± 4.05 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 87 และ 88 ตามลำดับ และโดยภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจไม่เชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้มากนัก สำหรับข้อคำถามที่ 3, 7 และ 13 (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้โภชนศึกษา ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ณ คลินิกฟื้นฟูโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน

คะแนนความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค	Mean $\pm$ S.D.	t	df	Sig
ก่อนให้โภชนศึกษา	65.10 ± 5.189	3.791	29	0.001
หลังให้โภชนศึกษา	66.40 ± 4.048			

ตารางที่ 3 คะแนนความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังการให้โภชนศึกษาเป็นรายข้อ

ข้อความ	ก่อนการศึกษา	หลังการศึกษา	p-value
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
1. ท่านมีความเชื่อมั่นที่จะทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือแทนข้าวขาว ถึงแม้จะเป็นสิ่งที่ไม่ชอบก็ตาม (กรณีเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ไม่ต้องตอบคำถาม ข้ามไปข้อถัดไป)	4.47 ± 0.53	4.50 ± 0.40	0.36
2. ท่านมีความเชื่อมั่นที่จะดื่มนมรสจืดชนิดพร่องไขมัน นมขาดไขมัน และน้ำเต้าหู้หวานน้อยแทนการดื่มนมรสหวานนมช็อคโกแลต นมเปรี้ยว และนมไขมันเต็มส่วน	4.53 ± 0.80	4.60 ± 0.46	0.16
3. ท่านมีความเชื่อมั่นว่าจะหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มชาเย็น กาแฟ ถึงแม้จะเป็นสิ่งที่ไม่ชอบก็ตาม	3.80 ± 1.82	4.07 ± 0.75	0.02



ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการศึกษา	หลังการศึกษา	p-value
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
4. ท่านมีความเชื่อมั่นที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานเช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำชาไข่มุก น้ำแข็งใส เป็นต้น ถึงแม้จะเป็นสิ่งที่ชอบก็ตาม	4.03 $\pm$ 1.41	4.17 $\pm$ 0.83	0.08
5. ท่านมีความเชื่อมั่นที่จะหลีกเลี่ยงการทานขนมหวาน เช่น ลอดช่อง สาธุ และอื่นๆ ถึงแม้จะเป็นสิ่งที่ชอบก็ตาม	4.37 $\pm$ 1.00	4.43 $\pm$ 0.80	0.16
6. ท่านมีความเชื่อมั่นที่จะเลือกใช้น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง แทนการใช้น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว น้ำมันหมู ในการประกอบอาหาร	4.73 $\pm$ 0.27	4.73 $\pm$ 0.27	0.50
7. ท่านมีความเชื่อมั่นที่จะหลีกเลี่ยงการทานอาหารที่มีคลอเลสเตอรอลสูง เช่น กุ้ง หอย ปลาหมึก เครื่องในสัตว์ และไข่แดง	3.83 $\pm$ 1.73	4.13 $\pm$ 0.81	0.02
8. ท่านมีความเชื่อมั่นที่จะทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำได้แก่ ปลา ไข่ขาว เนื้อแดง เนื้ออก สันในแทนเนื้อสัตว์ที่ติดหนังติดมัน และเครื่องในสัตว์	4.40 $\pm$ 0.66	4.43 $\pm$ 0.67	0.16
9. ท่านมีความเชื่อมั่นที่จะหลีกเลี่ยงการทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ	4.40 $\pm$ 0.66	4.40 $\pm$ 0.66	0.50
10. ท่านมีความเชื่อมั่นที่จะหลีกเลี่ยงการทานอาหารประเภททอด ที่มีน้ำมันมาก ๆ เช่น ไก่ทอด ปาท่องโก๋ และกล้วยทอด	4.80 $\pm$ 0.17	4.80 $\pm$ 0.17	0.50
11. ท่านมีความเชื่อมั่นที่จะหลีกเลี่ยงการเติมผงชูรส ผงปรุงรส ในการประกอบอาหาร	4.13 $\pm$ 1.01	4.23 $\pm$ 0.80	0.09
12. ท่านมีความเชื่อมั่นที่จะหลีกเลี่ยงการทานอาหารหมักดอง เช่น ไข่เค็ม ผักกาดดอง เต้าหู้ยี้ ไตปลา เคยปลา น้ำบูดู เป็นต้น	4.63 $\pm$ 0.24	4.66 $\pm$ 0.23	0.16
13. ท่านมีความเชื่อมั่นว่าจะทานผักให้ได้วันละ 4-6 พืชมื้อ	3.83 $\pm$ 0.97	4.10 $\pm$ 0.58	0.01
14. ท่านมีความเชื่อมั่นว่าจะทานผลไม้ให้ได้วันละ 3-4 ส่วน	4.23 $\pm$ 0.53	4.23 $\pm$ 0.53	0.50
15. ท่านมีความเชื่อมั่นที่จะงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า และเบียร์	4.90 $\pm$ 0.09	4.90 $\pm$ 0.09	0.50

อภิปรายผล

แบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่สร้างขึ้น มีคุณภาพครอบคลุมทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหา ด้านความเที่ยง และด้านอำนาจจำแนก โดยมีข้อคำถาม



ที่วัดได้ตรงจุดประสงค์หรือตรงตามเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลงานวิจัยได้ (Lumbensa, 2016; Ongiem, & Vichitvejpaisal, 2018) มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ โดยจะให้ผลการวัดที่แน่นอนไม่ว่าจะวัดกี่ครั้งก็ตาม (Ongiem, & Vichitvejpaisal, 2018) และสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมโภชนศึกษาได้ เพราะข้อคำถามเหล่านั้นสามารถใช้แยกได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีหรือไม่ และผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากน้อยเพียงใด อย่างไรก็ตามอาจต้องตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis; EFA) และองค์ประกอบเชิงยืนยัน confirm factor analysis เพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมกระบวนการพัฒนาเครื่องมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

เมื่อนำเครื่องมือนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยแล้วพบว่า ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศ และพันธุกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป โดยเพศชายเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าเพศหญิง Rodgers et al. (2019) กล่าวว่าความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระดับอายุที่เท่ากันพบว่าผู้สูงอายุหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้สูงอายุชายทั้งนี้จะความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนเพศที่ลดลงด้วย โดยหญิงวัยหมดประจำเดือนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น (Stevenson, Tsiligiannis, & Panay, 2019) การศึกษาในครั้งนี้เลือกใช้ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ความชุกของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (McKenzie et al., 2020) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้ในการสร้างข้อคำถามในแบบประเมิน เมื่อผู้ป่วยทำแบบประเมินทั้ง 2 ตอนแล้ว พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีอยู่แล้ว ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีการรับรู้ข้อคำถามเหล่านั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการอดต้นของหลอดเลือดซ้ำ และอาจเป็นเพราะการนำทฤษฎีความเชื่อในความสามารถแห่งตน (Aekkasan & Chomnirat, 2020) มาใช้ในการพูดคุยโน้มน้าวเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย รวมกับการใช้โมเดลอาหารแลกเปลี่ยนประกอบประกอบทำให้โภชนศึกษา ทำให้ผู้ป่วยทราบถึงปริมาณอาหารที่ควรได้รับต่อวันอีกด้วย รูปแบบการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพมีประโยชน์ในป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (Chareonrungrueangchai, Wongkawinwoot, Anothaisintawee, & Reutrakul, 2020) นอกจากรูปแบบการบริโภคอาหารแล้ว ควรคำนึงถึงกลุ่มอาหารและสารอาหารด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า



การบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ในปริมาณที่สูงมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (Wang, et al., 2021) หากผู้ป่วยสามารถลดปัจจัยเสี่ยงเนื่องจากการบริโภคอาหารซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้และมีความสำคัญลงได้ อาจจะช่วยลดความชุกในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Bockarie et al., 2021) นอกจากนี้การให้โภชนาการของนักโภชนาการอาจช่วยลดการเกิดการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อีกด้วย

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดคือ มีการใช้แบบประเมินนี้ในกลุ่มผู้ป่วยมีขนาดของตัวอย่างและช่วงเวลาที่น้อยเกินไป ทำให้ไม่เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน อาจจะต้องเพิ่มขนาดของตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาให้มีขนาดใหญ่มากขึ้นและระยะเวลาศึกษาให้ยาวนานขึ้นเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการบริโภค หลังจากการให้โภชนาการ

สรุป

แบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ณ คลินิกฟื้นฟูโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชที่สร้างขึ้น มีคุณภาพครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา ด้านความเที่ยง และด้านอำนาจจำแนก โดยกลุ่มงานโภชนาการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชสามารถนำแบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจดังกล่าวไปใช้ได้จริง และพบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและแบบประเมินความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่สร้างขึ้น เป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งของโปรแกรมการให้โภชนาการสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ณ คลินิกฟื้นฟูโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเท่านั้น การให้โภชนาการหรือการให้ความรู้ร่วมกับการใช้ทฤษฎีหรือแนวคิดการเสริมพลังอื่นๆ หรือแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือผู้ดูแล ก็ถือเป็นอีกวิธีการที่จะนำมาใช้ในการให้โภชนาการแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้มากขึ้น

นอกจากนี้นักโภชนาการผู้ให้คำปรึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ควรแจกแบบฟอร์มบันทึกประเภทและปริมาณที่รับประทานในแต่ละมื้อให้ผู้ป่วยได้จดบันทึกเป็นระยะเวลา 1 เดือนหรือระหว่างที่แพทย์นัดติดตามอาการในครั้งถัดไป เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามแนวโน้มพฤติกรรมกรรมการบริโภค



อาหารของผู้ป่วย อีกทั้งควรติดตามดัชนีชี้วัดต่างๆ เช่น ค่าไขมันในเลือด, High Sensitivity C-Reactive Protein (hs-CRP) ของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมการให้โภชนศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินว่าการให้โภชนศึกษานั้นมีประสิทธิผลต่อผู้ป่วยเพียงใด หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้โภชนศึกษา

รายการอ้างอิง (References)

- Aekkasan, T., & Chomnirat, W. (2020). Modification of Behavior in Food Consumption and Exercise of Elementary School Students with Overweight by the Participation of Family and Community at Primary Schools in The North East of Thailand. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(2), 33-42.
- Bockarie, T., Odland, M.L., Wurie, H., Ansumana, R., Lamin, J., Witham, M., ... Davies, J. (2021). Prevalence and socio-demographic associations of diet and physical activity risk-factors for cardiovascular disease in Bo, Sierra Leone. *BMC Public Health*, 21(1), 1-13.
- Chareonrungrueangchai, K., Wongkawinwoot, K., Anothaisintawee, T., & Reutrakul, S. (2020). Dietary factors and risks of cardiovascular diseases: An umbrella review. *Nutrients*, 12(4), 1088.
- Dens N., Pelsmacker P.D., & Eagle, L. (2007). *Parental attitudes towards advertising to children and restrictive mediation of children's television viewing in Belgium*. Retrieved June 30, 2021 from <https://www.semanticscholar.org/paper/Parental-attitudes-towards-advertising-to-children-Dens-Pelsmacker/7db65944c0f57843d20bc6db48dd99ec486ff551>
- McKenzie, B.L., Santos, J.A., Geldsetzer, P., Davies, J., Manne-Goehler, J., & Gurung, M.S. (2020). Evaluation of sex differences in dietary behaviours and their relationship with cardiovascular risk factors: A cross-sectional study of nationally representative surveys in seven low- And middle-income countries. *Nutrition Journal*, 19(1), 1-15.
- Lumbensa, P. (2016). *Determination of the quality of measuring and evaluation equipment; Academic Service Project, Tha Sap Model*. Retrieved Jun 6, 2021 from http://edu.yru.ac.th/evaluate/attach/1465551003_เอกสารประกอบการอบรม.pdf
- Nasoongchon. (2009). *Self-Care Behaviors of Post Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty and Stenting Patients*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master of Nursing Science, Graduate School, Faculty of Khon kaen Open University. (in Thai)



- Ongiem, A., & Vichitvejpaisal, P. (2018). Validation of the Tests. *Thai Journal Anesthesiol*, 44(1), 36-42.
- Pensiri, N. (2011). Cardiovascular disease. *Empowerment for Behavior Change and Cardiovascular Risk: Concepts and Practices* (3rd ed.), (pp. 4-17). Bangkok: Charansanitwong Printing. (in Thai)
- Ritcharoon, P. (2008). *Research Methods in Social Sciences* (4th ed.) (pp. 267-273). Bangkok: House of Kermyst. (in Thai)
- Rodgers, J.L., Jones, J., Bolleddu, S.I., Vanthenapalli, S., Rodgers, L.E., & Shah, K. (2019). Cardiovascular Risks Associated with Gender and Aging. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, 6(2), 1-19.
- Serruys, P.W., Ong A.L., Morice, M., Bruyne, B., Colombo, A., & Macaya, C. (2005). Arterial Revascularisation Therapies Study Part II - Sirolimus-eluting stents for the treatment of patients with multivessel de novo coronary artery lesions. *EuroIntervention*, 1(2), 147-56.
- Stevenson, J.C., Tsiligiannis, S., & Panay, N. (2019). Cardiovascular Risk in Perimenopausal Women. *Current Vascular Pharmacology*, 17(6), 591-594.
- Tantikosoom, P. (2010). *The effect of behavioral management program on blood cholesterol in patients with coronary revascularization*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Doctor of Philosophy Faculty of Nursing Chulalongkorn Open University. (in Thai)
- Unaromlert, T. (2006). *Educational Research Instruments: Construction and Development*. Faculty of Education Silpakorn University, 1-163. (in Thai)
- Wang, X., Lv, J., Yu, C., Li, L., Hu, Y., Qin, L.Q., & Dong, J.Y. (2021). Dietary soy consumption and cardiovascular mortality among Chinese people with type 2 diabetes. *Nutrients*, 13(8), 1-10.
- Wichitthongchai, C., & Lowirakorn, S. (2013). Effect of Nutritional Education in Patients After Coronary Artery Bypass Graft Surgery at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. *Srinagarind Medical Journal*, 28(2), 220-228.
- Yoswatana, P. (2015). *Cardiovascular disease*. Annual epidemiological surveillance report 2015, Division of epidemiology, Department of disease control, Ministry of public health, 1-7. (in Thai)