

ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่  
แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์กรุงเทพมหานคร

ปริญญาานิพนธ์

ของ

ชนิดา สุขแสง

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

กุมภาพันธ์ 2544

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๕๙๗.๗๓๑

๕๑๕๒๗

๖๓

ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจที่  
แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

ชนิดา สุขแสง

24 ส.ค. 2544

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

กุมภาพันธ์ 2544

# 152970

ชนิดา สุขแสง. (2544). ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
ภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาล  
บำรุงราษฎร์กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).  
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.  
คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ, ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
วิริยา สุขวงศ์.

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง  
ที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำนวน  
113 คน ที่มีอายุ 15 ปี ถึง 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงเก็บข้อมูลโดยใช้แบบ  
สอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) การวิเคราะห์ความ  
แปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance) และการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สห  
สัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง  
และการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันมีความเชื่อด้านการรับรู้  
โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันใน  
เลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง และ  
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว  
จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีความเชื่อด้านการ  
รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันใน  
เลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง และ  
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัย  
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกัน  
ภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว  
จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีการดูแลตนเองใน  
การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์  
ทางบวกกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ .05

HEALTH BELIEFS AND SELF CARE OF HYPERLIPIDEMIA PATIENTS  
AT CHECK-UP DEPARTMENT BUMRUNGRAD HOSPITAL  
IN BANGKOK METROPOLITAN

AN ABSTRACT  
BY  
CHANIDA SUKSANG

Presented in partial fulfillment of the requirements  
for the Master of Education degree in Health Education  
at Srinakharinwirot University  
February 2001

Chanida Suksang. (2001). *Health beliefs and self-care of hyperlipidemia patients at Check-up department Bumrungrad Hospital in Bangkok Metropolitan.*

Master thesis, M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Prof. Sujin Preechamart, Assist. Prof. Viriya Sukwongs.

The objective of this research was to study the health beliefs and self care of hyperlipidemia patients. The sample consisted of 113 hyperlipidemia patients at check-up department, Bumrungrad Hospital in Bangkok Metropolitan. Sample were obtained from purposive sampling. There were consisted of 113 patients aged 15-60 years up. Data were collected by the set of questionnaires. The analysis was done by using t-test, One-way Analysis of Variance and Pearson product moment correlation coefficient.

The results this study were as follows:

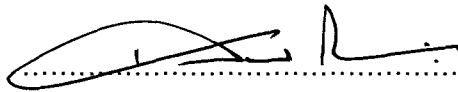
1. The hyperlipidemia patients had health beliefs in moderate level and self-care behavior in fair level.
2. There was no statistical gender difference in health beliefs (perceived susceptibility perceived serverity perceived benefits of taking the health action minus the barriers and perceived barrier) for hyperlipidemia patients.
3. There was statistical significant difference at the .05 level in health beliefs (perceived susceptibility perceived serverity perceived benefits of taking the health action minus the barriers and perceived barrier) for hyperlipidemia patients with different age education level incomes number of check-up and social support.
4. There was no statistical gender difference in self-care behavior for hyperlipidemia patients.
5. There was statistical significant difference at the .05 level in self-care behavior for hyperlipidemia patients with different age education level incomes number of check-up and social support.
6. There was a significant positive correlation between health belief and self-care behavior for hyperlipidemia patients with Pearson correlation coefficient at the .05 level.

ปริญญาบัตร  
เรื่อง

ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่  
แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์กรุงเทพมหานคร

ของ  
นางชนิดา สุขแสง

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา  
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

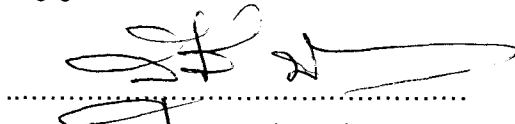


คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

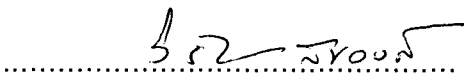
วันที่ 9 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544

คณะกรรมการการสอบปริญญาบัตร



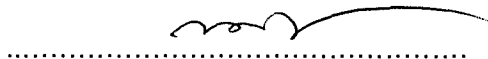
ประธาน

(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ)



กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัชฌมางกูร)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อาจารย์พิมพ์พร ดิรธรรมเจริญ)

## ประกาศคุณูปการ

ปริญญาโทนี้สำเร็จลงได้เพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาเป็นอย่างมากจาก  
ท่านรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ ประธานและ  
กรรมการควบคุมปริญญาโท ตลอดจน รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌิมากร และ  
อาจารย์พิมพ์พร ดิเรธรรมเจริญ กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำต่างๆ  
ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ อาจารย์นายแพทย์ศุภวัตร พรรณเศรษฐ์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์ แพทย์หญิงนฤมล แสงอรุณศิริ  
รองศาสตราจารย์อังคณา สายยศ และ ท่านอาจารย์พิมพ์พร ดิเรธรรมเจริญ ที่ได้กรุณาตรวจ  
และให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์ ประธานคณะ  
กรรมการ RESEARCH AND ETHICS COMMITTEE โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์  
กรุงเทพมหานคร ที่อนุญาตให้ทำวิจัย ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ในครั้ง  
นี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ นาวาอากาศโทธรรมนาย สุขแสง เด็กชายภูมिरพี สุขแสง และ  
สมาชิกทุกท่านในครอบครัว ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านในแผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาล  
บำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่ให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

ชนิดา สุขแสง

## สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	6
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	6
ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	9
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	13
ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ.....	45
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอโรรม.....	51
ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง.....	54
ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะไขมัน ในเลือดสูง.....	57
การสนับสนุนทางสังคม.....	58
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	63
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	63
งานวิจัยในประเทศไทย.....	66
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	76
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	76
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	77
ลักษณะของเครื่องมือ.....	77

## สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	78
เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	78
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	80
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	81
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
5 สรุปผลอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	129
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	129
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	129
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	129
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	131
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	133
อภิปรายผล.....	137
ข้อเสนอแนะ.....	149
บรรณานุกรม.....	150
ภาคผนวก.....	162
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	186

## บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดต่อประชากรแสนคน ตาม บัญชีตารางโรคพื้นฐาน จากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ พุทธศักราช 2526 - 2536.....	3
2 จำนวนตายตามเพศและสาเหตุ ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐานจากบัญชี จำแนกโรคระหว่างประเทศกับอัตราต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2537-2539.....	4
3 ปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารต่าง ๆ.....	17
4 ระดับไขมันในเลือดที่ปรากฏ.....	39
5 หลักโภชนาบำบัดในผู้ป่วยที่มีไลโปโปรตีนในเลือดสูง.....	40
6 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนก ตามข้อมูลทั่วไป.....	89
7 ค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย ภาวะไขมันในเลือดสูง.....	91
8 ค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ภาวะไขมันในเลือดสูง.....	95
9 จำนวนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามตัวแปร.....	96
10 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด ภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามเพศ.....	98
11 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด ภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ.....	99
12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่อด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม.....	99
13 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นรายคู่จำแนกตาม อายุ ระดับการ ศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม.....	100
14 จำนวนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความเชื่อด้านการรับรู้ความ รุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามตัวแปร.....	103

## บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง(ต่อ)	หน้า
15 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามเพศ.....	104
16 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ.....	105
17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม.....	106
18 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นรายคู่จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม.....	107
19 จำนวนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามตัวแปร	109
20 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามเพศ.....	111
21 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ	111
22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม.....	112
23 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นรายคู่จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม.....	113
24 จำนวนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามตัวแปร	115
25 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามเพศ.....	117

## บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง(ต่อ)	หน้า
26 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามจำนวนครั้งที่มา ตรวจสุขภาพ.....	118
27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่อด้าน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมัน ในเลือดสูงจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และ การสนับสนุนทางสังคม.....	118
28 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคใน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นรายคู่จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม	119
29 จำนวนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการดูแลตนเองในการป้องกัน ภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามตัวแปร.....	122
30 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของการดูแลตนเองจำแนกตามเพศ.....	123
31 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของการดูแลตนเองจำแนกตามจำนวนครั้งที่มา ตรวจสุขภาพ.....	124
32 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแล ตนเองจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และ การสนับสนุนทางสังคม.....	124
33 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองเป็นรายคู่จำแนก ตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และ การสนับสนุน ทางสังคม.....	125
34 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้อง กันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง.....	127

## บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2 อนุภาคของไลโปโปรตีน.....	23
3 ภาพตัดขวางของหลอดเลือดแดง.....	25
4 พยาธิสภาพของหลอดเลือดแดง.....	28
5 หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ถูกอุดตันด้วยไขมัน.....	29
6 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ การป้องกันโรค.....	46
7 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วย.....	50

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ภูมิหลัง

อาหารและโภชนาการเป็นส่วนสำคัญยิ่งของการพัฒนาคน เพราะโภชนาการเป็นรากฐานของสุขภาพและคุณภาพชีวิต ปัญหาโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญสำหรับประเทศไทย เพราะเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชน ดังนั้นการที่ร่างกายคนเราได้รับอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ คือ มีสารอาหารครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการจะช่วยให้คนเติบโตและพัฒนาได้เต็มศักยภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา การบริโภคอาหารมากหรือน้อยเกินความต้องการเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง ซึ่งน้ำหนักตัวที่มากหรือน้อยไปกว่ามาตรฐานที่ควรมีแต่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ การมีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น แสดงว่าได้รับพลังงานเข้าไปมากกว่าที่ร่างกายต้องการปริมาณพลังงานที่เหลือใช้จะถูกสะสมไว้ในรูปของไขมัน (Lipids) ตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งจะเป็นเหตุบั่นทอนสุขภาพและชีวิต นิสัยบริโภคอาหารสามารถสะท้อนให้เห็นส่วนประกอบและโครงสร้างของบุคคลนั้นได้ด้วย ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary atherosclerosis) ที่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ได้มีการพบบ่อยขึ้น และมากขึ้นในเมืองไทย ส่วนหนึ่งที่ทำให้อุบัติการณ์ของโรคนี้เพิ่มขึ้น เนื่องจากคนไทยเราดำรงชีวิตแบบฝรั่งมากขึ้น โดยเฉพาะการบริโภคอาหารจำพวกไขมัน (Lipids) เพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในที่สุด ซึ่งทำให้สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาลในราคาที่สูงมาก

ประเทศไทยในทศวรรษนี้ แนวโน้มการพัฒนาประเทศเป็นการพัฒนาเข้าสู่ความเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ ก่อให้เกิดการขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และอุตสาหกรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตในหลาย ๆ ด้าน ของประชาชนไทย และจากการที่สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วไปสู่สังคมยุคใหม่ พัฒนาไปในทางที่เป็นสากลมากขึ้น มีการใช้เทคโนโลยีผลิตอาหารสมัยใหม่ออกมาหลากหลาย ประกอบกับอิทธิพลของบริษัทข้ามชาติทางด้านอาหารซึ่งพยายามขยายเครือข่ายธุรกิจไปทั่วโลก รวมทั้งการทุ่มเทการโฆษณาอย่างมหาศาล อาหารฟาสต์ฟู้ด (Fast food) รวมทั้ง อาหารที่ให้พลังงานสูงแต่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำกลายเป็นที่นิยมของคนทั่วโลก เนื่องจากหาได้ง่าย คนไทยมีแนวโน้มที่จะบริโภคอาหารอย่างเดียวกับคนทั่วโลก เกิดความสำคัญผิดมีการเลียนแบบ การบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ด (Fast food) ว่าเป็นสิ่งที่ดี ประกอบกับพฤติกรรมบริโภคนิสัยผิด ๆ ผลที่ตามมาคือ ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) อาหารที่มีไขมัน (Lipids) สูง โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว (Saturated

fatty acid) และโคเลสเตอรอล (Cholesterol) เป็นสาเหตุของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งนำไปสู่โรคหัวใจขาดเลือด และเส้นเลือดอุดตันในสมองได้ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เป็นภาวะที่หลอดเลือดโคโรนารี (Coronary) มีการแข็งตัว เริ่มจากการที่เยื่อผนังหลอดเลือดมีบาดแผล และผลึกโคเลสเตอรอล เล็ก ๆ มาเกาะ ส่วนเม็ดเลือดขาว โมโนไซต์ (Monocyte) แมคโครฟาจ (Macrophage) และเกล็ดเลือด (Platelets) จะรวมตัวสร้างสารต่าง ๆ เปลี่ยนเป็นโฟมเซลล์แอลดีแอล (Foam cell LDL) และมีการกระตุ้นให้เซลล์กล้ามเนื้อเกิดการแบ่งตัวเพิ่มขึ้น เกิดเป็นรอยไขมัน (Fatty streak) ถ้ายังดำเนินการเช่นนี้ต่อไปจะเกิดเป็นปื้นหนา (Plaque) อยู่ผนังด้านในหลอดเลือดทำให้เลือดผ่านไม่สะดวกส่วนที่เกิดภายในผนังหลอดเลือดนี้ บางที่เรียกว่า เอทเธอโรมาตัสพลาค (Atheromatous plaques) พลาคที่เกิดนี้มีผิวหน้าค่อนข้างขรุขระ อาจทำให้เลือดแข็งตัวได้ง่าย (Blood clot) เกิดเป็น thrombus (Thrombus) หรืออุดตัน (Embolus) เลือดไหลผ่านไม่สะดวก เซลล์ขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ถ้าเป็นอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง จะทำให้เกิดความผิดปกติ พิการหรือถึงแก่ชีวิตได้ นอกจากนี้ การที่มีพลาค (Plaque) อยู่ในผนังหลอดเลือดด้านใน แคลเซียม (Calcium) อาจมาเกาะทำให้เกิดการแข็งตัว ความยืดหยุ่น (Elasticity) ของหลอดเลือดเสียไป และหลอดเลือดแดงมีลักษณะแข็ง หรือที่เรียกกันว่า อาร์เทอโรสเคอโรซิส (Atherosclerosis)

จะเห็นว่าคนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 55 ปี ในเพศชาย 62 ปี ในเพศหญิงซึ่งต่ำกว่าประชากรของประเทศสแกนดิเนเวีย ในเพศชาย 71 ปี ในเพศหญิง 76 ปี สหรัฐอเมริกาในเพศชาย 67 ปี ในเพศหญิง 74 ปี และญี่ปุ่นในเพศชาย 68 ปี ในเพศหญิง 73 ปี สาเหตุการตายของคนไทย พบโรคหัวใจร้อยละ 20.10 และโรคที่คร่าชีวิตมนุษย์ทั่วโลกมากที่สุดคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาทำให้อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายเสื่อมสภาพทำงานไม่ประสานกัน คนมักป่วยหรือตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจากสารไขมันที่เรียกว่า โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือดซึ่งจะไปจับเกาะที่ผนังเส้นเลือดทำให้เกิดโรคเส้นเลือดแข็งเปราะเกิดโรคหัวใจ (พรทิพย์ โสฬ์เลขา. 2538 : 5 - 6)

จากสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดนั้นพบว่า มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) เพราะเป็นตัวทำให้เกิดการสะสมของไขมัน (Lipids) ที่ผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดง (Intima) นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) คือ การรับประทานอาหารไขมัน (Lipids) ที่มีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และมีไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) ปริมาณมาก การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควบคุม น้ำหนักตัว สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และรับประทานของหวานเป็นประจำ (วิชัย ต้นไพจิตร. และคณะ. 2529 : 96)

ส่วนใหญ่ลักษณะอาหารที่รับประทานประจำวันจะเป็นอาหารที่ประกอบไปด้วยโปรตีน (Protein) ไขมัน (Lipids) และคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) ประกอบกับคน ส่วนใหญ่ที่ไม่ค่อยมีโอกาสปรุงอาหารรับประทานเองพร้อมทั้งขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอ บางคนสูบบุหรี่และดื่มสุราจนติดเป็นนิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิตเหล่านี้มักจะพบได้ในพวกที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง อาจกล่าวได้ว่า ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) นี้เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคของมนุษย์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งโรคนี้สามารถป้องกันได้ ถ้าบุคคลมีความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง

และจากสถิติสาธารณสุข สาเหตุการตายอันดับ 1 ของประเทศไทย คือ โรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งตั้งแต่ปี 2526 - 2539 มีแนวโน้มสูงขึ้นตัวเลขแสดงให้เห็นว่าขณะนี้ประชากรไทยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สมควรหาทางป้องกันและลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุเบื้องต้นคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ดังปรากฏตามตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 จำนวนการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดต่อประชากรแสนคน ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐาน จากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ พุทธศักราช 2526-2536

ตามปี พ.ศ.(ค.ศ.)	จำนวน	อัตรา
2526 (1983)	972	2.0
2527 (1984)	843	1.7
2528 (1985)	800	1.5
2529 (1986)	742	1.4
2530 (1987)	800	1.5
2531 (1988)	1,050	1.9
2532 (1989)	1,001	1.8
2533 (1990)	728	1.3
2534 (1991)	903	1.6
2535 (1992)	1,097	1.9
2536 (1993)	1,397	2.4

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. กองสถิติสาธารณสุข. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2536).

“จำนวนการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด,” รายงานสถิติประจำปี 2536. หน้า 87.

ตาราง 2 จำนวนตายตามเพศและสาเหตุ ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐานจากบัญชีจำแนกโรค  
ระหว่างประเทศกับอัตราต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2537 - 2539

สาเหตุการตาย	รวม		ชาย		หญิง	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
โรคหัวใจขาดเลือด พ.ศ. 2537	1,195	2.0	747	2.5	448	1.5
โรคหัวใจขาดเลือด พ.ศ. 2538	1,572	2.7	984	3.3	588	2.0
โรคหัวใจขาดเลือด พ.ศ. 2539	2,865	4.8	1,750	5.9	1,115	3.7

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.  
(2537-2539). "จำนวนการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด," รายงานสถิติสาธารณสุข.  
หน้า 73 , 75, 74 ตามลำดับ.

จากสถิติสาธารณสุข ในปี 2537 - 2539 สาเหตุการตาย ด้วยโรคหัวใจขาดเลือดของ  
ประชากรไทย ยังมีอัตราสูงขึ้นมาก ดังนั้น จะเห็นได้ว่าภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)  
ซึ่งมีผลทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด นั้นทำให้ตามมาด้วยการเสียชีวิตในที่สุด จึงเป็นการสูญเสีย  
ทรัพยากรบุคคล เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา สูญเสียเวลา และเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก  
ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศที่สำคัญไป โรคนี้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของมนุษย์เอง  
และเชื่อเป็นอย่างยิ่งว่า สาเหตุการตาย ด้วยโรคหัวใจขาดเลือดจากภาวะไขมันในเลือดสูง  
(Hyperlipidemia) ของประชากรไทย สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ ถ้ามีการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องของภาวะไขมันในเลือดสูง  
(Hyperlipidemia) เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อด้านสุขภาพ และการดำเนินชีวิตในการ  
ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ไม่ถูกต้องเท่าที่ควร จากสภาพ  
ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยที่มี ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)  
ว่ามีความเชื่อด้าน สุขภาพอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในการป้องกัน ภาวะ  
ไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) หรือไม่ มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะช่วยให้ได้ทราบข้อมูลเบื้องต้น  
เพื่อจัดโปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสม การจัดบริการในด้าน การป้องกัน ให้คำแนะนำปรึกษา และ  
การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อการดูแลตน  
เอง ในการป้องกัน ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ซึ่งมีผลทำให้เกิดโรคหัวใจขาด  
เลือด และตามมาด้วยการเสียชีวิตในที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ  
และมีความสุขในการดำเนินชีวิตตลอดไป

### ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพ

### ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบระดับความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพ
2. เป็นข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ซึ่งได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมบางประการ
3. เป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ในทีมงานสุขภาพมีส่วนรับผิดชอบ ได้เลือกจัดโปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสม การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ได้มากขึ้น เป็นผลให้สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่สนใจทำการศึกษาต่อไป

### ข้อตกลงเบื้องต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มาตรวจสุขภาพในแผนกตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร และได้รับการตรวจเลือดแล้วผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการพบว่า มีภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) โดยใช้เกณฑ์ตัดสินคือ ผู้ที่มี โคเลสเตอรอล (Cholesterol) มากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ ผู้ที่มี ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) มากกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

## ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

### การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ที่มารับการตรวจสุขภาพที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 160 คน โดยได้รับการตรวจเลือดแล้ววิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการพบว่า มีภาวะไขมันในเลือดสูง

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจสุขภาพที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร โดยเลือกผู้ที่มีประวัติว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูงและได้รับการตรวจเลือดแล้ววิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการพบว่า มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 113 คน เป็นชาย 19 คน หญิง 94 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางเครชชี และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan. 1970 : 607 - 610)

### ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้
  - 1.1 เพศ
  - 1.2 อายุ
  - 1.3 ระดับการศึกษา
  - 1.4 รายได้ของครอบครัว
  - 1.5 จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ
  - 1.6 การสนับสนุนทางสังคม
2. ตัวแปรตาม ได้แก่
  - 2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ
  - 2.2 การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ

หมายถึงความรู้สึก แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

ตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ความเชื่อแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ

- 1.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง  
หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงและอันตรายต่าง ๆ จากภาวะไขมันในเลือดสูง
  - 1.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง  
หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยกับอันตรายของภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน หรือฐานะทางสังคมของผู้ป่วย
  - 1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง  
หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อแผนการรักษาที่ได้รับว่าจะช่วยลดภาวะไขมันในเลือดสูงและความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูงได้
  - 1.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง  
หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่มีผลในการขัดขวางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
2. การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง  
หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาวะของโรคและแผนการรักษาของแพทย์โดยการควบคุมอาหาร และน้ำหนักตัว การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง และการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ซึ่งจะประเมินได้จากแบบสอบถามการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
  3. ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) โดยทางปฏิบัติ  
หมายถึง ไขมันที่สูงในเลือดที่มีความสำคัญทางคลินิก คือ โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ดังนั้นจึงหมายถึงภาวะที่ร่างกายมี โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างสูงในเลือด และ เป็นการวินิจฉัยในหลอดทดลอง
  4. ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจสุขภาพ  
หมายถึง ประชาชนทั่วไปที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ซึ่งได้รับการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)

5. เพศ  
หมายถึงเพศของผู้มาใช้บริการ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้
- 5.1 ชาย
  - 5.2 หญิง
6. อายุ  
หมายถึงอายุเต็มของผู้มาใช้บริการตรวจสุขภาพแบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้
- 6.1 15-20ปี
  - 6.2 21-45ปี
  - 6.3 46-60ปี
  - 6.4 60ปีขึ้นไป
7. ระดับการศึกษา  
หมายถึงการศึกษาในขั้นสุดท้ายของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 173)
- 7.1 ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา
  - 7.2 ระดับประถมศึกษา
  - 7.3 ระดับมัธยมศึกษา
  - 7.4 ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป
8. รายได้ของครอบครัว  
หมายถึง เงินเดือนหรือรายได้พิเศษอื่นต่อเดือนของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง และ คู่สมรสรวมกัน ออกเป็น 4 ระดับดังนี้
- 8.1 ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน
  - 8.2 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน
  - 8.3 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน
  - 8.4 20,000 บาทขึ้นไป
9. จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ  
หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) มีความถี่ของการมารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี แบ่งออก 2 ระดับคือ
- 9.1 1 ครั้ง
  - 9.2 มากกว่า 1 ครั้ง
10. การสนับสนุนทางสังคม  
หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร

ได้รับการช่วยเหลือ และการตอบสนองความต้องการจากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และสังคม ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

- 10.1 การสนับสนุนทางสังคมน้อย
- 10.2 การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
- 10.3 การสนับสนุนทางสังคมมาก

#### 11. แผนกตรวจสุขภาพ

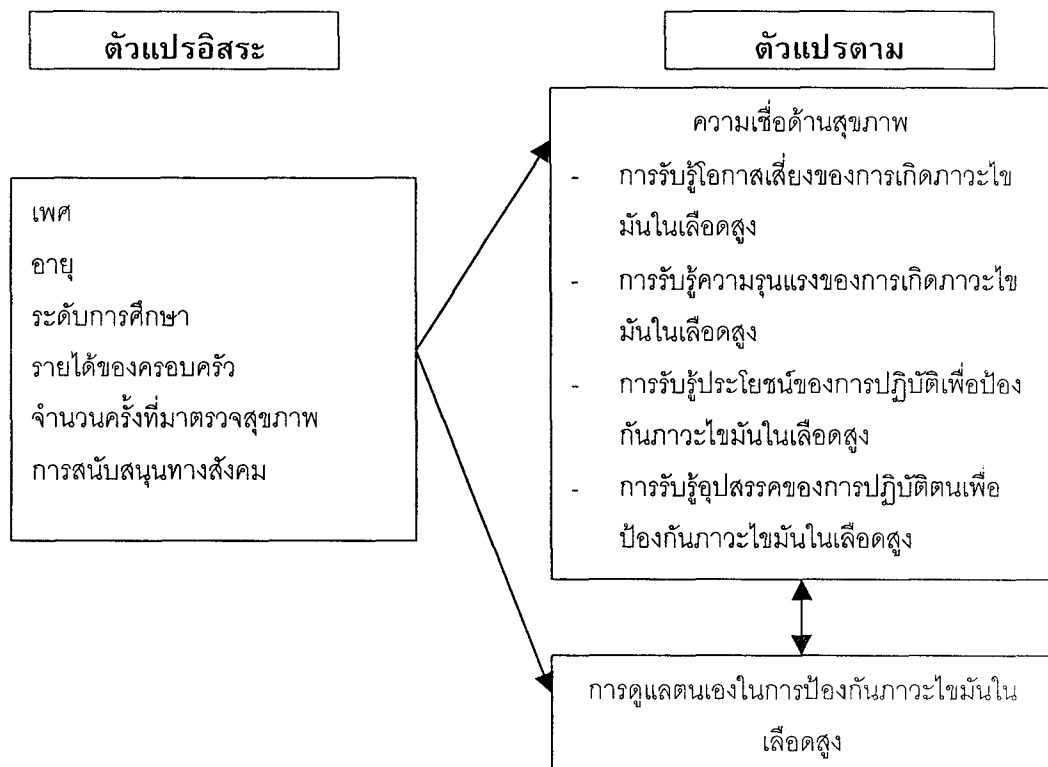
หมายถึง แผนกที่ให้บริการเฉพาะการตรวจสุขภาพแก่ผู้ป่วย ยที่มาใช้ บริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล โดยไม่ได้รับรักษาโรค ถ้าผลการตรวจสุขภาพออกมาพบว่าเป็นโรคใดๆ จะทำการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทางในเรื่องโรคนั้นๆ แผนกตรวจสุขภาพจะสังกัดอยู่ในกลุ่มงานอายุรกรรม ของฝ่ายบริการผู้ป่วยนอก

#### 12. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

หมายถึง สถานบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของภาคเอกชน มีสถานภาพเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 554 เตียง มีหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไป ตั้งอยู่เลขที่ 33 สุขุมวิท ซอย 3 (นานาเหนือ) เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

### กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นอาการของโรคเรื้อรังซึ่งจำเป็นจะต้องมีการป้องกันที่ถูกต้อง จะเห็นได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) นั้นมีความสำคัญอย่างมากต่อการสร้าง ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติที่ถูกต้อง ในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการจะศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ของผู้ป่วยที่มารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร โดยมีกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

### สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันจะมีความเชื่อด้าน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน



20. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
21. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
22. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
23. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
24. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
25. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
26. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
27. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
28. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
29. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีจำนวนครั้งของการตรวจสุขภาพต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
30. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
31. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มารับการตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
  - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง
  - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ
  - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอโรมา
  - 1.4 ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
  - 1.5 ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง
  - 1.6 การสนับสนุนทางสังคม
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
  - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
  - 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

### เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

#### ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

นิยามของภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) (สมใจ วิชัยดิษฐ์, วิชัย ดันไพจิตร และทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต. 2529 : 81-83)

ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) หมายถึงภาวะที่มีไขมันสูงในเลือด โดยทางปฏิบัตินั้น ไขมันที่สูงในเลือดที่มีความสำคัญทางคลินิก คือ โคเลสเตอรอล (Cholesterol) และ ไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) ดังนั้นจึงหมายถึงภาวะที่ร่างกายมีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) หรือไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างสูงในเลือด และเป็นการวินิจฉัยในหลอดทดลอง

ภาวะไลโปโปรตีนในเลือดสูง (Hyperlipoproteinemia) หมายถึงภาวะที่มีไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ชนิดต่าง ๆ สูงในเลือด โดยอาจเป็นเพียงชนิดเดียวหรือมากกว่าหนึ่งชนิดก็ได้ ดังที่กล่าวแล้วว่า โคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) ต่างรวมอยู่กับโปรตีน (Protein) ในรูปของไลโปโปรตีน (Lipoprotein) เพื่อละลายตัวในน้ำเลือด ดังนั้นถ้าตรวจพบภาวะ Hyperlipidemia ในบุคคลใดย่อมหมายความว่าร่างกายของบุคคลนั้นอยู่ในภาวะ Hyperlipoproteinemia

### ไขมัน (Lipids) ในพลาสมา (Plasma) (นันทยา ชนะรัตน์. 2532 : 20-24)

ในพลาสมา (Plasma) ประกอบด้วยไขมัน (Lipids) ต่าง ๆ ชนิดกัน ไขมัน (Lipids) เหล่านี้จะละลายได้ไม่ดีในน้ำ แม้ว่า ไขมัน (Lipids) บางชนิดจะมีฟอสฟอรัส (Phosphorus) ไนโตรเจน (Nitrogen) เป็นส่วนประกอบอยู่ก็ตาม ถ้าเราสกัดไขมัน (Lipids) ในพลาสมา (Plasma) ด้วยตัวทำละลายที่เหมาะสม และทำการแยกส่วนก็จะได้ไขมัน (Lipids) ต่าง ๆ ที่มีปริมาณมากน้อยตามลำดับดังนี้

1. ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) เป็นไขมัน (Lipids) ที่พบมากที่สุด ในพลาสมา (Plasma) ซึ่งความเข้าใจเกี่ยวกับสารในกลุ่มนี้ยังไม่เป็นที่ชัดเจนทั้งหมด เท่าที่ทราบคือ ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) ทำหน้าที่เป็นตัวฟอก (Detergent) ทำให้ความสามารถในการละลายของไขมัน (Lipids) อื่น ๆ ดีขึ้น เนื่องจากฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) มีทั้งส่วนที่เป็นโพลาร์ (Polar) และนอนโพลาร์ (Nonpolar) อยู่ ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) เป็นไขมัน (Lipids) ที่พบได้ในเซลล์ (Cell) ทุกชนิด รวมทั้งในพลาสมา (Plasma) ปัจจุบันพบ ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) มีอยู่ 5 ชนิด คือ

1.1 กรดฟอสฟาติค (Phosphatidic acid หรือ Phosphatidyl glycerol) เป็นสารที่เกิดระหว่างปฏิกิริยาที่สำคัญ ในโมเลกุลประกอบด้วยหมู่ฟอสเฟต (Phosphate) และกลีเซอรอล (Glycerol) อย่างละ 1 ตัว และมีกรดไขมัน (Fatty acid) อีก 2 ตัว ซึ่งอาจเป็นชนิดเดียวกันหรือต่างกันได้เกาะอยู่ด้วย

1.2 เลซิทีน (Lecithin หรือ Phosphatidyl choline) เป็นเอสเทอร์ (Ester) ของกรดฟอสฟาติค (Phosphatidic acid) กับโคลีน (Choline) การที่เลซิทีน (Lecithin) มีหมู่โคลีน (Choline) และกรดฟอสฟอริก (Phosphoric acid) ทำให้มีคุณสมบัติเป็นสารมีประจุได้ในพลาสมา (Plasma) ซึ่งมีประโยชน์ในการทำสารประกอบไขมัน (Lipids) คงสภาพเป็นสารละลายได้ในร่างกาย เลซิทีน (Lecithin) เป็นฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) ที่มีมากที่สุด ในร่างกาย สามารถละลายได้ในตัวทำละลายอินทรีย์ทั่ว ๆ ไป ยกเว้นอะซิโตน (Acetone)

1.3 เซฟาลิน (Cephalin) หรือ ฟอสฟาไทด์ (Phosphatide) ที่มีกลุ่มเอทานอลามีน (Ethanolamine), ซีรีน (Serine) หรืออินซิทอล (Inositol) แทนที่กลุ่มโคลีน (Choline) ของเลซิทีน (Lecithin) พบได้ในเนื้อเยื่อทั่วไปของร่างกาย แต่มีมากในสมองและเนื้อเยื่อของระบบประสาท สารกลุ่มนี้ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแข็งตัวของเลือด

1.4 พลาสมาโลเจน (Plasmalogen) พบในกล้ามเนื้อหัวใจ สมอง และตับ ยังไม่ทราบหน้าที่ของสารกลุ่มนี้ มีส่วนที่ต่างจากสารกลุ่มอื่น คือ กรดไขมัน (Fatty acid) ที่ตำแหน่งที่ 1 ของกลุ่มนี้จะเป็นกรดไม่อิ่มตัว

1.5 สฟิงโกไมยอีลิน (Sphingomyelins) เป็นสารฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) ที่พบในเนื้อเยื่อทั่ว ๆ ไป โดยเฉพาะสมองและระบบประสาท

2. กรดไขมันอิสระ (Free or non-esterified fatty acid : FFA or NEFA) ส่วนใหญ่จะเป็นกรดอิ่มตัว ที่สำคัญคือ กรดสเตียริก (Stearic acid) และปาล์มิติก (Palmitic acid) มีจำนวนถึง 85% หรือมากกว่า แม้ว่ากรดไขมันอิสระ (Free or non-esterified fatty acid : FFA or NEFA) จะมีเพียง 5% ของกรดไขมัน (Fatty acid) ทั้งหมดในพลาสมา (Plasma) คือ 0.5 มิลลิโมล หรือ 10-15 มก./ดล. แต่ก็เป็นส่วนที่สำคัญในกระบวนการเมตาบอลิซึมของไขมัน (Lipids) ในพลาสมา (Plasma) กรดไขมันอิสระ (Free or non-esterified fatty acid : FFA or NEFA) นี้จะถูกขับออกมาจากเนื้อเยื่อไขมัน (Adipose tissue) รวมตัวกับอัลบูมิน (Albumin) ในพลาสมา (Plasma) อย่างหลวม ๆ และมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก การออกซิไดซ์ (Oxidize) กรดไขมันอิสระ (Free or non-esterified fatty acid : FFA or NEFA) จะเป็นแหล่งพลังงานสำคัญในระยะหลังดูดซึมอาหาร

3. ไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) เป็นเอสเทอร์ (Ester) ระหว่างกลีเซอรอล (Glycerol) และกรดไขมัน (Fatty acid) 3 ตัว ถ้ามีกรดไขมัน (Fatty acid) เกาะ 1 ตัวจะเรียกโมโนกลีเซอไรด์ (Monoglyceride) และถ้ามีกรดไขมัน (Fatty acid) เกาะ 2 ตัว ก็จะใช้เรียก ไดกลีเซอไรด์ (Diglyceride) ปัจจุบัน IUPAC (International Union of Pure and Applied Chemistry) และ IUBC (International Union of Biochemistry) ได้เสนอให้เรียกเป็น โมโน-ได-และไตรเอซิลกลีเซอรอล (Mono-di-and triacylglycerol) แทน ทั้ง โมโน – และได-กลีเซอไรด์ มีปริมาณน้อยในพลาสมา (Plasma) เนื่องจากเป็นสารที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิกิริยาการสร้างไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) เท่านั้น ไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) อาจเป็นของเหลวหรือของแข็งก็ได้ที่อุณหภูมิห้อง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของกรดไขมันอิสระ (Free or non-esterified fatty acid : FFA or NEFA) ที่มาเกาะคือถ้า กรดไขมันอิสระ (Free or non-esterified fatty acid : FFA or NEFA) เป็นกรดไม่อิ่มตัว เช่น กรดโอเลอิก (Oleic acid) ไลโนเลอิก (Linoleic acid) ก็จะมีจุดหลอมเหลวต่ำ และเป็นของเหลวที่อุณหภูมิห้อง แต่ถ้าเป็นกรดอิ่มตัว เช่น กรดสเตียริก (Stearic acid) ปาล์มิติก (Palmitic acid) ก็จะมีจุดหลอมเหลวสูงขึ้น และเป็นของแข็งที่อุณหภูมิห้องกรดไขมันอิสระ (Free or non-esterified fatty acid : FFA or NEFA) ที่ประกอบอยู่ในโมเลกุลของไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) ทั้ง 3 ตำแหน่ง อาจเป็นกรดชนิดเดียวกันหรือต่างกันได้ แต่พบว่ากรดที่มาเกาะที่ตำแหน่ง 1 มักจะเป็นกรดอิ่มตัว แต่ที่ตำแหน่ง 2 จะเป็นกรดไม่อิ่มตัว ไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) ในพลาสมา (Plasma) ได้มาจากหลายทาง ทางแรกโดยการดูดซึมจากลำไส้เข้ามาในกระแสเลือดในรูปไคโลไมครอน (Chylomicron) และอีกทางหนึ่งคือการสร้างขึ้นที่ตับและเซลล์ลำไส้ จากสารคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) และกรดไขมันอิสระ (Free or non-esterified fatty acid : FFA or NEFA) บางส่วนของไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) จะเก็บสะสมไว้ในร่างกายที่เนื้อเยื่อไขมัน (Adipose tissue) เพื่อเป็นแหล่งพลังงานและนำเอามาใช้ได้เมื่อร่างกายต้องการ ออกมาสู่กระแสโลหิตเพื่อการออกซิไดซ์ (Oxidize) ต่อไป ส่วนประกอบของกรดไขมันอิสระ (Free or non-esterified fatty acid : FFA or NEFA) ในเนื้อเยื่อไขมัน

(Adipose tissue) จะขึ้นกับอิทธิพลของพันธุกรรม, ชนิดของสัตว์ และชนิดของอาหารที่ได้รับประทาน พบว่าถ้าให้กินอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) สูง นาน ๆ จะมีกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) มากขึ้น

4. โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) เป็นสารในกลุ่มสเตียรอยด์ (Steroid) ประกอบด้วย 27 อะตอม และมีส่วนที่เป็นโพลาร์ (Polar) คือ หมู่ไฮดรอกซิล (Hydroxyl) ที่ตำแหน่ง 3 ทำให้สามารถสร้างเป็นเอสเทอร์ (Ester) กับกรดไขมัน (Fatty acid) ได้ ดังนั้นจึงมีคุณสมบัติเป็นซีคคันดารีอัลกอฮอล์ (Secondary alcohol) และมีบอนด์คู่ระหว่าง C 5-6 ด้วย โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) พบมากในเนื้อเยื่อของคนและสัตว์ เป็นสารเริ่มต้นของการสร้างกรดน้ำดี ฮอร์โมน (Hormone) ของต่อมหมวกไต และโกแนด (Gonad) รวมทั้งวิตามิน ดี (Vitamin D) ด้วย ร่างกายใช้ โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) บางส่วนในการสร้างฮอร์โมน (Hormone) ที่ผลิตจากรังไข่ ต่อมลูกหมาก และ ต่อมหมวกไต (Adrenal gland) (พรทิพย์ โล่ห์เลขา. 2538 : 8) นอกจากนี้ยังมีความสำคัญในการรักษาโครงสร้างโดยเฉพาะอย่างยิ่งของเซลล์ (Cells) และภายในเซลล์ (Cells) การที่มีหมู่ไฮดรอกซิล (Hydroxyl) ที่ตำแหน่ง 3 ทำให้สามารถสร้างเป็นเอสเทอร์ (Ester) กับกรดไขมัน (Fatty acid) ได้ในเนื้อเยื่อส่วนใหญ่ โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) จะอยู่ในรูปอิสระ แต่ในพลาสมา (Plasma) ร้อยละ 60-70% จะเป็นรูป เอสเทอร์ (Ester) ในธรรมชาติ ปริมาณ โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) อาจจะปรากฏรวม หรือไม่รวมกับ ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ก็ได้เพราะฉะนั้นในอาหารที่มีไขมัน (Lipids) บางชนิดมี ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงอาจจะมี โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) ต่ำ เช่น น้ำมันพืช หรือบางอย่างอาจจะมี ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ต่ำแต่โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) สูง เช่น ไข่แดง เป็นต้น นอกจากนั้นคุณภาพของกรดไขมัน (Fatty acid) ในไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ยังมีส่วนกำหนด โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือดด้วย (ชิตพงษ์ ไชยวสุ. 2542 : 34) ระดับโคลเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือดขึ้นอยู่กับอิทธิพลของธัยรอยด์ ฮอร์โมน (Thyroid hormone) และ ฮอร์โมน เอสโตรเจน (Estrogen hormone) ซึ่งทำหน้าที่ลดระดับ โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) (พรทิพย์ โล่ห์เลขา. 2538 : 8) นอกจากนี้ยังขึ้นกับปัจจัยสำคัญคือการบริโภคอาหารที่มีปริมาณ โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) สำหรับปริมาณ โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) ในอาหารแต่ละชนิดก็ย่อมจะแตกต่างกันออกไป สำหรับอาหารต่าง ๆ ที่คนไทยนิยมบริโภคดังปรากฏตามตาราง 3

## ตาราง 3 ปริมาณ โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในอาหารต่าง ๆ

อาหารส่วนที่รับประทานได้	โคเลสเตอรอล (Cholesterol)
100 กรัม (1 ชีด)	มก.
ประเภทไข่	
ไข่ไก่ ไข่แดง	1602
ไข่เป็ดทั้งลูก	888
ไข่ห่านทั้งลูก	852
ไข่นกกระทาทั้งลูก	844
ไข่ไก่ทั้งลูก	548
ไข่ปลา	374
ไข่ไก่ ไข่ขาว	0
ประเภทหมู	
สมองหมู	2552
ม้ามหมู	504
ไตหมู	480
ปอดหมู	387
ตับหมู	355
แคบหมูติดมัน	328
ตับอ่อนหมู	315
หัวใจหมู	221
กระเพาะหมู	193
ลิ้นหมู	146
ไส้หมู	143
หางหมู	129
ตีนหมู	100
น้ำมันหมู	95
มันหมู	93
หูหมู	90
เนื้อซี่โครงหมู	78
หมูสามชั้น	72
เนื้อหมูติดมัน	72
เบคอน	67
เนื้อหมูล้วน	65
ประเภทวัว	
ตับวัว	354

## ตาราง 3 (ต่อ)

อาหารส่วนที่รับประทานได้	โคเลสเตอรอล (Cholesterol)
ลิ้นวัว	87
เนื้อวัวติดมัน	67
เนื้อวัวไม่ติดมัน	59
ประเภทปลา	
ปลาหมึกกล้วยหลากชนิด	233
ปลาหมึกกระดองหลากชนิด	112
ปลาไหล	126
ปลาหมอ	90
ปลาอินทรี	76
ปลาตะเพียน	65
ปลาซาตินในซอสมะเขือเทศ	61
ปลาเล็กปลาน้อย	60
หูลาม	59
ปลาแซลมอน	52
ปลากระบอก	49
ปลาลิ้นหมา	48
ปลาทุ	47
ปลาดุก	47
ปลาเก๋า	47
ปลากระพงขาว	41
ปลาเก๋าทะเล	37
ปลาทูน่าในน้ำมัน (กระป๋อง)	31
ประเภทกุ้ง หอย ปู	
กุ้งรวมชนิด	152
หอยนางรม	100
เนื้อปูสุก	100
กุ้งลอปสเตอร์	70
หอยแครง	67
หอยเชลล์	33
หอยแมลงภู่	28
ประเภทเปิด ไก่ ห่าน	
ตับเป็ด	515
ตับไก่	439

ตาราง 3 (ต่อ)

อาหารส่วนที่รับประทานได้	โคเลสเตอรอล (Cholesterol)
กึ่งไก่	130
หนังไก่	109
เนื้อห่านไม่ติดมัน	96
เนื้อห่านติดหนัง	91
เนื้อเป็ดล้วน	77
เนื้อเป็ดติดหนัง	76
เนื้อไก่ติดหนัง	75
เนื้อไก่ล้วน	70
ประเภทแกะ	
เนื้อแกะไม่ติดมัน	92
ประเภทไส้กรอก	
ไส้กรอกไก่	101
ไส้กรอกหมู	83
ไส้กรอกหมูรมควัน	68
ไส้กรอกวัวรมควัน	67
ประเภทไอศกรีมและแยม	
แยม	59
ไอศกรีมวานิลลา	45
ไอศกรีมช็อกโกแลต	34
ไอศกรีมสตอเบอรี่	29
ประเภทผลิตภัณฑ์จากนม	
เนย	219
นมผง	97
นมข้นหวาน	34
มายองเนส	26
นมผงพร่องไขมัน	20
โยเกิร์ตธรรมดา	13
นมวัวสด 3.3% fat	14
นมช็อกโกแลต	12
โยเกิร์ต พร่องไขมัน	2
ประเภทขนม	
เค้กเนย	221
คุกกี้เนย	117

## ตาราง 3 (ต่อ)

อาหารส่วนที่รับประทานได้	โคเลสเตอรอล (Cholesterol)
ครัวซอง	75
แพนเค้กธรรมดา	59
เค้กช็อกโกแลต	58
โดนัท ช็อกโกแลต	57
โดนัท	37
แครกเกอร์เนยแข็ง	13
เค้กผลไม้	5
แครกเกอร์ไส้เนย	2
ขนมปังขาว	1

ที่มา : ปรียา ลีพกุล. (ชิตพงษ์ ไชยวสุ. 2542 : 35 - 40 ; อ้างอิงจาก ปรียา ลีพกุล. 2541.

โภชนศาสตร์คลินิก เล่ม 4. หน้า 84-89)

จากตาราง 3 แสดงว่าปริมาณ โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในอาหารต่าง ๆ นั้นแตกต่างกันไปในอาหารแต่ละประเภท และปริมาณของ โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในอาหารที่เรารับประทานเข้าไปนั้นก็จะเป็นตัวกำหนด ปริมาณของระดับ โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือดอีกด้วยเพราะร่างกายของเรานั้น ได้รับ โคเลสเตอรอล (Cholesterol) จากแหล่งกำเนิดสำคัญ 2 แหล่งคือ จากการที่ร่างกายสร้างเอง และ จากอาหารที่เรารับประทานเข้าไป เนื้อเยื่อต่างๆนอกจากตับจะได้รับ โคเลสเตอรอล (Cholesterol) จาก แอล ดี แอล (LDL) เป็นส่วนใหญ่ มีส่วนน้อยที่สร้างขึ้นเอง โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ที่ร่างกายสร้างขึ้นนั้นจะลดน้อยลงถ้าหากร่างกายได้รับ โคเลสเตอรอล (Cholesterol) จากอาหารมากขึ้น นอกจากนั้น โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ส่วนเกินจะถูกเปลี่ยนเป็นน้ำดีที่ตับและขับออกทางลำไส้ จะเห็นว่าร่างกายมีกลไกในการใช้ โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ค่อนข้างละเอียดถี่ถ้วนมาก แม้กระนั้นก็ตาม ปัญหาความไม่สมดุลย์ของโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ก็ยังเกิดขึ้นทั้งนี้เพราะพฤติกรรมกรบบริโภคของมนุษย์นั่นเองเป็นสาเหตุสำคัญ (ชิตพงษ์ ไชยวสุ. 2542 : 33-34) จะเห็นว่าพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารนั้นมีส่วนสำคัญอย่างมากในการกำหนดปริมาณโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือดให้เพิ่มขึ้น หรือ ลดลงได้ ดังนั้นเราควรที่จะเลือกรับประทานให้เหมาะสม

ไขมัน (Lipids) ในเลือด จะจับอยู่กับแอลบูมิน (Albumin) และ อโปโปรตีน (Apoprotein) ดังนั้นเราควรทราบถึงเมตาบอลิซึมของไขมันดังต่อไปนี้

**เมตาบอลิซึมของไขมัน** (สมใจ วิชัยดิษฐ์, วิชัย ตันไพจิตร และทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต. 2529 : 81-83)

ไขมัน (Lipids) ในเลือดที่สำคัญมีอยู่ 4 ชนิดคือ กรดไขมันอิสระ (Free or non-esterified fatty acid : FFA or NEFA) จะจับอยู่กับแอลบูมิน (Albumin) ส่วนไขมัน (Lipids) ที่เหลืออีก 3 ชนิดจะจับกับ อโปโปรตีน (Apoprotein) รวมเรียกว่า ไลโปโปรตีน (Lipoprotein)

ไลโปโปรตีน (Lipoprotein) แบ่งออกได้เป็น 4 ชนิด การแบ่งจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวิธีที่ใช้ ถ้าแยกโดยวิธีอัลตราเซนทริฟูเกชัน (Ultracentrifugation) จะได้ ไคโลไมครอน (Chylomicron) วี แอล ดี แอล (Very low density lipoprotein : VLDL), แอล ดี แอล (Low density lipoprotein : LDL) และ เอช ดี แอล (High density lipoprotein : HDL) ไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ทั้ง 4 ชนิดนี้ประกอบด้วย โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride), ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) และโปรตีน (Protein) เหมือนกัน แต่ต่างกันที่ปริมาณของไขมัน (Lipids) และโปรตีน (Protein)

1. ไคโลไมครอน (Chylomicron) สร้างขึ้นจากเยื่อผนังลำไส้ส่วนต้น คือ ดูโอดีนัม (Duodenum) และเจจูนัม (Jejunum) ทำหน้าที่ขนถ่ายไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ที่ได้จากอาหารผ่านทางระบบน้ำเหลืองเข้าสู่กระแสโลหิต ไปยังเนื้อเยื่อไขมัน (Adipose tissue) และกล้ามเนื้อต่าง ๆ ไคโลไมครอน (Chylomicron) ประกอบด้วยไขมัน (Lipids) ร้อยละ 98-99 ซึ่งมี ไตรกลีเซอไรด์ : Triglyceride ร้อยละ 90, โคลเลสเตอรอล : Cholesterol ร้อยละ 3 และฟอสโฟไลปิด : Phospholipid ร้อยละ 5 และโปรตีน : Protein ร้อยละ 1-2 เมื่อไคโลไมครอน (Chylomicron) เข้าสู่กระแสโลหิต จะถูกย่อยด้วยเอนไซม์ ไลโปโปรตีนไลเปส (Lipoprotein lipase) จากเนื้อเยื่อไขมัน (Adipose tissue) และกล้ามเนื้อ ทำให้ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ที่มีอยู่เปลี่ยนเป็นกรดไขมันอิสระ (Free or non-esterified fatty acid : FFA or NEFA) ผ่านเข้าสู่เนื้อเยื่อไขมัน (Adipose tissue) และกล้ามเนื้อเพื่อนำไปสร้างไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ใหม่และสะสมไว้เป็นพลังงานต่อไป ส่วนที่เหลือจากการย่อยนี้เรียกว่า ไคโลไมครอนส่วนที่เหลือ (Chylomicron remnant) ซึ่งมีปริมาณไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) น้อยลง จะถูกส่งไปยังตับ โดยจะผนึกกับ อโป อี รีเซพเตอร์ (Apo E receptor) หลังจากไคโลไมครอนส่วนที่เหลือ (Chylomicron remnant) ผ่านเข้าสู่ตับแล้วจะถูกย่อยต่อไปโดยเอนไซม์เฮปาทิก ไลเปส (Hepatic lipase)

2. วี แอล ดี แอล (VLDL) สร้างโดยตับ ประกอบด้วยไขมัน (ไขมัน) ร้อยละ 89-94 ซึ่งมีไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ร้อยละ 55-65 โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) ร้อยละ 18-22 และฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) ร้อยละ 12-18 และโปรตีน (Protein) ร้อยละ 5-10 วี แอล ดี

แอล (VLDL) มีอัตราส่วนของไตรกลีเซอไรด์ต่อโคเลสเตอรอล (Triglyceride : Cholesterol) เป็น 5 ต่อ 1 นอกจากนี้ลำไส้ยังสร้าง วี แอล ดี แอล (VLDL) ได้ด้วย วี แอล ดี แอล (VLDL) ทำหน้าที่ขนถ่ายไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ที่ร่างกายสร้างขึ้นไปสู่เนื้อเยื่อไขมัน (Lipids) และกล้ามเนื้อ วี แอล ดี แอล (VLDL) จะถูกย่อยโดยเอนไซม์ (lipoprotein lipase) ในกระแสโลหิตได้เป็น ไอ ดี แอล (Intermediate density lipoprotein : IDL) และเปลี่ยนต่อไปเป็น แอล ดี แอล (LDL) ตามลำดับ

3. แอล ดี แอล (LDL) เกิดจากการย่อย วี แอล ดี แอล (VLDL) ประกอบด้วยไขมัน (Lipids) ร้อยละ 75-80 ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ร้อยละ 8-12 โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ร้อยละ 40-50 และฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) ร้อยละ 20-25 และโปรตีน (Protein) ร้อยละ 20-24 แอล ดี แอล (LDL) นี้ทำหน้าที่ขนถ่ายโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ไปสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ โดยต้องอาศัย แอล ดี แอล รีเซพเตอร์ (LDL receptor) ที่ผิวเซลล์ ทำหน้าที่รับเอา แอล ดี แอล (LDL) เข้าไป Goldstein และ Brown เป็นผู้ค้นพบกระบวนการเผาผลาญ แอล ดี แอล (LDL) โดยอาศัย แอล ดี แอล รีเซพเตอร์ (LDL receptor) นี้ และพบว่าเมื่อ แอล ดี แอล (LDL) ผ่านเข้าสู่เซลล์ (Cells) จะถูกย่อยโดยเอนไซม์ (Enzyme) ใน ไลโซโซม (Lysosome) ทำให้ส่วนของโปรตีน (Protein) ถูกย่อยเป็นกรดอะมิโน (Amino acid) และโคเลสเตอรอลเอสเตอร์ (Cholesterol ester) ถูกย่อยเป็นโคเลสเตอรอลอิสระ (Free cholesterol) และระดับของโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเซลล์ (Cells) นี้เองจะทำหน้าที่ควบคุมเมตาบอลิซึมของโคเลสเตอรอล (Cholesterol) โดย

3.1 ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ เอช เอ็ม จี โค เอ รีดักเตส (HMG – CoA reductase) ทำให้การสร้างโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเซลล์ (Cells) ลดลง

3.2 กระตุ้นการออกฤทธิ์ของเอนไซม์ อะซิล โค เอ โคลเลสเตอรอล อะซิลทรานสเฟอเรส (Acyl CoA : cholesterol acyltransferase) ทำให้โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ส่วนเกินในเซลล์ (Cells) เปลี่ยนเป็นโคเลสเตอรอลเอสเตอร์ (Cholesterol ester)

3.3 ยับยั้งการสร้าง แอล ดี แอล รีเซพเตอร์ (LDL receptor) เพื่อป้องกันไม่ให้เซลล์ (Cells) รับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) เข้ามามากเกินไป

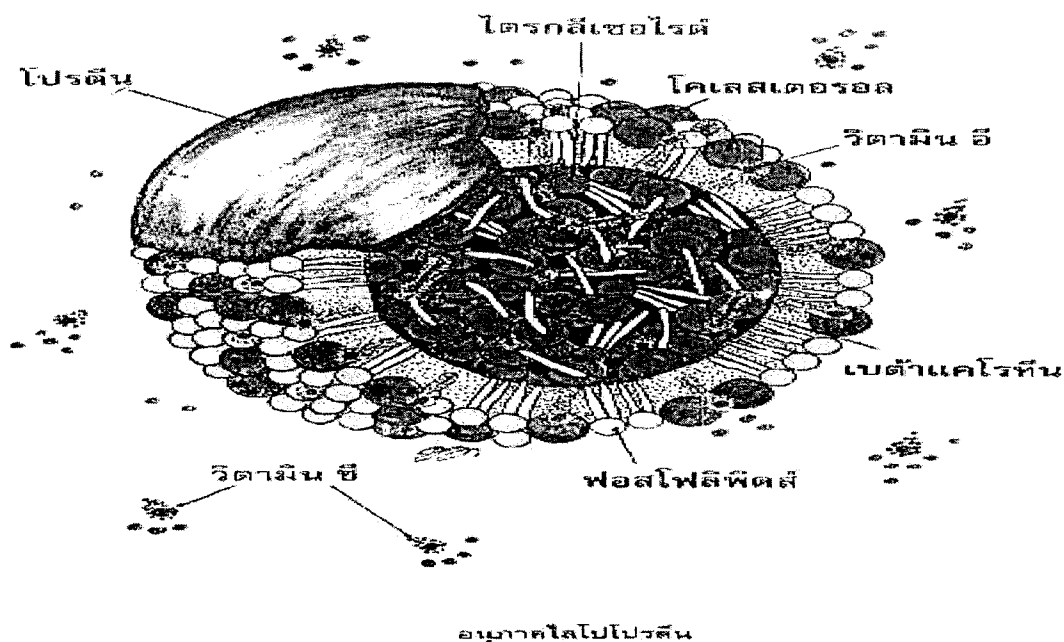
4. เอช ดี แอล (HDL) สร้างจากตับและลำไส้เล็ก โดยเกิดจากการเผาผลาญ ไคโลไมครอน (Chylomicron) และ วี แอล ดี แอล (VLDL) ได้เป็น แนสเซน เอช ดี แอล (Nascent HDL) ซึ่งประกอบด้วย ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) อะโปเอ และอี (Apo A and E) และมี โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในรูปของโคเลสเตอรอลอิสระ (Free cholesterol) เท่านั้น เอช ดี แอล (HDL) รับเอาโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ที่ถูกจำกัดจากเนื้อเยื่อส่วนปลาย โดยโคเลสเตอรอลอิสระ (Free cholesterol) ในเนื้อเยื่อส่วนปลายจะถูกเปลี่ยนเป็นโคเลสเตอรอลเอสเตอร์ (Cholesterol ester) โดยเอนไซม์ เลซิทีน โคลเลสเตอรอล อีซิลทรานสเฟอเรส (Lecithin : cholesterol acyltransferase) แล้วถูกขนถ่ายเข้าสู่ แนสเซน เอช ดี แอล (Nascent

HDL พบว่า . เอช ดี แอล (HDL) มีไขมัน (Lipids) ร้อยละ 50-55 โดยอยู่ในรูปไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ร้อยละ 3-6 โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) ร้อยละ 17-23 และฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) ร้อยละ 20-30 ที่เหลือเป็นโปรตีน (Protein) เชื่อกันว่าปริมาณโคลเลสเตอรอล (Cholesterol) ใน HDL จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือด โดยมีกระบวนการดังนี้ (สมใจ วิชัยดิษฐ์, วิชัย ตันไพจิตร และทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต. 2529 : 83)

1. เอช ดี แอล (HDL) ทำหน้าที่ขนส่งโคลเลสเตอรอล (Cholesterol) จากเซลล์เนื้อเยื่อส่วนปลายกลับไปเผาผลาญที่ตับ และขับออกจากร่างกายทางน้ำดีต่อไป

2. เอช ดี แอล (HDL) ช่วยป้องกันไม่ให้เซลล์ (Cells) ต่าง ๆ รับเอา แอล ดี แอล (LDL) เข้าไปมากเกินไป โดยที่ เอช ดี แอล (HDL) สามารถแย่งที่ แอล ดี แอล (LDL) ในการจับกับ แอล ดี แอล รีเซพเตอร์ (LDL receptor) ได้

เนื่องจากไขมัน (Lipids) ไม่สามารถละลายน้ำได้ ดังนั้นจึงต้องมีการรวมตัวกับโปรตีน (Protein) ในน้ำเหลือง โดยที่กรดไขมันอิสระ (FFA) จะจับอยู่กับแอลบูมิน (Albumin) ส่วนไขมัน (Lipids) ที่เหลืออีก 3 ชนิดจะจับกับ อโปโปรตีน (Apoprotein) รวมเรียกว่าไลโปโปรตีน (Lipoprotein) อนุภาคของไลโปโปรตีน (Lipoprotein) แสดงให้เห็นดังปรากฏตามภาพประกอบ 2 (ชิตพงษ์ ไชยวสุ. 2542 : 82)



ภาพประกอบ 2 อนุภาคของไลโปโปรตีน (Lipoprotein)

ภาวะไขมันสูงในเลือดอย่างเรื้อรัง (Chronic Hyperlipidemia) การที่มีไขมันสูงในเลือด (Hyperlipidemia) อยู่ยาวนานจะทำให้ไขมัน (Lipids) แทรกซึมเข้าสู่ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง (Intima) ทำให้เกิดการคั่งของไขมัน (Lipids) ในผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดง ดังนั้นเราควรทราบถึงหน้าที่และโครงสร้างของหลอดเลือดแดงดังนี้

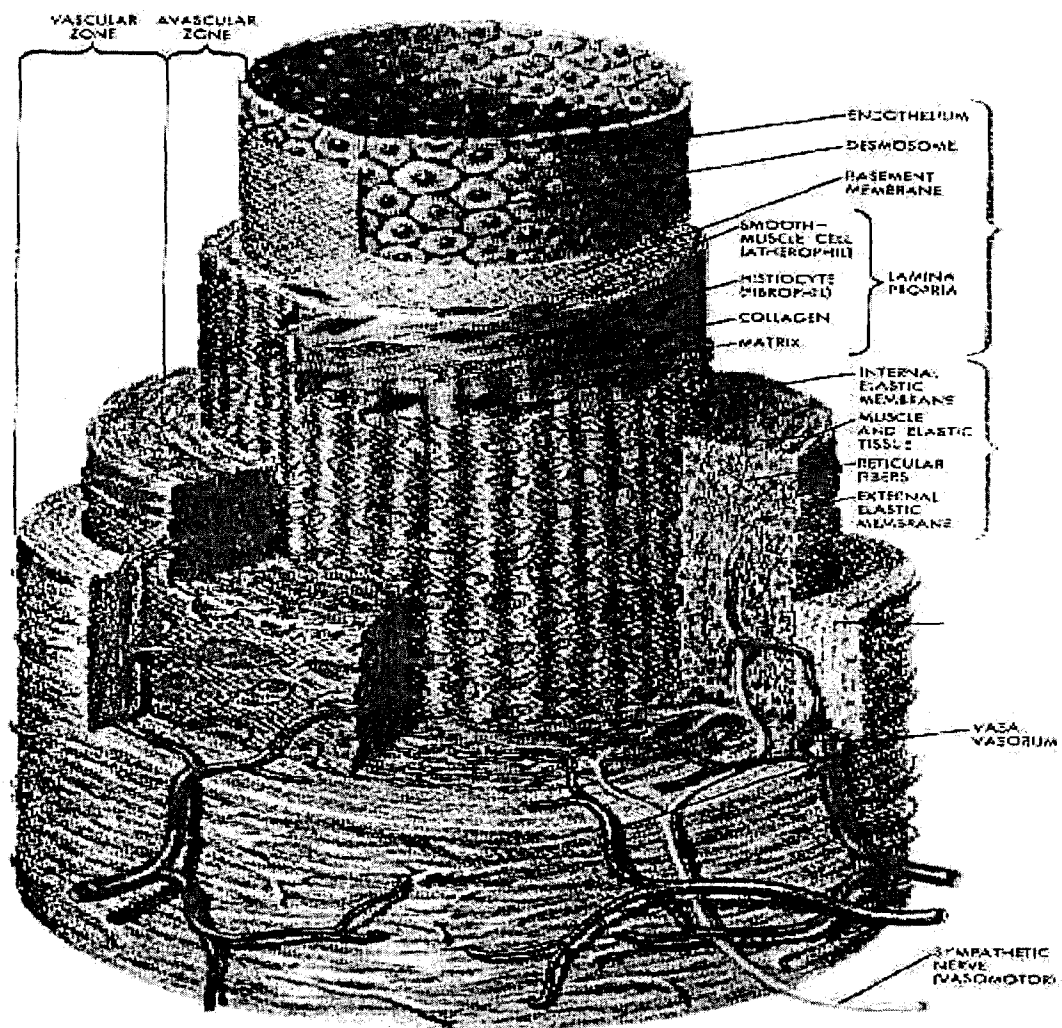
**หน้าที่และโครงสร้างของหลอดเลือดแดง** (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2526 : 715) หลอดเลือดแดงทำหน้าที่นำเลือดที่บีบออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผนังของหลอดเลือดแดงมีสมบัติพิเศษ คือ มีความยืดหยุ่น (Elasticity) กล่าวคือเมื่อหัวใจบีบตัวส่งเลือดออกจากหัวใจเข้าสู่หลอดเลือดแดง ถ้าหลอดเลือดแดงไม่ยืดออกเสียบ้าง ความดันในหลอดเลือดแดงในระยะบีบตัวของหัวใจจะสูงมาก เช่น 150 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งมีผลร้ายต่อร่างกาย แต่เนื่องจากผนังหลอดเลือดแดงยืดออก จึงแบ่งเบาความดันให้เหลือเพียง 120 มิลลิเมตรปรอท เมื่อหัวใจคลายตัว ไม่มีแรงส่งเลือดออกไป ทำให้ความดันในหลอดเลือดแดงลดลง ในช่วงนี้หลอดเลือดแดงที่ยืดออกแล้วจะหดกลับมาช่วยรักษาความดันในหลอดเลือดแดงไม่ให้ลดต่ำมาก คือเหลืออยู่ประมาณ 80 มิลลิเมตรปรอท ถ้าหากผนังหลอดเลือดแดงไม่มีลักษณะยืดหยุ่นได้ ความดันในหลอดเลือดแดงช่วงหัวใจคลายตัวอาจลดต่ำลงถึง 20 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งทำให้เกิดอุปสรรคต่อการไหลเวียนเลือดได้ เมื่อนำผนังของหลอดเลือดแดงไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะพบว่าผนังของหลอดเลือดแดงมีอยู่ 3 ชั้น คือ

1. ผนังชั้นในสุด (Intima) เลือดที่ไหลผ่านหลอดเลือดแดงสัมผัสกับผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงเท่านั้น ผนังชั้นในสุดที่ประกอบด้วยเซลล์เยื่อบุ (Endothelial cell) เรียงตัวเป็นชั้นเดียว ผิวหนังของเซลล์เยื่อบุ (Endothelial cell) หลอดเลือดแดงปกติมีลักษณะราบเรียบ เลือดไหลผ่านได้สะดวก เซลล์เยื่อบุ (Endothelial cell) นี้ทำหน้าที่ที่สำคัญคือ ป้องกันไม่ให้สารในเลือดที่จะทำอันตรายต่อผนังหลอดเลือดแดงผ่านเข้าสู่ผนังของหลอดเลือดแดง

2. ผนังชั้นกลาง (Media) ประกอบด้วยเซลล์ (Cells) ที่สำคัญคือ เซลล์กล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle cell) ซึ่งเรียงตัวซ้อนกันอยู่หลายชั้น เซลล์กล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle cell) นี้มีเยื่อยึดเหนี่ยว (connective tissue) และสารพวกคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) ล้อมรอบอยู่ ลักษณะโครงสร้างของผนังชั้นกลาง (Media) ดังกล่าวแล้ว ทำให้หลอดเลือดแดงมีคุณสมบัติยืดหยุ่น

3. ผนังชั้นนอก (Adventicia) ประกอบด้วยเซลล์ (Cells) ที่สำคัญ คือ ไฟโบรบลาสต์ (Fibroblast) ซึ่งเป็นเซลล์ที่สร้างเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยว (Connective tissue) นอกจากนี้ผนังชั้นนอก (Adventicia) ยังมีเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยว (Connective tissue) และสารพวกคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) เช่นเดียวกับผนังชั้นกลาง (Media) ผนังชั้นนอก (Adventicia) นี้เป็นทางผ่านของหลอดเลือดที่นำอาหารไปเลี้ยงผนังชั้นกลาง (Media) ของหลอดเลือดแดง และเส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของหลอดเลือดแดง

โครงสร้างของหลอดเลือดแดงภาพตัดขวาง (Cross section) ของหลอดเลือดแดง (Artery) สามารถแสดงให้เห็นดังปรากฏตามภาพประกอบ 3 (พรทิพย์ โล่ห์เลขา.2538 : 56)



ภาพประกอบ 3 ภาพตัดขวาง (Cross section) ของหลอดเลือดแดง (Artery)

การที่มีภาวะไขมันสูงในเลือดอย่างเรื้อรัง (Chronic hyperlipidemia) จะทำให้ไขมัน (Lipids) แทรกซึมเข้าสู่ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง (Intima) ทำให้เกิดการคั่งของไขมัน (Lipids) ในผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงจะนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นอันตรายต่อระบบไหลเวียนเลือดมีรายละเอียดดังนี้

**พยาธิสภาพของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) (มหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมมาธิราช. 2526 : 715 - 717)**

1. ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผนังชั้นในสุด (Intima) ของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่และหลอดเลือดแดงขนาดปานกลางเท่านั้น ความผิดปกติที่ตรวจพบมากที่สุด คือ มีการคั่งของไขมัน (Lipids) ในผนังชั้นในสุด (Intima) หลอดเลือดแดงร่วมกับการหนาตัวของผนังชั้นในสุด (Intima) ของหลอดเลือดแดง ความรุนแรงของพยาธิสภาพของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งนี้ แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ

1.1 รอยไขมัน (Fatty streak) จัดเป็นพยาธิสภาพระยะเริ่มแรกของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่า คือ ผนังชั้นในสุด (Intima) ของหลอดเลือดแดงมีลักษณะเป็นแผ่นสีเหลืองหรือขาวเมื่อนำส่วนของหลอดเลือดแดงที่เป็นรอยไขมัน (Fatty streak) มาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์และวิธีทางชีวเคมี จะพบว่าผนังชั้นในสุด (Intima) ของหลอดเลือดแดงมีเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle cell) ซึ่งเป็นภาวะปกติจะพบอยู่เฉพาะในผนังชั้นกลาง (Media) บุกรุกเข้ามาแทรกอยู่กับเซลล์เยื่อชั้นใน (Intima) เซลล์กล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle cell) ที่เข้ามาแทรกอยู่ในผนังชั้นใน (Intima) นี้ มีลักษณะผิดปกติด้วย คือมีไขมัน (Lipids) คั่งอยู่ภายในเซลล์ (Cells) พยาธิสภาพแบบรอยไขมัน (Fatty streak) นี้ถือว่ามี ความรุนแรงน้อยที่สุด ไม่มีผลต่อการไหลเวียนเลือด

1.2 แผ่นพังผืด (Fibrous plaque) จัดเป็นพยาธิสภาพของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ที่มีความรุนแรงมาก ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่า คือ ผนังชั้นในสุด (Intima) ของหลอดเลือดแดงมีลักษณะหนาตัวขึ้นจนเป็นรอยนูนยื่นเข้าไปในโพรงของหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการไหลเวียนเลือดได้ เมื่อนำส่วนของหลอดเลือดแดงที่เป็นแผ่นพังผืดนี้มาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์และวิธีทางชีวเคมี จะพบว่าพยาธิสภาพประกอบด้วย 2 ส่วน

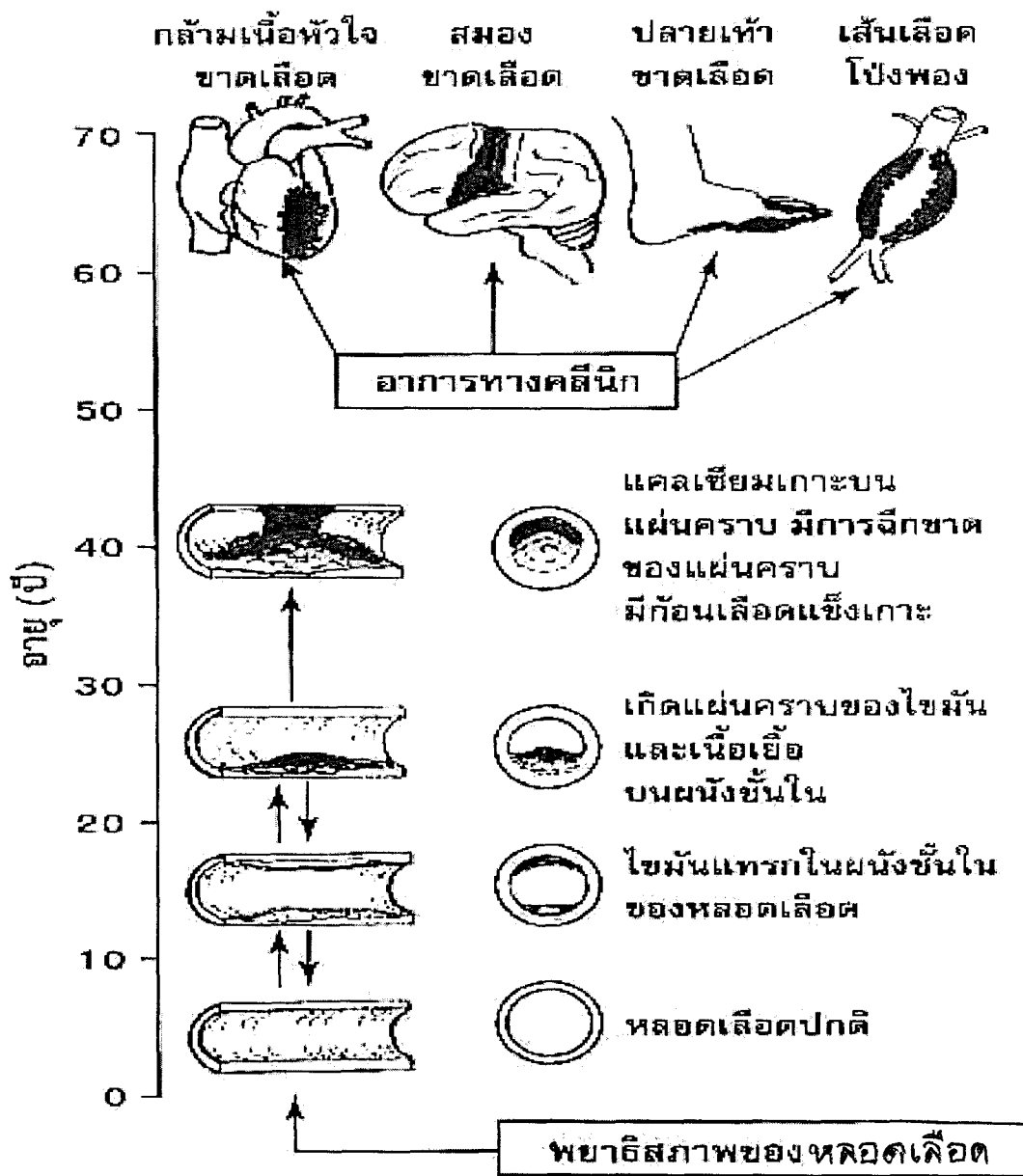
1.2.1 ศูนย์กลางของผนังพังผืด (Fibrous plaque) ส่วนนี้ประกอบด้วยไขมัน (Lipids) ที่อยู่นอกเซลล์ (Cells) และซากเซลล์ (Cells)

1.2.2 หมวกของผนังพังผืด (Fibrous plaque) ส่วนนี้มีลักษณะเป็นหมวกครอบศูนย์กลางของผนังพังผืด (Fibrous plaque) ไว้ ประกอบด้วย เซลล์กล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle cell) ที่บุกรุกเข้ามาในผนังชั้นในสุด (Intima) ของหลอดเลือดแดง โดยมีไขมัน (Lipids) คั่งอยู่ภายในและภายนอกเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle cell) และมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) เพิ่มมากขึ้นด้วย

1.3 บาดแผลซับซ้อน (Complicated lesion) คือผนังพังผืด (Fibrous plaque)

นั่นเอง แต่พยาธิสภาพมีความรุนแรงมากขึ้น กล่าวคือเยื่อบุเซลล์ (Endothelial cell) ของผนังชั้นใน (Intima) หลอดเลือดแดงอาจถูกทำลายเกิดเป็นแผลและมีเลือดออก แคลเซียม (Calcium) จะมาพอกจับที่บาดแผลซับซ้อน (Complicated lesion) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เลือดไหลไม่สะดวก เกิดการจับตัวของเม็ดเลือด กลายเป็นก้อนเลือด (Thrombus) ถ้าก้อนเลือด (Thrombus) มีขนาดโตมากขึ้นเรื่อย ๆ จะทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงได้ นอกจากนี้เลือดที่ไหลเวียนอยู่อาจพัดพาเอาก้อนเลือด (Thrombus) ที่เกิดตรงตำแหน่งแรกของหลอดเลือดแดงให้ลอยตัวไปในกระแสเลือด ซึ่งอาจก่อให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่มีขนาดเล็กได้

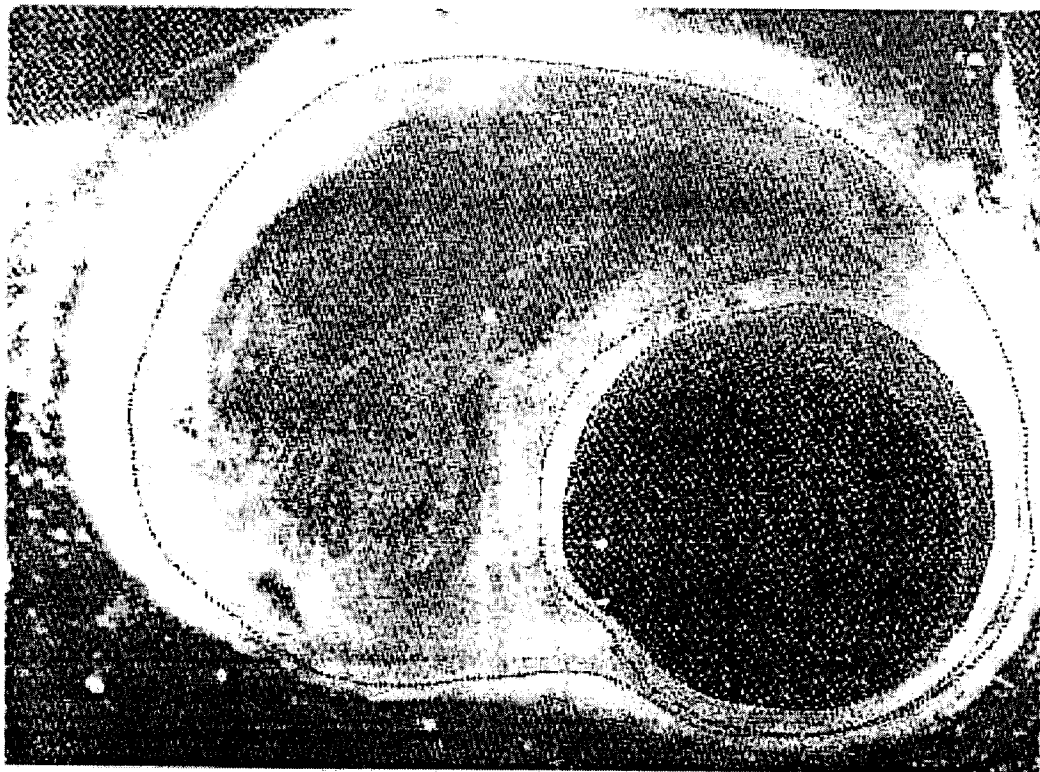
การเกิดพยาธิสภาพของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) มีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป ได้มีผู้รายงานว่า ตรวจพบรอยไขมัน (Fatty streak) ในหลอดเลือดแดงในเด็กตั้งแต่อายุ 10 ปี ถ้าหากเกิดความผิดปกตินี้ไม่ได้รับการแก้ไขจะเปลี่ยนไปเป็นแผ่นพังผืด (Fibrous plaque) ในช่วงอายุ 20 ถึง 30 ปี และในที่สุดจะกลายเป็นบาดแผลซับซ้อน (Complicated lesion) เมื่ออายุประมาณ 40 ปี เมื่อภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) มีพยาธิสภาพอยู่ในชั้นแผ่นพังผืด (Fibrous plaque) หรือบาดแผลซับซ้อน (Complicated lesion) แล้ว จะมีผลทำให้หลอดเลือดแดงสูญเสียสมบัติความยืดหยุ่น (Elasticity) ซึ่งก่อให้เกิดผลร้ายต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งแสดงให้เห็นดังปรากฏตามภาพประกอบ 4 (ชิดพงษ์ ไชยวสุ.2542 : 90)



ภาพประกอบ 4 พยาธิสภาพของหลอดเลือดแดง (Atherosclerosis)

จากภาพประกอบ 4 แสดงว่าการเกิดคราบ (Plaque) พอกดำในของหลอดเลือดจน  
ขรุขระ ผนังหลอดเลือดแข็งตัว และรูหลอดเลือดแคบลงเรื่อย ๆ เหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นเร็วรั้ง  
นับแรมปี ตั้งแต่อายุ 10 กว่าปีเรื่อยมา (ชิตพงษ์ ไชยวสุ. 2542 : 58)

การตีบของหลอดเลือดแดงจากการคั่งของไขมันนั้นก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือด  
แดงแข็ง (Atherosclerosis) ถ้าหากมีความรุนแรงมากหลอดเลือดแดงก็ถึงขั้นอุดตันได้ โรคซึ่ง  
เกิดจากการตีบ ตันหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงซึ่งอาจเป็นผลสืบเนื่องจากภาวะหลอดเลือดแดง  
แข็ง(Atherosclerosis) ได้แก่โรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง  
(Atherosclerosis) ของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery) ทำให้หัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยง  
ไม่พอ แสดงให้เห็นดังปรากฏตามภาพประกอบ 5 (ชิตพงษ์ ไชยวสุ.2542 : 19)



ภาพประกอบ 5 หลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery) ที่ถูกอุดตันด้วยไขมัน

จากภาพประกอบ 5 แสดงว่าภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) มีผลต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงอุดตันได้ หรือพูดให้ชัดเจนลงไปก็คือ การมีระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล (LDL-C) ในพลาสมา (Plasma) สูงกว่าปกติ ทำให้เกิด Atherogenesis ได้มากที่สุด แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล (LDL-C) ที่มีมากใน พลาสมา (Plasma) เป็นผลจาก ปฏิกริยา (Interaction) ระหว่าง ชัสเซพทีเบิลยีนไทป์ (Susceptible genotype) และอาหารที่มีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไขมันอิ่มตัว (Saturated fat) จำนวนมาก, สำหรับผลจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับบุคคลแต่ละคนซึ่งจะมีผลไม่เท่ากัน เช่น ในผู้ที่มีประวัติครอบครัวมีภาวะไขมันในเลือดสูง (Familial hypercholesterolemia), กรรมพันธุ์มีบทบาทสำคัญในการเป็นปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) แต่ถ้าผู้ที่ไม่ใช่ประวัติดังกล่าว อาหารอาจเป็นปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) ที่สำคัญ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคหัวใจ โคโรนารี (Coronary heart disease : CHD) จะมีระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในพลาสมา (Plasma) สูงกว่าคนที่ไม่เป็นโรค ดังนั้น จึงใช้ระดับของพลาสมาโคเลสเตอรอล (Plasma Cholesterol) ในการทำนายปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) ต่อโรคหัวใจโคโรนารี (CHD) การศึกษาจากฟรามิงแฮม (Framingham) และ MRFIT (Multirisk factor intervention trial) พบความสัมพันธ์ของระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Coronary heart disease : CHD) อย่างเด่นชัด คือ เมื่อโคเลสเตอรอล (Cholesterol) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.00 จะมีโอกาสเกิด CHD เพิ่มขึ้น 2 % ในทางตรงข้าม ถ้าโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ลดลง ร้อยละ 1.00 จะทำให้โอกาสเกิด CHD ลดลงร้อยละ 2.00

พยาธิสภาพที่เริ่มด้วยรอยไขมัน (Fatty streak) นี้เมื่อเพิ่มพูนขึ้นและหนาตัวเข้าไปในหลอดเลือดจนสูงขึ้นเป็น อาเทอโรมาตัส พลัก (Atheromatous plaque) ทั้งนี้เพราะ มีโฟมเซลล์ (Foam cell) และการเจริญเติบโตของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle cells) รวมทั้งการจับเกาะของผลึกโคเลสเตอรอล (Cholesterol crystal) จับพอกเข้ากับหลอดเลือดที่ละน้อย อาจใช้เวลาหลายปีกว่าเลือดจะไหลผ่านไม่สะดวก ดังนั้นการวินิจฉัยได้จะต้องมีอาการและพยาธิสภาพก้าวหน้าไปมากแล้วหลอดเลือดตีบโดยมีปื้นหนานี้เกิดขึ้นแต่ละบริเวณไม่เท่ากัน บ้างตีบมาก บ้างตีบน้อยซึ่งมีวิธีการศึกษาว่าตีบมากน้อยเพียงใด โดยการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ภายหลังฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด ถ้าตีบจริงก็จะสามารถพิสูจน์ได้ ดังนั้นเราจึงควรทำความรู้จักกับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และ ไตรกลีเซอไรด์ ที่เป็นตัวบ่งชี้ว่า ถ้าผู้ป่วยมี ไขมันในเลือดทั้งสองชนิดนี้สูงว่าเกณฑ์มาตรฐานก็จัดได้ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ดังต่อไปนี้

**แหล่งกำเนิดของโคเลสเตอรอล (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2526 :**

732 – 733)

1. แหล่งกำเนิดของโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ภายในร่างกาย โคเลสเตอรอล (Cholesterol) จัดอยู่ในสารอาหารประเภทไขมัน (Lipids) ร่างกายได้รับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) จากสองทางคือ

1.1 จากอาหารที่รับประทานเข้าไป โดยอาหารแต่ละชนิดมีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) มากน้อยแตกต่างกัน

1.2 จากการสร้างขึ้นเองในร่างกาย ร่างกายสังเคราะห์โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ขึ้นเองได้โดยเริ่มต้นจากสารซึ่งเรียกว่า อะซีลโคเอนไซม์เอ (Acetylcoenzyme A) สารดังกล่าวนี้ได้มากจากการเผาผลาญสารอาหารคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) ไขมัน (Lipids) และโปรตีน (Protein) อวัยวะสำคัญที่ทำหน้าที่สร้างโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ได้แก่ตับและลำไส้

**หน้าที่ของโคเลสเตอรอล (Cholesterol)** (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2526 : 733)

เมื่อกล่าวถึงโคเลสเตอรอล(Cholesterol)คนส่วนใหญ่มักคิดถึงแต่อันตรายของโคเลสเตอรอล (Cholesterol) แต่ความจริงแล้วโคเลสเตอรอล (Cholesterol) มีหน้าที่สำคัญต่อร่างกายดังนี้

1. เป็นส่วนประกอบของเซลล์ (Cells) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์ (Cells) ของระบบประสาท (Nerve cells) มีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) อยู่มาก
2. เป็นต้นกำเนิดของฮอร์โมนเพศ (Sex hormone) และฮอร์โมนของต่อมหมวกไต
3. เป็นต้นกำเนิดของวิตามินดี (Vitamin D) โดยสารที่อยู่ในตระกูลเดียวกับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) คือ 7-ดีไฮโดรโคเลสเตอรอล (7-dehydrocholesterol) ซึ่งเมื่อถูกกับแสงอุลตราไวโอเล็ต (Ultraviolet) จะเปลี่ยนเป็นวิตามินดี (Vitamin D) ได้
4. เป็นตัวช่วยย่อยและดูดซึมของไขมัน (Lipids) ภายในลำไส้ สารที่ทำหน้าที่นี้คือเกลือของน้ำดี (Bile salt) ซึ่งได้มาจากการเผาผลาญโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ที่ตับ

**สาเหตุของภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด** (สมชาติ โลจายะ และวิชัย ตันไพจิตร (ประไพศรี ศิริจักรวาล, ประภาศรี ภูวเสถียร และพัทธนี วินิจจะกุล. 2530 : 84 ; อ้างอิงจากสมชาติ โลจายะ และวิชัย ตันไพจิตร. 2530. *การประชุมวิชาการโภชนาการ*)

สาเหตุของภาวะโคเลสเตอรอล หรือ LDL-cholesterol สูงในเลือด แบ่งได้เป็น 3 ประเภทคือ

1. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงจากการรับประทานอาหาร (Dietary hypercholesterolemia) การรับประทานอาหารที่มีไขมัน (Lipids) กับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) มาก และไขมันส่วนใหญ่เป็นไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acids) มีผลทำให้โคเลสเตอรอลสูงในเลือด (Hypercholesterolemia) ได้ ผู้ป่วยโรคอ้วนบางรายอาจมีระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล (LDL-cholesterol) สูงได้ โดยมีส่วนสัมพันธ์กับการรับประทานโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไขมันอิ่มตัวมาก (Saturated fatty acids)

2. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงเนื่องจากพันธุกรรม (Primary hypercholesterolemia) และภาวะโคเลสเตอรอลสูงเนื่องจากพันธุกรรม มีอยู่ 3 ประเภทคือ

2.1 Familial hypercholesterolemia : (FH) Goldstein และ Brown เป็นผู้ค้นพบว่าผู้ป่วยโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนส์ที่ควบคุมหน้าที่ของ แอล ดี แอล รีเซพเตอร์ (LDL receptor) ความผิดปกติของแอล ดี แอล รีเซพเตอร์ (LDL receptor) ในผู้ป่วย FH นี้ มีผลทำให้การเผาผลาญ แอล ดี แอล (LDL) ลดลงระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล (LDL-cholesterol) ในเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย โฮโมไซโกส (Homozygous) FH ยังมีการสร้าง แอล ดี แอล (LDL) เพิ่มขึ้นด้วย อุบัติการณ์ของ เฮเทอโรไซโกส (Heterozygous) FH พบได้ในอัตรา 1-2 / 1000 คน ส่วนโฮโมไซโกส (Homozygous) FH พบน้อยมากคือ 1 ในล้านคน

2.2 Familial combined hyperlipidemia ได้มีการค้นพบโรคนี้ในปี ค.ศ. 1973 และครึ่งหนึ่งของพี่น้องของผู้ป่วยมีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์แบบ ออโตโซมอล โดมิแนน (Autosomal dominant) โดยยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด การตรวจพบระดับโคเลสเตอรอลสูง (Hypercholesterolemia) มักพบภายหลังอายุ 30 ปี อุบัติการณ์ของโรคนี้พบได้ในอัตรา 3-5/1000 คนผลตามมาจากทางคลินิกที่สำคัญคือ การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดโดยพบว่า ร้อยละ 10.00-20.00 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดจาก Familial combined hyperlipidemia ส่วนปื้นเหลือง (Xanthoma) พบได้น้อย แต่มักพบว่าผู้ป่วยมีโรคอ้วน Glucose intolerance และ ภาวะอิซูลินในเลือดสูง (Hyperinsulinemia) ร่วมด้วย

2.3 Polygenic hypercholesterolemia คือภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดเนื่องจากความผิดปกติของยีนส์หลายอัน ที่มีผลต่อระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล (LDL-cholesterol) ในเลือด บังคับจากสิ่งแวดล้อม เช่นการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการมีส่วนซ้ำเติมต่อการแสดงออกของภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด (Hypercholesterolemia) ในผู้ป่วยประเภทนี้ มีข้อมูลชี้บ่งว่าแอล ดี แอล โคเลสเตอรอล (LDL-cholesterol) ที่สูงขึ้นในเลือดนั้นเกิดจากการสร้าง แอล ดี แอล (LDL) เพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการเผาผลาญแอล ดี แอล (LDL) ลดลงซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานของแอล ดี แอล รีเซพเตอร์ (LDL receptor) ของตับด้อยลงทำให้ วี แอล ดี แอล ส่วนที่เหลือค้าง (VLDL : Very low density lipoprotein remnant) ผ่านเข้าสู่ตับลดน้อยลง จึงถูกเปลี่ยนไปเป็น แอล ดี แอล (LDL) มากขึ้น

**การวินิจฉัยภาวะโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูงในเลือด (มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราช. 2526 : 736-738)**

การวินิจฉัยภาวะโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูงในเลือด ขึ้นกับการตรวจวัดระดับโคเลสเตอรอล(Cholesterol)ในเลือดตั้งได้กล่าวมาแล้ว ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิกรัม จัดเป็นผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูงในเลือด และควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมว่าเกิดขึ้นจากสาเหตุใด

1. การซักประวัติการรับประทานอาหาร อย่างละเอียดจะช่วยบ่งบอกว่า ผู้ที่กินอาหารถูกหลักโภชนาการหรือไม่ ข้อมูลที่ได้ยังใช้เป็นแนวทางปรับนิสัยการรับประทานของผู้ป่วย

2. อาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะโคเลสเตอรอล สูง (Cholesterol) ในเลือด ได้แก่

2.1 ปื้นเหลือง (Xanthoma) ที่ปรากฏตามส่วนต่าง ๆ ของผิวหนัง ร่างกาย ได้แก่ ปื้นเหลืองที่หนังตา ปื้นเหลืองที่ข้อศอก ปื้นเหลืองตามเส้นเอ็นต่าง ๆ ของร่างกาย ปื้นเหลืองเหล่านี้เกิดจากโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ไปจับที่ผิวหนัง

2.2 เส้นโค้งสีขาวบนขอบนอกของกระจกตา ผู้ที่มีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูงในเลือดบางราย มีเส้นโค้งสีขาวเป็นรูปครึ่งวงกลม หรือวงกลมตรงขอบนอกของกระจกตา ความผิดปกตินี้เกิดจากการมีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ไปจับที่กระจกตา ปื้นเหลืองและเส้นโค้งสีขาวบนตาตายเป็นอาการแสดงที่มักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูงในเลือด เนื่องจากความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยภาวะโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูงในเลือดเนื่องจากความผิดปกติทางกรรมพันธุ์นั้น ต้องอาศัยการตรวจวัดระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ใน พ่อ แม่ พี่ น้อง และลูกของผู้ป่วยเสมอ เนื่องจากความผิดปกติทางกรรมพันธุ์นี้เป็นลักษณะเด่น ดังนั้น พ่อ หรือ แม่ ต้องมีระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูงในเลือดเช่นเดียวกับผู้ป่วย พี่ น้อง และ ลูกของผู้ป่วยก็มีโอกาสมีระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูงในเลือด

3. การตรวจอื่น ๆ ในกรณีที่สงสัยว่าโรคบางอย่างเป็นสาเหตุของภาวะโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูงในเลือด ก็จำเป็นต้องทำการตรวจอย่างอื่น เพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนั้น ๆ เช่น การวัดระดับฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์ เพื่อดูว่าต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติหรือไม่

### **ภาวะไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือดกับโรคหัวใจขาดเลือด**

(มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2526 : 739)

แม้ว่าการศึกษาพบว่า วี แอล ดี แอล VLDL มีฤทธิ์ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และได้ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือด อนุมานได้ว่าร่างกายในขณะนั้นมี วี แอล ดี แอล (VLDL) สูงในเลือดก็ตาม แต่องค์การอนามัยโลกยังไม่ได้จัดให้ภาวะไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือดเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด ทั้งนี้เพราะยังมีข้อขัดแย้งระหว่างรายงานจากที่ต่าง ๆ ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือดกับโรคหัวใจขาดเลือด อย่างไรก็ตามคณะวิจัยหลายกลุ่มมีความเห็นว่าผู้ที่มิระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดมากกว่า 150 มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ควรได้รับการบำบัดอย่างถูกต้อง

**แหล่งกำเนิดของไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ภายในร่างกาย (มหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมมาธิราช. 2526 : 742 – 743) คือ**

1. จากอาหารที่รับประทานเข้าไป แหล่งให้ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ที่สำคัญได้แก่ไขมัน (Lipids) หรือน้ำมันที่ใช้ประกอบอาหาร ไม่ว่าจะเป็นไขมันหมู ไขมันวัวหรือน้ำมันพืชประเภทต่าง ๆ ล้วนแล้วแต่ประกอบด้วยไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) เกือบร้อยละ 100

เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ที่ไม่ติดมันก็ยังมีไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) แทรกอยู่ โดยมองไม่เห็นด้วยตาเปล่า ปริมาณไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ที่แทรกอยู่ในเนื้อสัตว์แต่ละชนิดมีมากน้อยต่างกัน เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว และเนื้อแกะ มีไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ร้อยละ 15 ถึง 30 เนื้อไก่มีไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ร้อยละ 10.00

พืชผักและผลไม้ มีไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) น้อยกว่าร้อยละ 1.00 ยกเว้นผลอะโวคาโด (Avocado) และผลโอลีฟ (Olive) ซึ่งมีไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) อยู่ร้อยละ 16.00 และ 30.00 ตามลำดับ

เมล็ดพืชและผลไม้เปลือกแข็งบางชนิดมีไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) มาก ซึ่งมนุษย์ใช้เครื่องบีบด้วยความดันสูงเพื่อนำมาใช้เป็นน้ำมันประกอบอาหาร

ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ที่สกัดจากไขมันหมูและไขมันวัว มีลักษณะแข็งเป็นไขมันเมื่อตั้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง เพราะมีกรดไขมันอิ่มตัวมาก ส่วนไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ที่สกัดจากไขมันของเมล็ดพืช ผลไม้เปลือกแข็ง และปลา มีลักษณะเหลวเป็นน้ำมันเมื่อตั้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง เพราะมีกรดไขมันไม่อิ่มตัว (Unsaturated fatty acid) หรือมีกรดไขมัน (Fatty acid) ซึ่งมีห่วงคาร์บอน (Carbon) ขนาดสั้นและขนาดปานกลาง

เมื่อคนกินไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) เข้าไป ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) จะถูกย่อยที่ลำไส้เล็กและดูดซึมเข้าสู่เซลล์ของเยื่อบุลำไส้เล็ก แล้วถูกขนถ่ายออกจากลำไส้เล็กไปตามหลอดเลือดน้ำเหลืองและเข้าสู่หลอดเลือดดำในที่สุด โดยอยู่ในสภาพของไคโลไมครอน (Chylomicron) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ที่อยู่ใน ไคโลไมครอน (Chylomicron) นี้ส่วนหนึ่งจะถูกเผาผลาญเป็นพลังงานเพื่อใช้ประกอบกิจกรรมประจำวัน อีกส่วนหนึ่งถูกเก็บไว้ในเนื้อเยื่อไขมัน (Adipose tissue) ซึ่งร่างกายจะเผาผลาญนำมาใช้เป็นพลังงานได้เมื่อต้องการ

2. จากการสร้างขึ้นเองในร่างกาย ร่างกายสร้างกลีเซอรอล (Glycerol) และกรดไขมันไม่จำเป็น (Non essential fatty acid) ได้ ส่วนกรดไขมันจำเป็น (Essential fatty acid) นั้นร่างกายสร้างเองไม่ได้ ต้องได้รับจากอาหารที่กินเข้าไป หลังจากนั้นร่างกายสามารถนำกลีเซอรอล (Glycerol) และกรดไขมัน (Fatty acid) ไปสร้างเป็นไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ส่วนใหญ่ของไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ที่ร่างกายสร้างขึ้นเองถูกขนถ่ายอยู่ในเลือดในสภาพของ วี. แอล. ดี. แอล. (VLDL)

หน้าที่ของไตรกลีเซอไรด์ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยวิทยาธรมาธิราช. 2526 : 743-744) ดังนี้

1. ให้พลังงาน โดย 1 กรัมของไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ให้พลังงาน 9 แคลอรี
2. น้ำมันพืชบางชนิดเป็นแหล่งให้กรดไขมันจำเป็น (Essential fatty acid)
3. เป็นตัวช่วยการดูดซึมวิตามิน (Vitamin) ประเภทละลายในไขมัน ได้แก่วิตามิน เอ ดี อี และเค (Vitamin A,D,E,K)
4. ทำให้มีความรู้สึกอิ่มอยู่ย่น เพราะการย่อยไขมัน (Lipids) ภายในลำไส้เล็กเป็นไปได้ช้ากว่าโปรตีน (Protein) และคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate)
5. ช่วยให้รสชาติของอาหารดีขึ้น เมื่อใช้ไขมัน (Lipids) หรือน้ำมัน (Oil) ประกอบอาหาร

สาเหตุของภาวะไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือด (มหาวิทยาลัยสุโขทัยวิทยาธรมาธิราช. 2526 : 744) ดังนี้

ภาวะไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือดอาจเกิดขึ้นเนื่องจากเหตุต่อไปนี้

1. ความผิดปกติทางพันธุกรรม กรรมพันธุ์มีส่วนควบคุมการเผาผลาญ วี.แอล. ดี. แอล
2. การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกโภชนาการ การศึกษาพบว่ากลุ่มประชาชนที่มีบริโภคนิสัยต่อไปนี้ มีโอกาสมีระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือด
  - 2.1 การรับประทานไขมันมากเกินไปเกินกว่าร้อยละ 35 ของแคลอรีทั้งหมดที่ได้รับและส่วนใหญ่ของประเภทไขมัน (Lipids) ที่กินเป็นไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid)
  - 2.2 การรับประทานน้ำตาลทรายมาก น้ำตาลทรายประกอบด้วยซูโครส (Sucrose) ล้วน ๆ เมื่อผ่านเข้าสู่ลำไส้เล็กน้ำย่อยจะย่อยซูโครส (Sucrose) เป็นกลูโคส (Glucose) และฟรุคโตส (Fructose) ซึ่งถูกนำไปสร้างไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ได้
3. การดื่มเหล้ามากเป็นประจำ คนที่ดื่มเหล้ามากเป็นประจำจะมีระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือด
4. โรคอ้วน คนที่เป็นโรคอ้วนมักมีระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือด
5. โรคหรือภาวะบางอย่าง เช่น โรคเบาหวาน โรคไตประเภทกลุ่มอาการเนฟโรติก (Nephrotic Syndrome) ภาวะไตวายเรื้อรัง ความเครียดและการกินยาเม็ดคุมกำเนิดล้วนก่อให้เกิดความผิดปกติในการเผาผลาญ วี.แอล. ดี. แอล (VLDL) ได้ เกิดการค้างของ วี.แอล. ดี. แอล (VLDL) ภายในร่างกาย เป็นผลให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือด

**การวินิจฉัยภาวะไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือด (มหาวิทยาลัยสุโขทัย  
 ธรรมมาธิราช. 2526 : 744-745)**

การวินิจฉัยภาวะไตรกลีเซอไรด์ สูงในเลือด (Hypertriglyceridemia) ขึ้นกับการตรวจ  
 วัดระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดดังได้กล่าวแล้ว ผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์  
 (Triglyceride) มากกว่า 150 มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิลิตร จัดเป็นผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์  
 สูงในเลือด (Hypertriglyceridemia) และควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมว่าเกิดจากสาเหตุใด

1. การซักประวัติการรับประทานอาหารอย่างละเอียด จะบ่งบอกว่าผู้นั้นกินอาหาร  
 ถูกหลักโภชนาการหรือไม่ ต้องซักถามด้วยว่าดื่มเหล้ามากน้อยเพียงใด ข้อมูลที่ได้ยังใช้เป็น  
 แนวทางปรับปรุงบริโภคนิสัยของผู้ป่วย

2. อาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือด ผู้ที่มี  
 ไตรกลีเซอไรด์ สูงในเลือด (Hypertriglyceridemia) เนื่องจาก วี.แอล. ดี. แอล (VLDL) สูงนั้น ไม่  
 มีอาการแสดงแบบปื้นเหลืองและเส้นโค้งสีขาวบนขอบนอกของกระจกตา เหมือนผู้ที่มีระดับ  
 โคลเลสเตอรอลสูงในเลือด (Hypercholesterolemia) สิ่งที่มีมักพบในผู้ที่มี ไตรกลีเซอไรด์ สูงใน  
 เลือด (Hypertriglyceridemia) คือน้ำหนักตัวมากกว่าคนปกติ

ในกรณีที่สงสัยว่าภาวะไตรกลีเซอไรด์ สูงในเลือด (Hypertriglyceridemia) เกิดเนื่อง  
 จากความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ประเภทนี้เป็นลักษณะเด่น ดังนั้น พ่อหรือแม่ต้องมีระดับ  
 ไตรกลีเซอไรด์ สูงในเลือด (Hypertriglyceridemia) เช่นเดียวกับผู้ป่วย พี่น้องและลูกของผู้ป่วยก็  
 มีโอกาสมีระดับไตรกลีเซอไรด์ สูงในเลือด (Hypertriglyceridemia)

3. การตรวจอื่น ๆ ถ้าสงสัยว่าโรคบางอย่างเป็นสาเหตุของภาวะไตรกลีเซอไรด์ สูง  
 ในเลือด (Hypertriglyceridemia) ก็จำเป็นต้องตรวจสอบด้วยวิธีอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อสนับสนุน  
 การวินิจฉัยโรคนั้น ๆ เช่น ตรวจวัดระดับกลูโคส (Glucose) ในเลือด เพื่อดูว่าเป็นโรคเบาหวาน  
 หรือไม่

**การวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือด (สมใจ วิชัยดิษฐ, วิชัย ดันไพจิตร และ  
 ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต. 2529 : 84-86)**

การวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือด ทำได้โดยการตรวจวัดปริมาณไขมันในเลือดร่วมกับการ  
 การตรวจร่างกายเพื่อดูอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ถึงภาวะไขมันในเลือดสูง พร้อมทั้งซักประวัติ  
 การรับประทานอาหาร ซึ่งจะใช้เป็นข้อบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นได้รับ โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) และ  
 ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) จากอาหารมากน้อยเพียงใด สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับ  
 ปรับปรุงบริโภคนิสัยของบุคคลนั้นด้วย การตรวจวัดระดับไขมันในเลือด ต้องมีการเตรียมตัวก่อนการ  
 เจาะเลือดเพื่อให้การวัดระดับไขมัน (Lipids) ได้ผลถูกต้องและวินิจฉัยได้แน่นอน ดังนั้นสิ่งที่  
 แพทย์ควรแนะนำและเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการเจาะเลือดคือ

1. ให้อุดอาหารมาเป็นเวลานาน 12-14 ชั่วโมง ก่อนการเจาะเลือด
2. ควรรับประทานอาหารชนิดที่รับประทานเป็นประจำตามปกติในระยะเวลา 2 สัปดาห์ก่อนการเจาะเลือด
3. ควรมีน้ำหนักตัวคงที่ ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในระยะเวลาที่ทำการตรวจเลือด
4. ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรง ในระยะที่ทำการตรวจเลือด
5. ในผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง (Myocardial infarction) หรือ มีภาวะเครียดทางจิตใจ ควรจะเจาะเลือดภายหลังจากผ่านพ้นอาการรุนแรงของโรคแล้ว ประมาณ 4-8 สัปดาห์
6. หยุดยาทุกชนิดที่กินอยู่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ (ถ้าไม่มีข้อห้ามในการหยุดยานั้น ๆ) โดยเฉพาะยาลดไขมันในเลือดและยาที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือดชนิดอื่น ๆ รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด

หลังจากได้ผลของไขมันในเลือดแล้ว ต้องมีการแปลผลค่าที่ได้ว่าผิดปกติหรือไม่ การแปลผลจะใช้การเปรียบเทียบกับค่าที่ได้จากคนปกติโดยใช้หลักสถิติมาช่วย ถ้าหากค่าไขมันที่วัดได้ อยู่ในช่วง 95 เปอร์เซนต์ไคล์ของค่าปกติขึ้นไป ถือว่ามีภาวะไขมันสูงในเลือด (Hyperlipidemia) และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดต่ำกว่านี้ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติใช้การตัดสินภาวะไขมันสูงในเลือด (Hyperlipidemia) ดังนี้

hypercholesterolemia จะมีระดับ โคลเลสเตอรอล  $\geq 200$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร

hypertriglyceridemia จะมีระดับ ไตรกลีเซอไรด์  $\geq 150$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร

การตรวจร่างกาย (สมใจ วิชัยดิษฐ, วิชัย ดันไพจิตร และทรงศักดิ์ ศรีอนุชาติ.

2529 : 86)

อาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) นั้นมีดังนี้

1. ปื้นเหลือง (Xanthoma) ปรากฏตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ปื้นเหลืองที่ข้อศอก หัวเข่าหรือที่ข้อพับต่าง ๆ แต่ถ้ามีปื้นเหลืองที่หนังตาเรียกว่าแซนเทลลาสมา (Xanthelasma) นอกจากนี้ยังพบปื้นไขมันได้ที่บริเวณเอ็นร้อยหวายด้วย ทำให้มีขนาดหนาผิดปกติ

2. เส้นโค้งสีขาวบนขอบนอกของตาดำ (Corneal arcus) ซึ่งเกิดจากการมี โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) ไปจับที่กระจกตาดำ ซึ่งอาจจะเป็นรูปครึ่งวงกลมหรือเต็มวงกลม

หลักสำคัญของการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูง คือการตรวจเลือดในขณะเดียวกัน การตรวจร่างกายก็มีความสำคัญ เมื่อตรวจพบว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และจัดแบ่งประเภทของภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ว่าเป็นชนิดใดแล้วจะต้องหาสาเหตุที่มาของภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) นั้นว่า เกิดจากสาเหตุใดด้วย สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงอยู่เสมอคือ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระดับไขมันในร่างกาย เช่น

การรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน การรับประทานยาบางชนิด การดื่มสุรา รวมทั้งโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ก็อาจทำให้พวกที่มีสาเหตุจาก Primary hyperlipoproteinemia แสดงอาการได้ไวขึ้น

#### **ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด (ชิตพงษ์ ไชยวสุ. 2542 : 41-42)**

ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดแบ่งออกเป็น 4 ประเภท

1. โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) รวมสูงเพียงอย่างเดียว ภาวะนี้เกิดจาก แอล ดี แอล (LDL) ในเลือดสูง เป็นประเภทที่พบมากที่สุด chez ผู้ที่มีฐานะความเป็นอยู่ดี

2. ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงเพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่เกิดเพราะ วี แอล ดี แอล (VLDL) ในเลือดสูงแต่บางคนเกิดเพราะโคโลไมครอน (Chylomicron) สูง หรือสูงทั้ง วี แอล ดี แอล (VLDL) และโคโลไมครอน (Chylomicron) ผู้ที่มีโคโลไมครอน (Chylomicron) สูงมักมีระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงเกิน 500 มก./ดล.

3. โคลเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูง เกิดจากการที่ แอล ดี แอล (LDL) และ วี แอล ดี แอล (VLDL) ในเลือดสูง

4. ภาวะ เอช ดี แอล (HDL) ในเลือดต่ำ ภาวะนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือด มักจะปรากฏร่วมกับภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (Hypertriglyceridemia) โรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่หรือภาวะการใช้กลูโคสบกพร่อง

จากภาวะทั้ง 4 นี้สรุปได้ว่า ระดับไขมันในเลือดมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน และมีผลต่อการเพิ่มหรือลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคอื่นๆได้แก่ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ระดับ แอล ดี แอล (LDL) และระดับ เอช ดี แอล (HDL) รวมกันเป็น "ไตรภาคีแห่งความเสี่ยง" ซึ่งสถิติพบว่าผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์ สูงเกิน 200 มก./ดล มีอัตราส่วน LDL/HDL เกิน 5 จะมีอัตราเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดถึง 4 เท่า

#### **ระดับไขมันปกติ (ชิตพงษ์ ไชยวสุ. 2542 : 40-41)**

ไขมัน (Lipids) เป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย เพราะไขมัน (Lipids) ให้พลังงานสูงสุดถึง 9 กิโลแคลอรีต่อ 1 กรัม นอกจากนั้นไขมัน (Lipids) ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของเยื่อหุ้มเซลล์ และถูกนำไปสร้างฮอร์โมน (Hormone) หลายชนิด ร่างกายจึงต้องการอาหารไขมัน (Lipids) ในปริมาณที่พอเหมาะเพื่อรักษาระดับไขมันในเลือดและร่างกายอยู่ในภาวะปกติ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นพยาธิสภาพเรื้อรังและก่อให้เกิดโรค 3 ชนิดที่สำคัญคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงสมองแข็ง และโรคหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงแขนขาแข็ง ระดับปกติของไขมันในเลือดดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 ระดับไขมันในเลือดที่ปรากฏ

ชนิดของไขมัน	ระดับที่ควรรักษาไว้ (มก./ดล.)
โคเลสเตอรอลรวม	< 200
LDL	< 30
HDL	> 40
ไตรกลีเซอไรด์	< 150
LDL/HDL	< 3

ที่มา : วิชัย ตันไพจิตร. (ขีดพงษ์ ไชยวสุ. 2542 : 41 ; อ้างอิงจาก วิชัย ตันไพจิตร, 1997. *Internal Med.* หน้า 52-53)

### การป้องกันและรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง

อาหารกับการบำบัดภาวะไขมันสูงในเลือด(Hyperlipidemia) (สมใจ วิชัยดิษฐ, วิชัย ตันไพจิตร และทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต. 2529 : 89-90)

### การบำบัดภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด (Hypercholesterolemia)

สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา ได้วางหลักเกณฑ์การใช้อาหารบำบัดภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด (Hypercholesterolemia) โดยให้ลดปริมาณไขมัน (Lipids) ที่รับประทานให้น้อยลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งไขมัน (Lipids) ที่ควรลดคือ ปริมาณไขมันทั้งหมดที่รับประทาน (Total Lipids) กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) และโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในอาหาร ตาราง 5 แสดงขั้นตอนของการใช้อาหารบำบัดภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด (Hypercholesterolemia) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่หนึ่ง ที่สอง และที่สาม ความแตกต่างของแต่ละระยะอยู่ที่ปริมาณไขมัน (Lipids) คาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ที่รับประทาน

ระยะที่หนึ่ง ให้รับประทานอาหารซึ่งให้สัดส่วนของพลังงานดังนี้ ร้อยละ 30 จากไขมัน (Lipids) ร้อยละ 55 จากคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) และร้อยละ 15 จากโปรตีน (Protein) และจำกัดปริมาณโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ที่รับประทานให้น้อยกว่าวันละ 300 มิลลิกรัม

ระยะที่สอง ให้รับประทานอาหารซึ่งให้สัดส่วนของพลังงานดังนี้ ร้อยละ 25 จากไขมัน (Lipids) ร้อยละ 60 จากคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) และร้อยละ 15 จากโปรตีน (Protein) และรับประทานโคเลสเตอรอล (Cholesterol) เพียงวันละ 200-250 มิลลิกรัม

ตาราง 5 หลักโภชนาบำบัดในผู้ป่วยที่มีไลโปโปรตีนในเลือดสูง (Hyperlipoproteinemia)

Nutrient	Dietary Phase		
	I	II	III
Total fat (% of kcal)	30	25	20
Saturated	10	8.3	6.7
Monounsaturated	10	8.3	6.7
Polyunsaturated	10	8.3	6.7
Carbohydrate (% of kcal)	55	60	65
Starch	Increased	Increased	Increased
Simple sugar	Decreased	Decreased	Decreased
Protein (% of kcal)	15	15	15
Cholesterol (mg/d)	<300	200-250	100-150
Total calories	Reduction to achieve ideal weight		

ที่มา : สมใจ วิชัยดิษฐ, วิชัย ตันไพจิตร และทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต. (2529). *โภชนศาสตร์ประยุกต์*. หน้า 90.

ระยะที่สาม ให้รับประทานอาหารซึ่งให้สัดส่วนของพลังงานดังนี้ ร้อยละ 20 จากไขมัน (Lipids) ร้อยละ 65 จากคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) และร้อยละ 15 จากโปรตีน (Protein) ซึ่งรับประทานโคเลสเตอรอล (Cholesterol) เพียงวันละ 100-150 มิลลิกรัม

หลักสำคัญของการบำบัดอยู่ที่การลดปริมาณจากไขมัน (Lipids) ที่รับประทานโดยปริมาณไขมัน (Lipids) ในแต่ละระยะควรประกอบด้วย Saturated, Monounsaturated และ Polyunsaturated fatty acid (PUFA) อย่างละเท่า ๆ กัน เช่น ระยะที่หนึ่ง ให้รับประทานไขมัน (Lipids) ทั้งหมดร้อยละ 30.00 ของพลังงานทั้งหมด จะประกอบด้วยกรดไขมัน (Fatty acid) แต่ละชนิด ร้อยละ 10.00 เท่ากัน ส่วนการพิจารณาการเลือกอาหารระยะใด ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด (Cholesterolemia) ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด (Cholesterolemia) และความตั้งใจและการตอบสนองต่ออาหารของผู้ป่วยโดย

1. การลดปริมาณไขมัน (Lipids) ที่รับประทานให้น้อยลงสามารถลดระดับ แอล ดี แอล (LDL) ได้ จากการศึกษาด้านวิทยาการระบาด พบว่าการรับประทานอาหารที่มีไขมัน (Lipids) ต่ำสัมพันธ์กับการลดอัตราการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด คนที่รับประทานอาหารวันละ 2000

แคลอรี ควรรับประทานไขมัน (Lipids) ร้อยละ 30.00 ของพลังงานที่ได้รับ ซึ่งเท่ากับไขมัน (Lipids) 67 กรัม

2. การลดปริมาณกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) การรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) สูงจะเพิ่มทั้งระดับ วี แอล ดี แอล (VLDL) และ แอล ดี แอล (LDL) การลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวให้น้อยลงจะสามารถลดไขมัน (Lipids) ในเลือดได้ การศึกษาทางคลินิกพบว่า ถ้าลดปริมาณกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) ที่รับประทานให้น้อยลงจากร้อยละ 17 เป็นร้อยละ 10.00 ของพลังงานทั้งหมด ลดระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือดได้ประมาณ 20 มก./ดล. ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง (Saturated fatty acid) คือ พวกเนื้อสัตว์ที่มีมันติด มันสัตว์ต่าง ๆ เช่น มันหมู มันไก่ น้ำมันพืช (พวกน้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ) รวมทั้งนม และผลิตภัณฑ์นมต่าง ๆ

3. การเพิ่ม PUFA เมื่อลดกรดไขมันอิ่มตัวสูง (Saturated fatty acid) แล้วควรรับประทาน PUFA มากขึ้น ในทางปฏิบัติแหล่งสำคัญที่ให้ PUFA คือ น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) มาก กรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) มีฤทธิ์ลดทั้ง โคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือด ตลอดจนลดการจับตัวของเกร็ดเลือด และลดความดันโลหิตด้วย น้ำมันพืชที่มีขายตามท้องตลาดในประเทศไทย มีทั้งน้ำมันบริสุทธิ์และน้ำมันผสม น้ำมันถั่วเหลือง และข้าวโพดร้อยละ 100 มีปริมาณกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) สูง น้ำมันถั่วลิสงและรำข้าวมีปริมาณกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) ปานกลาง ส่วนน้ำมันปาล์มและมะพร้าว มีกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) ต่ำ ดังนั้นในทางปฏิบัติควรเลือกใช้ น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) มากกว่าร้อยละ 45.00 ขึ้นไป การเลือกใช้ น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) สูง จะได้รับกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) เพียงพอ ขณะเดียวกันก็ควรได้รับไขมัน (Lipids) ไม่มากเกินไป เมื่อเลือกใช้ น้ำมันพืชที่ดีแล้วควรรับประทานน้ำมันพืชนั้นเป็นประจำทุกวัน จึงจะได้ผลในการลดระดับไขมัน (Lipids) ในเลือด ซึ่งปริมาณที่ควรบริโภคนั้น ขึ้นอยู่กับการรับประทานอาหารของแต่ละคน ถ้าคนที่รับประทานอาหารวันละ 2000 แคลอรี และต้องการกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) ร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด (200 แคลอรี) จะต้องรับประทานกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) 22 กรัม ถ้าเลือกใช้ น้ำมันถั่วเหลืองบริสุทธิ์ ซึ่งโดยทั่วไปมีกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) ประมาณร้อยละ 50.00 จะต้องรับประทานน้ำมันถั่วเหลืองวันละ 44 กรัม หรือประมาณ 9 ช้อนชา การที่เราจะได้ปริมาณน้ำมันดังกล่าวได้ควรรับประทานที่ปรุงเองให้บ่อยที่สุด และต้องมีรายการใช้น้ำมันทำอาหารเป็นประจำทุกวัน จึงจะลดไขมัน (Lipids) ได้

4. การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ให้น้อยลง จากการศึกษาพบว่า ถ้ารับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง (Cholesterol) จะเพิ่มระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือด และถ้าลดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ให้น้อยลงวันละ 100 มิลลิกรัม จะลดโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ได้เฉลี่ย 7 มก./ดล. ดังนั้นเพื่อให้

โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือดลดลง ควรรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ให้น้อยลง ควบคู่กับการรับประทานน้ำมันพืชดีที่กล่าวมาแล้ว ในทางปฏิบัติควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูง เช่น สมอเครื่องในสัตว์ต่าง ๆ ไข่แดง และไข่ปลา

5. การเพิ่มอาหาร คอสมเพล็กซ์ คาร์โบไฮเดรต (Complex carbohydrate) ให้มากขึ้น คือ ผัก ผลไม้ และธัญพืชต่าง ๆ ขณะเดียวกันลดน้ำตาลทรายลง การเพิ่มการรับประทาน คอสมเพล็กซ์ คาร์โบไฮเดรต (Complex carbohydrate) จะทำให้ใยอาหาร (Dietary fiber) มากขึ้นด้วย การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาหารดังกล่าวนี้ มีส่วนลดกลูโคสและไขมันในเลือด (Lipidemia) ด้วย

6. การรับประทานอาหารโปรตีน (Protein) ควรรับประทานอาหารที่ให้โปรตีน (Protein) อย่างเหมาะสมอาหารที่ให้โปรตีน (Protein) ที่ดีส่วนใหญ่คือ เนื้อสัตว์ และนมซึ่งมีกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) และโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ด้วย เมื่อรับประทานเนื้อสัตว์ จึงควรเลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่มีมันให้เห็น ควรรับประทานเนื้อไก่ และปลา ซึ่งมีไขมัน (Lipids) น้อยให้บ่อยกว่าเนื้อหมูและเนื้อวัว และเลือกดื่มนมพร่องไขมัน (Low fat milk) แทนนมธรรมดา การลดพลังงานจากอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ป่วยที่อ้วน หรือมีน้ำหนักมากเกินไป (Obesity) ต้องมีการลดน้ำหนักตัว โดยลดพลังงานจากอาหารให้น้อยลง ร่วมกับการออกกำลังกาย การมีน้ำหนักมากเกินไป มักทำให้ระดับ วี แอล ดี แอล (VLDL) สูง โดยเฉพาะผู้ที่อ้วนมาก มักจะมีระดับ วี แอล ดี แอล (VLDL) สูง แต่ เอช ดี แอล (HDL) ต่ำ การลดน้ำหนักตัวนอกจากจะลดไขมันในเลือด (Lipidemia) แล้ว ยังลดความดันโลหิต และทำให้ ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น

#### การบำบัดภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด(Hypertriglyceridemia)

(สมใจ วิชัยดิษฐ, วิชัยตันไพจิตร และทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต. 2529 : 93-95)

ภาวะที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด (Hypertriglyceridemia) อาจเกิดจากการมี วี แอล ดี แอล (VLDL) สูง หรือโคไลไมครอน (Chylomicron) สูง ภาวะที่มี วี แอล ดี แอล (VLDL) สูง สาเหตุส่วนใหญ่ของการมีไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด (Hypertriglyceridemia) เกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ การมีน้ำหนักมากเกินไปและการดื่มเหล้ามาก ดังนั้นหลักโภชนบำบัดในการลดวี แอล ดี แอล (VLDL) ประกอบด้วย

1. การลดน้ำหนักตัวในรายที่อ้วนร่วมกับการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ
2. ใช้หลักการเดียวกับการบำบัดภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด (Hypercholesterolemia) คือ ลดปริมาณไขมัน (Lipids) ที่รับประทานให้น้อยลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป
3. เลิกดื่มเหล้า ผู้ที่ดื่มเหล้าประจำควรงดดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะจะกระตุ้นให้มีการสร้าง วี แอล ดี แอล (VLDL) มากขึ้น

จากหลักการนี้ เชื่อว่าการลดอาหารที่มีไขมัน (Lipids) ให้ต่ำลง และเพิ่มอาหารที่มี คาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) มากขึ้นจะให้ผลในการลดไขมันในเลือด (Lipidemia) ได้ดีกว่า

เพราะแม้ว่าการเพิ่มคาร์โบไฮเดรต(Carbohydrate) จะทำให้ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงขึ้นบ้างก็ตาม แต่อาหารที่มีไขมันต่ำจะสามารถลดไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ลงได้ ขณะเดียวกันจะทำให้การลดน้ำหนักตัวทำได้ง่ายขึ้น

ภาวะที่มี ไคโลไมครอน (Chylomicron) สูง ควรจำกัดไขมัน (Lipids) ที่รับประทานให้เหลือร้อยละ 5.00-10.00 ของพลังงานทั้งหมด เพื่อป้องกันภาวะ ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute pancreatitis) และใช้ MCT oil (Medium chain triglyceride) ในการปรุงอาหารแทนน้ำมันทั่วไป กรดไขมันใน MCT อยู่ในสภาพที่ดูดซึมได้ง่าย โดยไม่ต้องเปลี่ยนเป็น ไคโลไมครอน (Chylomicron) และดูดซึมผ่านเส้นเลือดดำใหญ่เข้าสู่ตับ (Portal vein) เพื่อเผาผลาญเป็นพลังงาน

**การรับประทานอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการ เป็นหลักการสำคัญที่สุดในการลดระดับไตรกลีเซอไรด์ซึ่งสูง (Hypertriglyceridemia) จาก วี แอล ดี แอล (VLDL) เพิ่มขึ้นในเลือด สิ่งที่ต้องปฏิบัติคือ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2526 : 764)**

1. ลดปริมาณไขมัน (Lipids) ที่รับประทานให้น้อยลง โดยรับประทานไขมัน (Lipids) ไม่เกินร้อยละ 35.00 ของแคลอรีทั้งหมดที่ได้รับ

2. รับประทานกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) ให้มากพอ การรับประทานกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) ให้ได้ร้อยละ12.00 ของแคลอรีทั้งหมดที่ได้รับเป็นประจำทุกวัน จะมีผลควบคุมทั้งระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. รับประทานน้ำตาลทรายให้น้อยลง คนที่ชอบรับประทานของหวานหรือผลไม้หวานจัดต้องกินให้น้อยลง ลดการใช้น้ำตาลทรายในการประกอบอาหาร เพราะพลังงานส่วนเกินจากน้ำตาลทรายจะถูกนำไปสร้างเป็นไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ได้

4. เลิกดื่มเหล้า การดื่มเหล้ามากเป็นประจำ ทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดสูงได้

ผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงอยู่แล้ว ถ้าปฏิบัติตนโดยรับประทานอย่างถูกหลักโภชนาการ ตามที่กล่าวแล้วอย่างสม่ำเสมอ ภายในระยะ 12 สัปดาห์ จะเห็นผลว่าระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดลดลง สำหรับปริมาณไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ที่ลดลงนั้นขึ้นอยู่กับว่าแต่ละบุคคลได้ปรับบริโภคนิสัยของตนเองมากน้อยเพียงใด

**การใช้ยาลดไขมัน (ประไฟศรี ศิริจักรวาล, ประภาศรี ภูวเสถียร และพัชชนี วินิจจะกุล. 2530 : 90)**

การใช้ยาลดไขมันต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่อไปนี้

ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแนวโภชนาบำบัดที่กำหนดให้ภายหลังปฏิบัติตนในเรื่องอาหารอย่างเคร่งครัดแล้วประมาณ 8-12 สัปดาห์ระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) แอล ดี

แอล โคลเลสเตอรอล (LDL-cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ยังสูงกว่า 240, 160 และ 200 มก./ดล. ตามลำดับ

ผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดขึ้นแล้ว

ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เช่น มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะโคเลสเตอรอลสูง (Hypercholesterolemia) เนื่องจากกรรมพันธุ์ อย่างไรก็ตามการใช้ยาลดไขมันต้องทำควบคู่กับการให้โภชนบำบัดที่ถูกต้องเสมอ การออกกำลังกาย และรับประทานอาหารอย่างถูกวิธีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของตัวผู้ป่วยเอง

ปัจจุบันมีการคิดค้นยาที่มีคุณภาพในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และ หลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ส่วนโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไขมันชนิดเป็นกลาง (Intermediate-density lipoprotein : IDL) นั้น ลำพังการออกกำลังกายและรับประทานอาหารอย่างถูกวิธีช่วยลดลงได้

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) จะใช้วิธีออกกำลังกายและรับประทานอาหารอย่างถูกวิธีอย่างน้อยประมาณ 3 เดือน กรณีที่มีค่าไม่สูงมากจนเกินไป แต่ลำพังวิธีนี้ยังไม่ได้ผล จะใช้วิธีรับประทานยาโดยยังต้องออกกำลังกายและรับประทานอาหารอย่างถูกวิธีต่อไปเรื่อย ๆ เนื่องจากการใช้ยาอย่างเดียวไม่ได้ผลเท่าที่ควร

ตรวจเลือดและรับประทานยาเป็นประจำ ยารักษา ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) มีมากมายหลายขนาน แต่จะได้ผลดีแค่ไหนขึ้นอยู่กับผู้ใช้เป็นหลัก ยาและปริมาณที่ใช้จะแตกต่างกันไป หากค่าที่ได้จากการตรวจเลือดมีการเปลี่ยนแปลง ถ้าเป็นไปได้ ควรตรวจเลือดเดือนละครั้ง หรืออย่างน้อย 3 เดือนครั้ง เพื่อดูประสิทธิภาพของยา

ยาที่ใช้รักษาอาการไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) มีผลข้างเคียงน้อยมาก แต่บางครั้งอาจรู้สึกปวดท้อง คลื่นไส้ หรือคันตามผิวหนัง เมื่อเกิดอาการข้างเคียงดังกล่าวควรไปพบแพทย์โดยเร็ว ยาดังกล่าวแม้จะทำให้ค่าลดลงเป็นปกติ แต่ควรรับประทานเป็นประจำ ไม่ควรงดหรือลดปริมาณลงต้องอยู่ในความควบคุมของแพทย์

การติดตามผลการรักษา (ประไพศรี ศิริจักรวาล, ประภาศรี ภูวเสถียร และพัทธนี วินิจจะกุล. 2530 : 90)

เมื่อให้การรักษาด้วยยาลดไขมันร่วมกับการให้โภชนบำบัดที่ถูกต้องแก่ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) แล้ว ต้องติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ โดยตรวจวัดระดับไขมันในเลือด (Lipidemia) ทุก 8-12 สัปดาห์ ถ้าหากผลการรักษายังไม่เป็นที่พอใจอาจพิจารณาเปลี่ยนยาหรือให้ยา 2 ชนิดร่วมกัน เช่นการให้โคเลสเตอรามิน (Cholestyramine) ร่วมกับโปรบูคอล (Probucol) เป็นต้น สำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจากสาเหตุทางกรรมพันธุ์ ต้องรับประทานยาลดไขมันตลอดชีวิต ถ้าหากภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) เกิดจากสาเหตุอื่น เมื่อให้ยาลดไขมันแล้ว 6 เดือน อาจลองหยุดยา 2 เดือน เพื่อดูว่าระดับไขมันนั้นยังสูงอยู่หรือไม่ ถ้าหากไขมันในเลือดยังสูง (Hyperlipidemia) อยู่ก็พิจารณาให้ยาลดไขมันใหม่

### แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อคือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผล หรือ ไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจ นั้นความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจ นั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่ง ความจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจความคาดหวัง หรือ สมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อ การเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ ประกอบหลายอย่าง เช่นความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากแนวคิดของ โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 2-3) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำ หรือ เข้าใกล้ กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนและหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การ ที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า

- ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
- การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสต่อการเกิดโรคหรือ

ในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึง ปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยาก ลำบาก และอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น

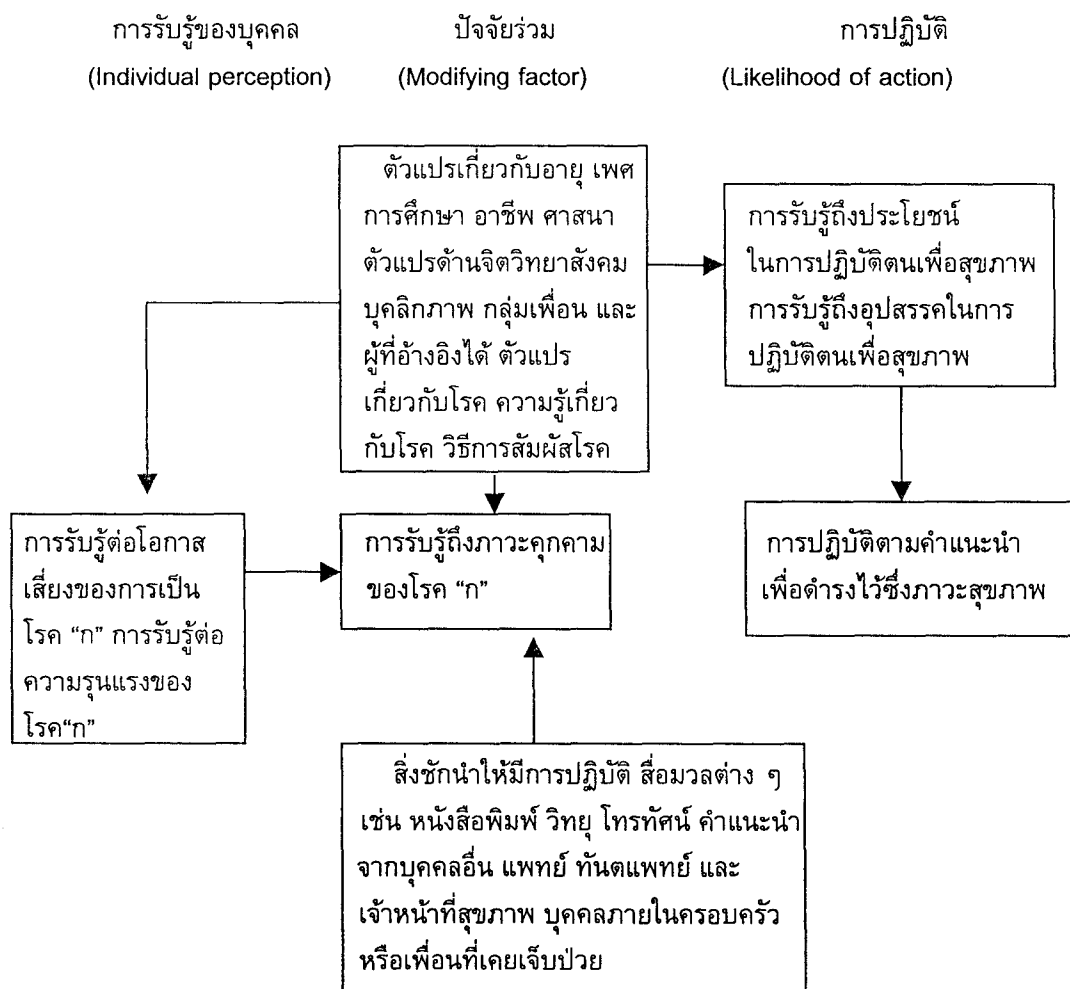
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแบบแผนที่ใช้ตัวแปรทางจิตสังคม เพื่ออธิบาย หรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health related behavior) โดย ในระยะแรกนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัย ในการป้องกันโรค ของบุคคลโดยสมมติฐานว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาโรคในระยะแรก ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ (Becker. 1974 : 29-30) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกมีส่วนประกอบดังนี้

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้าน จิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the advocated health behavior) โดยบุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็น

ไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Due to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายในคน เช่น อาหารหรือความเจ็บป่วย หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น สามารถเขียนความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านี้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 6 (Becker, et al.1977 : 27)



ภาพประกอบ 6 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคลนั้นยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ คาร์ลส และคอบบ์ (นิตยา ภาสูนันท์. 2527 : 33; อ้างอิงจาก Kasl & Cobb. 1966 : 246) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลไว้ 3 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ
2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม
3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ต่อมา เบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman. 1974 : 348) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจโดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรคโดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and enabling factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of health behaviors) ได้ดีขึ้น ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย และสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Preceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพ ในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งฮอชบาม (Hochbaum. 1958 : 1-28) ได้กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ เบคเกอร์จึงสรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ (Becker, et.al. 1977 : 366)
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ และการมีชีวิตของเขาถ้า

หากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แมื่บุคคลจะตระหนักถึง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ พฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะทำให้เกิด อันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

3. การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of taking the health action minus the barriers or costs of that action) หมายถึงการที่บุคคล รับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือ โรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของ การปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดี และเหมาะสม ที่จะช่วยป้องกันโรค ได้จริง

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความ ละอาย เป็นต้น ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับ การชั่งน้ำหนัก ข้อดี ข้อเสีย ของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติ ในสิ่งที่เชื่อว่า มีผลดี มากกว่าผลเสีย โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 :331) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่า จะ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่อุปสรรค ต่อการปฏิบัติสูงจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการ ปฏิบัติ

5. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึงลักษณะทางอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่ง เร้าต่าง ๆ กันในด้านสุขภาพอนามัยเช่น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยงหรือ ความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะมีความสนใจต่อสุขภาพของตน มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตาม แผนการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผล กัดันให้บุคคลร่วมมือในการรักษา การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดได้ในรูปของความต้องการ หรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติ

6. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying factors) ได้แก่สัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล หรือผู้ ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ความ ต่อเนื่องในการรักษาหรือให้คำแนะนำทางสุขภาพและปัจจัยทางสังคม (Social factors) เช่น บุคคลในครอบครัว หรือ เพื่อนที่มีผลในการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมรวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการ ปฏิบัติ (Cued to action) อาจมีสิ่งชักนำภายในเช่นการเจ็บป่วยต่าง ๆ และสิ่งชักนำภายนอกได้

แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือสื่อมวลชนต่างๆ (Mass media communication) ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมี บุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงาน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ ยังต้องมีปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic variables) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ในเรื่องต่างๆ เพราะอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาโรคหรือการป้องกันได้มากขึ้น

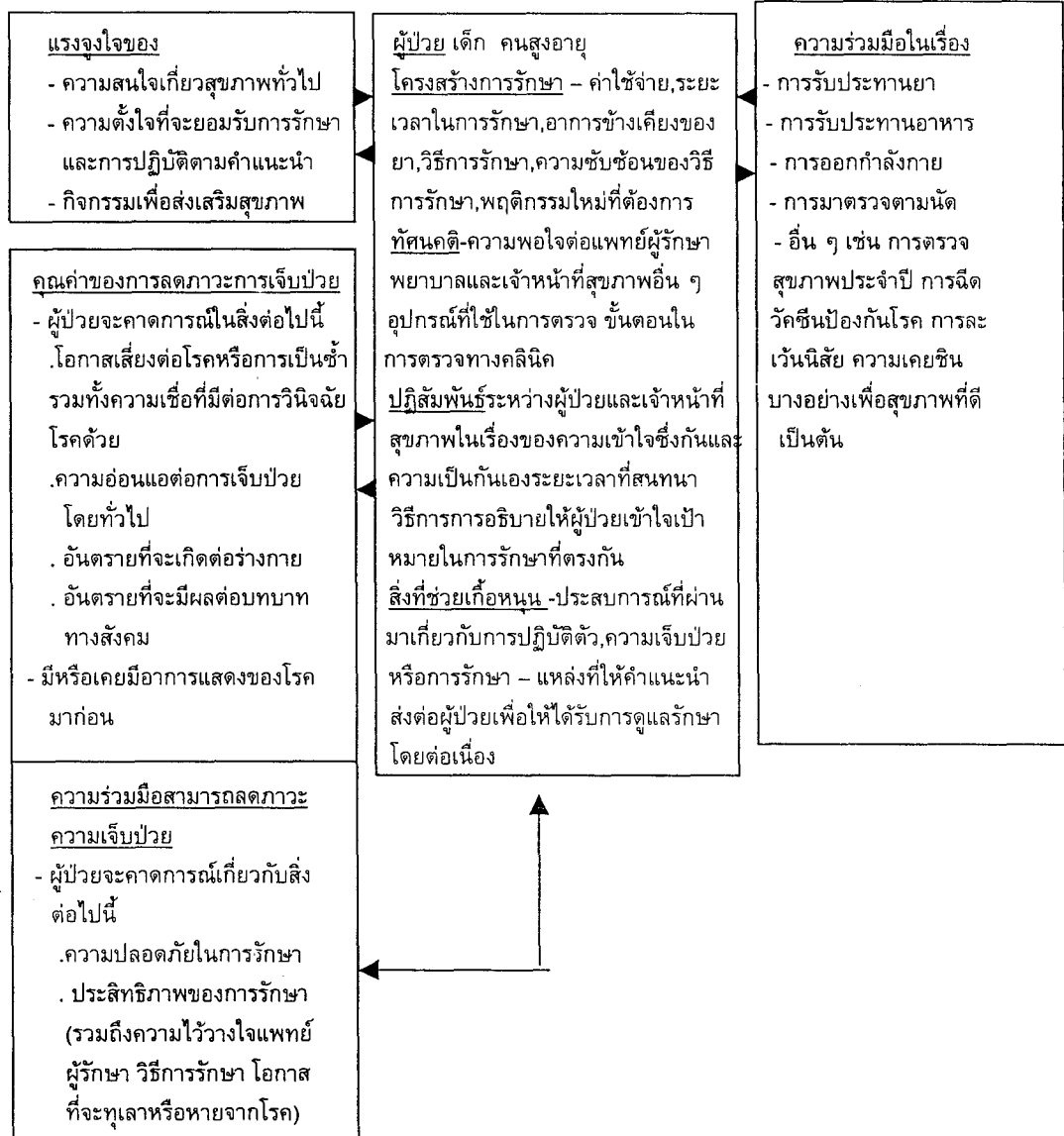
สรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งในด้านการเจ็บป่วยและการป้องกันโรคได้ดี

ได้มีนักวิจัยหลายท่านพยายามที่จะใช้แบบแผนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านการแพทย์ (Medical Model) ในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเน้นตัวแปรด้านประชากร สังคม แผนการรักษา และลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ เบคเกอร์ (Becker. 1974 : 82) จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) ขึ้นใหม่โดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติมจากที่โรเซนสต็อค (Rosenstock. 1974 : 7) ศึกษาไว้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 7 (Becker & Maiman.1974 : 89)

ความพร้อมที่จะยอมรับและปฏิบัติตาม

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมความร่วมมือ



ภาพประกอบ 7 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

จากแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker. 1974 : 29) เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยตามภาพประกอบ 7 ดังกล่าว ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง กล่าวคือถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีหรือถูกต้อง ผู้ป่วยก็สามารถดูแลตนเองได้โดยแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งรายละเอียดดังนี้คือ

### แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม (The theory of self care)

โอเรม (Orem) เป็นที่ปรึกษาและศาสตราจารย์ทางการแพทย์ที่มหาวิทยาลัย แครธอลิค ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นผู้สร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โดยมีความ เชื่อว่า “โดยทั่วไปแล้วมนุษย์มีความต้องการดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพสมบูรณ์ ตลอด จนเพื่อหลีกเลี่ยงจากโรคภัยหรือภัยอันตรายที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ พัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก และค่อย ๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถ ดูแลตนเอง ได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นภายในร่างกายหรือ การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย” (Orem. 1980 : 6) จากความเชื่อนี้ โอเรม (Orem) สรุปว่า มนุษย์ทุกคนมีความสามารถในการดูแลตนเอง มนุษย์จะต้องการความช่วยเหลือในการ ดูแลสุขภาพจากผู้อื่น เมื่อเขามีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจบกพร่องจากการเจ็บป่วย หรืออยู่ใน ภาวะที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย เช่น วัยทารก หรือภาวะวิกฤติ

### จุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองนั้น โอเรมกล่าวว่า ประกอบด้วย

1. ประคับประครองกระบวนการชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันควบคุม หรือรักษาโรค
4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่เสียไป

รายละเอียดเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตนเอง มีดังนี้ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self Care) มีแนวคิดว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้และเป็นกิจกรรมที่จะทำ ด้วยความตั้งใจในวัยผู้ใหญ่ แบ่งออกเป็น 3 ชนิด (Orem. 1985 : 90)

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self care requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงรักษาความมั่นคงสมบูรณ์ ทางโครงสร้างของมนุษย์ และการทำหน้าที่ตามปกติ การดูแลตนเองโดยทั่วไปถือว่าเป็นที่ปฏิบัติเป็นปกติของมนุษย์เพื่อให้บรรลุความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตแต่ละวัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Orem. 1985 : 90 - 95)

- 1.1 การดำรงรักษาร่างกายให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ในปริมาณที่เพียงพอ
- 1.2 การดำรงรักษาให้ร่างกายได้รับน้ำสะอาดในปริมาณที่เพียงพอ
- 1.3 การดำรงรักษาให้ร่างกายได้รับอาหารที่มีคุณภาพในปริมาณที่เพียงพอ
- 1.4 การดูแลเกี่ยวกับกระบวนการขับถ่ายและการถ่ายเทของเสียออกจากร่างกาย
- 1.5 การรักษาความสมดุลระหว่างการกระทำกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.6 การรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่อย่างสันโดษและการมีปฏิสัมพันธ์ทาง

สังคม

- 1.7 การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต การทำหน้าที่ของตนและสวัสดิภาวะของตน
- 1.8 การส่งเสริมให้มนุษย์ได้ทำหน้าที่ และมีการพัฒนาการภายในกลุ่มสังคมที่ตน

สังกัดอยู่ตามศักยภาพ รับผิดชอบต่อตนเอง และส่งเสริมให้มีความต้องการและอยู่อย่างปกติ (be normal) ความเป็นปกติ ในที่นี้หมายถึง สิ่งจำเป็นที่เป็นไปได้ไม่เกินขีดจำกัดของพันธุกรรม และลักษณะต่างๆที่ประกอบรวมกันเป็นบุคคลตลอดจนความสามารถพิเศษของบุคคลแต่ละคน นั้น

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self care requisites) แต่เดิม โอเรม ได้รวมการดูแลตนเองด้านนี้เข้าอยู่ในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Orem, 1980 : 47) ต่อมาได้แยกออกเพื่อให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น การดูแลตนเองด้านนี้เป็นการดูแลตนเองขณะเผชิญกับขั้นตอนที่พัฒนาการต่าง ๆ ในวงจรชีวิต เช่น การเข้าสู่วุฒิภาวะ การตั้งครรภ์ การเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่มีความสำคัญ เช่น ความตายของบิดา มารดา ญาติสนิท สามีหรือภรรยา เป็นต้น ความต้องการด้านนี้เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต และส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ ได้แก่ ระยะที่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ส่งเสริมการดูแลในด้านต่าง ๆ รวมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลทำให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย ได้แก่ การไม่ได้รับการรักษา ปัญหาการปรับตัวเข้าสังคม ความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิต การขาดญาติพี่น้อง เพื่อน และผู้ให้ความช่วยเหลือจำเป็น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Orem, 1985 : 95 - 97)

2.1 การสร้างและดำรงรักษาสภาพการณ์ของชีวิต ซึ่งสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และส่งเสริมกระบวนการพัฒนาตามระยะพัฒนาการของชีวิต โดยพิจารณาจากความจำเป็นในการดูแลตนเองทั่วไป ในระยะต่าง ๆ ดังนี้

- 2.2.1 ระยะอยู่ในครรภ์มารดาและระหว่างกระบวนการเกิด
- 2.2.2 ระยะแรกเกิด
- 2.2.3 วัยทารก
- 2.2.4 วัยเด็กและวัยรุ่น
- 2.2.5 วัยผู้ใหญ่
- 2.2.6 ระยะตั้งครรภ์

2.2 การจัดหา การดูแล เพื่อป้องกันการเกิด สิ่งที่เป็นอันตรายต่อพัฒนาการของมนุษย์หรือเพื่อระงับบรรเทา หรือเอาชนะสิ่งที่จะเป็นอันตราย เช่น

- 2.2.1 การขาดการศึกษา
- 2.2.2 ปัญหาการปรับตัวในสังคม
- 2.2.3 ล้มเหลวในการพัฒนาลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล
- 2.2.4 การสูญเสียญาติ เพื่อนหรือผู้ร่วมงาน
- 2.2.5 การสูญเสียของรัก หรือความมั่นคงด้านการทำงานอาชีพ
- 2.2.6 การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อย่างกะทันหัน
- 2.2.7 ปัญหาเกี่ยวเนื่องกับสถานภาพทางสังคม
- 2.2.8 ภาวะสุขภาพและจิตใจไม่ดีหรือมีความพิการ
- 2.2.9 สภาพการณ์การดำรงชีวิตที่กดขี่ทารุณ
- 2.2.10 ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย หรือภาวะใกล้ตาย

3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care requisites) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองในขณะเกิดความเจ็บป่วย ได้รับอันตราย หรือทุพพลภาพ อันเป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สามรถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ เช่น การเป็นภาวะไขมันในเลือดสูง การได้รับอุบัติเหตุจนเกิดความพิการ ฯลฯ หรือมีความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น อารมณ์แปรปรวน การเบี่ยงเบนหน้าที่ต่อการรักษาพยาบาล เป็นต้น กิจกรรมทางด้านนี้แบ่งเป็น 6 ประเภท ได้แก่

- 3.1 เสาหาบริการทางด้านรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย
- 3.2 ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้น
- 3.3 ปฏิบัติตนได้เหมาะสมตามแนวทางการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

เพื่อผลในการป้องกันและการรักษา คงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและการแก้ไขปรับปรุงความพิการ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค

3.4 รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่น ฤทธิ์ข้างเคียงของยา รู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลจากการรักษาพยาบาล

3.5 ปรับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง (Body Image) ยอมรับภาวะเจ็บป่วย และยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะต้องการความช่วยเหลือทางด้านรักษาพยาบาล

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมถึงมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพกายและจิต ดังนั้น เมื่อนำแนวคิดในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเรมมาใช้กับผู้ป่วยทำให้ทราบถึงความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงดังนี้

### ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง

โอเรม (Orem. 1985 : 88) ได้เห็นว่า ความต้องการในการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมในการดูแลตนเอง ที่ต้องกระทำในช่วงระยะหนึ่งอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ หรือมีข้อจำกัดในการกระทำการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และการรักษาบุคคลนั้นจะต้องมีการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และการที่บุคคลจะมีการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้นั้น โอเรมและเทเลอร์ (Orem and Taylor. 1986) ได้เน้นถึงการมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้นั้น พยาบาลจะเป็นแหล่งในการให้ข้อมูลคำแนะนำและชี้แนะถึงแนวทางการปฏิบัติตัวรองจากแพทย์ ในการที่จะทำให้บุคคลดูแลตนเองได้นั้น ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงจะต้องมีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเอง เรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคและแผนการรักษา มีเป้าหมายและมีการวางแผนที่จะดูแลตนเอง ทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและวางแผนแก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกับพยาบาล ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จึงมีความต้องการ เพื่อควบคุมระดับภาวะไขมันในเลือดสูงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การปฏิบัติตนของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมสอดคล้องกับ สภาวะของโรคและแผนการรักษาของแพทย์โดยการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การมาตรวจตามนัด และการตรวจร่างกายประจำปี

การที่ผู้ป่วยจะมีการดูแลตนเองที่ดีได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงใคร่ขอเสนอแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

### ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ความเชื่อด้านสุขภาพ คือความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของบุคคลต่อสุขภาพอนามัย โดยทั่วไป ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมตามแนวคิดนั้น ๆ ความเชื่อด้านสุขภาพจะเกิดขึ้นได้เนื่องจากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป (Health motivation) เป็นความหวังใจ หรือสนใจสุขภาพของผู้ป่วยรวมถึงความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมโรคและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดี แรงจูงใจด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา ดังตัวอย่างเช่น การศึกษาของพวงพยอม การภิญโญ (2526 : 110) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 99) ที่ว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา (Pender. 1982 : 150)

แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ โจเซฟ (Joseph. 1980 : 132) แรงจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมและหันมาดูแลตนเอง และคอนเนลลี (Connelly. 1987 : 626) มีความเห็นสอดคล้องว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โอเรม (Orem. 1971 : 155) ได้มองแรงจูงใจว่าเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ช่วยให้เกิดการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง แรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการที่จะตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูง เพื่อที่จะสามารถดูแลตนเองได้ และปฏิบัติตัวได้สอดคล้องกับโรคเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจนเป็นอันตรายต่อตนเอง

2. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) เป็นทัศนคติหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคในผู้ที่มีสุขภาพดีโดยทั่วไปและเป็นการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นโรคเรื้อรังเป็นโรคอื่น ๆ อีกได้ สำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแน่นอนจากแพทย์แล้ว มโนทัศน์เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไปจากกรณีที่ยังไม่ทราบว่าเป็นโรค ซึ่งสามารถวัดได้ 3 ทาง (Becker and Maiman. 1974 : 83) คือ

2.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การที่บุคคลไม่เชื่อการวินิจฉัยโรค หรือข้อสรุปจากแพทย์ ย่อมทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคผิดไป

2.2 การคาดคะเนของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก

2.3 ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

โอเรม (Orem. 1980) กล่าวว่า การรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกายเป็นปัจจัยหนึ่งในส่วนประกอบของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานซึ่งทำให้บุคคลมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และสามารถพัฒนาความสามารถ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของตนเองได้ การรับรู้จึงทำให้บุคคลทราบถึงความจำเป็นและเหตุผลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและช่วยในการประเมิน คาดการณ์ คิดไตร่ตรอง ตัดสินใจเลือกวิธีที่จะปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง ดังตัวอย่างเช่น การศึกษาของ สนิท พิงสาย (2539 : บทคัดย่อ) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร ถนอมกล่อม (2540 : บทคัดย่อ) ที่ว่าความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืน โดยความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์เป็นตัวทำนายที่มีผลต่อตัวเกณฑ์ คือ

พฤติกรรมกำบังโรคเอชไอวี และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ออร์ชอร์ ครีไทร์ลัน (2541 : บทคัดย่อ) ที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงจะต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องจะช่วยผลักดันให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

3. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การที่บุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดโรคแต่เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการกระทำ หรือพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แต่บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกายและบทบาททางสังคมของเขา จึงเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้นเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง (Becker. 1974 : 84) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มากหรือน้อยเกินไปมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำ เบคเกอร์ (Becker. 1974 : 33) ศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมในการตรวจค้นหาบุคคลที่เป็นพาหะของโรคโดยการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในระดับต่ำหรือปานกลาง จะกระตุ้นให้บุคคลสนใจมาตรวจว่าตนเป็นพาหะหรือไม่ แต่ถ้าหากบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในระดับสูงเกินไป บุคคลจะวิตกกังวลและพยายามหลีกเลี่ยงการมารับการตรวจ ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกินความเป็นจริงนั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมโรคของตน

ความร่วมมือในการรักษามีความสำคัญต่อการดูแลตนเองเมื่อบุคคลเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ผู้ป่วยจะตระหนักถึงอันตรายและติดตามผลทางพยาธิสภาพและมีการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยหรือความพิการของตน ยอมรับความจำเป็นในการดูแลสุขภาพของตน ตามแผนการรักษาและเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ต่อไป (Orem. 1980 : 50) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดประการแรกในการเลือกวิธีการหรือแหล่งการรักษาเยียวยา ส่วนปัจจัยรองลงมาได้แก่ความรู้เรื่องวิธีการรักษาแบบพื้นฐาน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530 : 79-82) จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา โมพี (2541 : บทคัดย่อ) ที่ว่าการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความรุนแรงของการสูบบุหรี่ และรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกันการที่ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูง ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นและหันมาดูแลตนเองมากขึ้น

4. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Perceived benefits) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาว่า สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายและควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัดจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้

5. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน (Perceived Barrier) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพเป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการให้ความร่วมมือในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนจึงมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีผลต่อพฤติกรรมในการควบคุมและรักษาโรคในกลุ่มที่มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว สำหรับผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วย จึงมีความจำเป็นจะต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองให้เป็นไปตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันมิให้การดำเนินโรครุนแรงขึ้นอีกทั้งป้องกันมิให้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อตนเองได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้หรือไม่ นั้น น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการรักษา

นอกจากความเชื่อด้านสุขภาพจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลแล้ว โอเรมได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐาน ว่าเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งปัจจัยพื้นฐานที่ผู้วิจัยเลือกเข้ามาศึกษาคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม

จากที่กล่าวมาข้างต้นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีจะควบคุมภาวะของโรคได้ ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องด้วยจึงจะทำให้การควบคุมภาวะของโรคได้ดีขึ้น ดังนั้นจะขอกล่าวถึงความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงดังต่อไปนี้

#### **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง**

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดได้มากขึ้นถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อดังนี้

1. ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นภาวะที่มีความรุนแรงและอันตราย
2. คนมีภาวะไขมันในเลือดสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด

3. คนที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยไม่ปรากฏอาการ ซึ่งต้องการการดูแลสุขภาพ  
อนามัย
4. การให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นประโยชน์ สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด  
ภาวะแทรกซ้อนอันตรายได้
5. การให้ความร่วมมือในการรักษาไม่สูญเสียค่าใช้จ่ายมากเกินไป  
ความเชื่อที่ผิด เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง และการควบคุมโรค จะเป็นอุปสรรคต่อ  
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง ตัวอย่างความเชื่อเหล่านี้ได้แก่
  1. ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นโรคที่ปรากฏอาการให้เห็น ผู้ป่วยอาจคิดว่าเมื่อภาวะไขมัน  
ในเลือดสูงจะมีอาการมีนงง มีปื้นเหลืองตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีเส้นโค้งสีขาวบนขอบนอก  
ของกระจกตาดำ ดังนั้นผู้ป่วยจะรีบปรึกษาการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงต่อเมื่อตนรู้สึกมีนงง  
มีปื้นเหลืองตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีเส้นโค้งสีขาวบนขอบนอกของกระจกตาดำเป็นต้น
  2. ภาวะไขมันในเลือดสูงจะเป็นมากขึ้นเมื่อมีการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยอาจคิดว่า ตนจะไม่  
มีไขมันในเลือดสูงเมื่อตนสามารถงดการสูบบุหรี่ และลดความวิตกกังวลได้ ดังนั้นตนก็ไม่จำเป็นต้อง  
ไปพบแพทย์ตามนัด
  3. ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นโรคที่สามารถควบคุม และรักษาได้ ผู้ป่วยอาจคิดว่าตน  
สามารถหยุดรับประทานยารักษาโรคไขมันในเลือดสูงได้ เพราะการตรวจเลือดครั้งสุดท้ายไขมัน  
ในเลือดอยู่ในระดับปกติ
  4. ภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถควบคุมได้โดยการลดน้ำหนัก และลดการ  
รับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันมากเกินไป ผู้ป่วยอาจคิดว่า ถ้าตนไม่รับประทานอาหารที่มี  
ไขมันและลดน้ำหนักได้ ไขมันในเลือดสูงจะลดลง แพทย์เคยบอกว่าการนี้ต้องรับประทานยา  
เพื่อให้ไขมันในเลือดลดลงก่อน เพราะการลดน้ำหนักจะใช้เวลาาน ผู้ป่วยสนใจการควบคุม  
อาหารมากกว่าการรับประทานยา ดังนั้นผู้ป่วยจะควบคุมอาหารจนไขมันในเลือดลดลง และหยุด  
รับประทานยาทันที

### การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรม  
สุขภาพของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ การป้องกันส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย  
ตามคำแนะนำของแพทย์ ความคิดที่ว่าพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการอาศัยการ  
สนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วย และบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้ชี้ให้เห็นคุณ  
ค่าของบุคคลผู้ซึ่งให้ความสนใจ ใส่ใจกับความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ ช่วยเตือนให้ความช่วยเหลือ  
การสนับสนุนอย่างทันทีทันใดแก่ผู้ป่วยในการที่จะช่วยเปลี่ยนความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม  
ให้ไปสู่พฤติกรรมที่จะพิจารณาว่าวิธีการนี้มีความเป็นไปได้หรือมีคุณค่าหรือไม่นั้น ควรจะได้ทำ

ความเข้าใจถึงความหมาย และ สภาวะการณ์ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้อง

### ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คานัน (Kahn. 1979 : 85) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งรวมเอาสิ่งต่อไปนี้หนึ่งอย่างหรือมากกว่า คือ

1. การแสดงออกถึงความพึงพอใจของบุคคลหนึ่งต่อบุคคล
2. การยืนยันรับรองพฤติกรรมของบุคคล อาจโดยการรับรู้หรือการแสดงออกถึงการยอมรับนั้น
3. การให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรืออื่นๆ

ฮับบาร์ด มูเลนแคมป์ และ บราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp and Brown 1984 : 266 ) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ (Multidimensional) ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในแง่ดี ทำให้มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาด้วย

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 171) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมไว้ในการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมในที่นี้ หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือบริการต่างๆจากการที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม

### แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ กลุ่มปฐมภูมิ และ กลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ กลุ่มชนิดนี้มีอิทธิพล เป็นตัวกำหนด บรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ในระบบสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic)

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ (อุบล นิวัติชัย. 2527 : 285) คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural supportive system) ประกอบด้วยกลุ่มบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทแรกเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน ซึ่งให้ความผูกพันทางจิตอารมณ์มีความรักกันอยู่แน่นแฟ้น และ ให้ความช่วยเหลือกันอย่างจริงจัง ประเภทที่สอง ได้แก่ครอบครัวใกล้ชิด (Kinth) ได้แก่เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรมสมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดขึ้นโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือการประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์

3. กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional health care workers) หมายถึงบุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่ให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพประชาชน

#### ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การให้การสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็นหลายรูปแบบ

เฮาส์ (House. 1981) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ออก 4 รูปแบบคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนโดยการให้ประเมิน (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือ การยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมาซึ่งอาจจะเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา การให้ข่าวสาร

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 93) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially supportor network) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ทิลเดน (Tilden. 1985 : 201) กล่าวถึงเซพเฟอร์และคณะ ที่ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันรักใคร่ และความรู้สึกเป็นเจ้าของ ตลอดจนความรู้สึกไว้น้ำใจและไว้วางใจผู้อื่น
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำข้อมูลในการแก้ปัญหา หรือ การให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

#### องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2528 : 594)

1. จะต้องมี การติดต่อสื่อสารระหว่าง ผู้ให้ และ ผู้รับ การสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย
  - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ ผู้รับ เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างแท้จริง
  - 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะ ผู้รับ เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุ สิ่งของหรือทางด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับ ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพที่ดี การสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นกายกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้โดยสิ้นเชิงการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างยิ่ง

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพบว่า แนวคิดดังกล่าวมีความสำคัญและสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีภาวะไข้มันในเลือดสูงทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยที่มีภาวะไข้มันในเลือดสูงควรประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะไข้มันในเลือดสูงได้รับความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ ความผูกพัน ความใกล้ชิด ความเห็นอกเห็นใจ

ให้กำลังใจ รับฟังการระบายความรู้สึกต่าง ๆ เพราะผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะต้องถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ อาจต้องทำให้มีการพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเพิ่มขึ้น ยิ่งในรายที่มีโรคของหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วยยิ่งทำให้รู้สึกว่าประสิทธิภาพของร่างกายลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆตามปกติได้ ทำให้ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ดังนั้นบุคคลในครอบครัวจึงควรให้ความเอาใจใส่ ให้ความเห็นอกเห็นใจและให้กำลังใจผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่จะดำรงชีวิตต่อไป

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับการเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าซึ่งอาจสนับสนุนให้ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคม เชื่อว่าเป็นสิ่งสำคัญจะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถปรับตัวได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นครอบครัวผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ควรให้การสนับสนุนผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆของสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง มีส่วนร่วมในสังคมและทำให้ได้เห็นคุณค่าของตนเองและเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้าน การเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ ได้แก่การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการช่วยเหลือในเรื่องสิ่งของที่จำเป็นต่างๆ ค่าใช้จ่ายประจำวัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การได้รับความช่วยเหลือในการไปตรวจตามนัด การเอาใจใส่ในการได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเหมาะสมจากครอบครัวแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และช่วยเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้มาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และมีเงินไว้สำหรับการใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเอง หมายถึง การมีชีวิตอยู่รอดของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งในแต่ละวัยร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงที่ต่างกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกายมากขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เกิดความท้อแท้เบื่อหน่ายที่จะดูแลตนเอง หรือเกิดความท้อแท้ต่อการเจ็บป่วย ดังนั้นการได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆและคำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ตลอดจนการปฏิบัติตัวอย่างเพียงพอต่อเนื่องในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง รวมถึงการตอบข้อซักถามต่างๆจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับการแนะนำให้ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงประสบผลสำเร็จในการรักษา มีการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาวได้

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคมก็ตาม ย่อมส่งผลต่อผู้ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างแน่นอน เพราะร่างกายและจิตใจนั้นไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

### งานวิจัยในต่างประเทศ

ฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard, et al. 1984 : 266 - 269) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 มีอายุ 55 ปี อายุเฉลี่ย 70 ปี จำนวน 94 ราย กลุ่มที่ 2 มีอายุระหว่าง 15-77 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี จำนวน 133 ราย ใช้แบบสอบถามแผนการดำเนินชีวิต (The life style questionnaire) ที่สร้างโดยบราวน์ และคณะ ซึ่งวัดกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันอันตราย การช้ยา การป้องกันโรค ซึ่งอาศัยแนวคิดของไวสส์ (Weiss. 1974 : 17-26) วัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า คนที่แต่งงานแล้วมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคนที่ เป็นโสด และคนที่ เป็นโสดจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากคนที่แต่งงานแล้วได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากคู่สมรส จึงทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคนที่ไม่ได้แต่งงาน

ไอซัน และคณะ (Eison, et al. 1985 : 186-208) ได้ศึกษาการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในเด็กวัยรุ่น โดยรูปแบบโปรแกรมเป็นไปตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพ เน้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงที่ตนและคู่นอนจะเกิดการตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงผลดีและผลเสียตั้งแต่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ประโยชน์ที่จะได้รับจากการหยุดมีเพศสัมพันธ์และการใช้วิธีป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ลดการรับรู้ของวัยรุ่นที่มีต่ออุปสรรคในการคุมกำเนิด ผลการทดลองพบว่า การรับรู้ของวัยรุ่นสูงขึ้นในทุกด้านและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันการตั้งครรภ์มากขึ้น โดยวัยรุ่น 2 ใน 3 ไม่ปล่อยให้มามีเพศสัมพันธ์เหมือนเดิม และความสม่ำเสมอของการใช้วิธีการคุมกำเนิดในกลุ่มมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.00 เป็น ร้อยละ 50.00

วิชัย ดันไพจิตร (1986 : 72-73) ได้ศึกษาเปรียบเทียบให้เห็นว่า โรคหัวใจขาดเลือดพบมากในประเทศซึ่งประชากรที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ TC (Total cholesterol) ในเลือดเกิน 200 มก/ดล เช่นในกลุ่มประเทศสหรัฐอเมริกา ยุโรป และออสเตรเลีย เป็นต้น ในทางตรงกันข้ามในประเทศที่มีระดับ TC (Total cholesterol) ในเลือดต่ำกว่า 150 มก/ดล. มีอุบัติการณ์ของโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่ารายงานการศึกษาแบ่งระดับ TC (Total cholesterol) ในเลือด ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ชาวอเมริกัน อายุ 40-64 ปี แบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ดังนี้ กลุ่มที่มีระดับ TC (Total cholesterol) ในเลือด 219-240 มก/ดล. กลุ่มที่มีระดับ TC (Total cholesterol) ในเลือด 241-268 มก/ดล. และกลุ่มที่มีระดับ TC (Total cholesterol) ในเลือดมากกว่า 268 มก/ดล พบว่าอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงขึ้นเป็น 1.5, 1.64 และ 1.99 เท่าตามลำดับ

ซู และปาร์มเลย์ (Zhu & Parmley. 1990 : 168-178) ได้ศึกษาโดยการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่าง รับประทานน้ำมันปลา แล้วดูอาการทางคลินิกของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง

ผลการศึกษาพบว่า น้ำมันปลาช่วยลดการก่อตัวของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งในสัตว์ทดลองที่กินอาหารที่มีโคเลสเตอรอล และลดการก่อตัวของโรกระบบหัวใจ และหลอดเลือดในคน ข้อมูลเกี่ยวกับทางด้านนี้ยังไม่แพร่หลายนัก แต่ก็พบว่าในสัตว์ทดลอง อาสาสมัครที่เป็นคนปกติ คนไข้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะมีปฏิกิริยาตอบสนองคล้ายกันเมื่อรับประทานน้ำมันปลา ผลที่สำคัญของน้ำมันปลาต่อซีรัมไลโปโปรตีน คือสามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ แต่ไม่ลดระดับโคเลสเตอรอล และ เอช ดี แอล โคเลสเตอรอล (HDL-C)

ประจักษ์ และคณะ (Pajak, et al. 1990 : 454-458) ได้ศึกษาระดับไขมันในเลือด และระดับไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ของคนในเมือง และในชนบทในประเทศโปแลนด์ ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคของเส้นเลือดที่มาจากหัวใจ ผลการศึกษาพบว่าความแตกต่างกันของระดับโคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล (LDL- cholesterol) เอช ดี แอล โคเลสเตอรอล (HDL- cholesterol) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ความดันโลหิต ขึ้นอยู่กับความถี่ของการสูบบุหรี่ โรคอ้วน ระดับการศึกษา การดื่มแอลกอฮอล์ เขตที่อยู่อาศัย และมีความสัมพันธ์ตามกันกับการเพิ่มขึ้นของระดับโคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล (LDL- cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) แต่มีความสัมพันธ์กับการลดของระดับเอช ดี แอล โคเลสเตอรอล (HDL- cholesterol)

ฮาร์ริส และคณะ (Harris, et al. 1991 : 220-227) ได้ศึกษาประสิทธิผลของกรดไขมันชนิด n -3 ขนาดต่างกัน 4 ขนาด ในคนไข้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงระยะเวลา 6 เดือน โดยให้รับประทานน้ำมันปลา และเปรียบเทียบผลต่อระดับไขมันในพลาสมา ระดับไลโปโปรตีน โคเลสเตอรอล ระยะเวลาที่เลือดแข็งตัว ความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง และกรดไขมัน โดยสุ่มตัวอย่างคนไข้ที่มีระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์สูง สุ่มมาจำนวน 28 คน ให้รับประทานน้ำมันปลาจำนวน 3,6,9,12 แคปซูล เป็นระยะเวลา 6 เดือน หลังระยะเวลา 1 เดือนแรก ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับโคเลสเตอรอลรวมในทุก ๆ ขนาด แต่ระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล กับ เอช ดี แอล โคเลสเตอรอล มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น และผลลัพธ์สุดท้ายพบว่าอัตราส่วนระหว่าง แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล เอช ดี แอล โคเลสเตอรอล จะลดต่ำลงในทุกขนาด ยกเว้นขนาดต่ำสุด

เดรสเซอร์ และคณะ (Dressler, et al. 1992 : 757-762) ได้ศึกษาความสมดุลของสภาพการดำเนินชีวิตกับระดับซีรัมโคเลสเตอรอล ในคนอังกฤษที่มีโคเลสเตอรอลสูงจำนวน 54 คน โดยดูรูปแบบของการดำเนินชีวิต (การบริโภค, พฤติกรรมส่งเสริมการดำรงชีวิต) โดยจะเน้นมากกว่าการประกอบอาชีพ ความสมดุลของการดำเนินชีวิตสัมพันธ์กับระดับซีรัมโคเลสเตอรอลที่สูง โดยการศึกษาความสัมพันธ์นี้ไม่เกี่ยวกับ อายุ เพศ ขนาดร่างกาย ประวัติครอบครัวที่เป็นโรกระบบหลอดเลือดและหัวใจ การดื่มแอลกอฮอล์ และการหมดประจำเดือน

แอสฮิม และคณะ (Ashim, et al. 1992 : 106) ได้ศึกษาผลของกรดไขมัน และเส้นใยอาหารต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ผลการศึกษาพบว่าการลดอาหารโคเลสเตอรอล 300

มิลลิกรัม/วัน มีผลต่อภาวะเสี่ยงของโรคหัวใจ และหลอดเลือด ถ้าจำกัดลงให้เหลือ 200 มิลลิกรัม/วัน จะอยู่ในภาวะเสี่ยงระดับกลาง – สูง มีปัจจัยที่จะช่วยลดภาวะเสี่ยงนี้โดยการลดการรับประทานกรดไขมันอิ่มตัวให้น้อยกว่าร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด ที่ได้รับในระยะแรก ในระยะต่อมาให้เหลือร้อยละ 6.00-8.00 ควรบริโภคกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว (กรดไลโนเลอิก เป็นส่วนใหญ่) ให้มากกว่าร้อยละ 10.00-15.00 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดและต่อมาเพิ่มเป็นร้อยละ 20 และควรเป็นอาหารกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนประมาณร้อยละ 7 ของพลังงานที่ได้รับ ควรบริโภคเส้นใยอาหาร 10-12 กรัม/วัน จะทำให้ระดับไขมันลดลง ซึ่งผลการศึกษารูปได้เป็น 3 ประเด็น คือ

1. การลดการรวมตัวกันของไลโปโปรตีน ลดการดูดซึมโคเลสเตอรอล ลดการขนส่งไขมันรวม
2. เพื่อสื่อนำที่เป็นตัวเคลื่อนย้ายโคเลสเตอรอล (ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว ลดบริโภคอาหารโคเลสเตอรอล และเพิ่มกรดน้ำดี, อาหารเส้นใย)
3. ป้องกันการเปลี่ยนแปลงของไลโปโปรตีน (เพิ่มตัวป้องกันการออกซิไดซ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วิตามินอี, เอ และน้ำมันมะกอก)

ฮอดกัซัน และคณะ (Hodgson, et al. 1993 : 228-234) ได้ศึกษากรดไลโนเลอิกมีผลต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจริงหรือไม่ โดยศึกษาในผู้ป่วย 226 คน โดยอาศัยจากการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ของเส้นเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจ (Coronary Angiography) ผลการศึกษาพบว่าระดับของกรดไลโนเลอิกมีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือดในทางตรงกันข้าม

โรนัลด์ และคณะ (Ronald, et al. 1999 : 213-219) ได้ศึกษาผลของวิตามินอี ที่มีความเข้มข้นสูงในเพศชายกลุ่มที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงชนิดปานกลาง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองโดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย 20 คน อายุระหว่าง 20-61 ปี ในเนเธอร์แลนด์ ได้รับ วิตามิน อี ที่มีความเข้มข้นสูงทุกวันเป็นเวลา 6 สัปดาห์ วันละ 4 เม็ด แต่ละเม็ดมีขนาด 35 มิลลิกรัม ผู้ชายทั้งหมดมี Total cholesterol ในเลือด ระหว่าง 6.5 ถึง 8.0 mmol/L หรือมีไลโปโปรตีนในเลือด >150 ม.ก/ด.ล. ผลการศึกษาพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ วิตามินอี ที่มีความเข้มข้นสูงในเพศชายกลุ่มที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงชนิดปานกลาง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองไม่มีผลกระทบต่อระดับไขมันในเลือด ไลโปโปรตีน หรือหน้าที่ของเกล็ดเลือด

วลาดีเมอ และคณะ (Vladimir, et al. 1999 : 226-229) ได้ศึกษาแหล่งอาหารเส้นใย จากข้าวสาลี และโปรตีน ที่มีผลต่อปริมาณคอเลสเตอรอล และไขมันในเลือด จากอาสาสมัครชาย 12 คน และหญิง 12 คน ที่มีอายุระหว่าง 21-60 ปี ได้มาจากอาสาสมัคร ในมหาวิทยาลัยโตรอนโต ในแคนาดา โดยให้อาหารเสริม รำข้าว ธัญพืช ของสมาคมอาหารเสริมธัญพืช รำข้าวของอเมริกาแต่ละคนเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า อาหารเสริม รำข้าว ธัญพืชทำให้เพิ่ม

ปริมาณอุจจาระและอาหารเสริม รำข้าว ธัญพืชมีผลต่อ อัตราส่วนของ TC : HDL-C (Total cholesterol : HDL cholesterol) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ( $P=0.046$ )

เดวิด และคณะ (David, et al. 1999 : 231–235) ได้ศึกษาถึงผลกระทบของ โคลเลสเตอรอล ในกลุ่มคนจีน ที่บริโภคอาหารเสริม ที่มีส่วนผสมของข้าวหมักด้วยยีสต์แดง แทนการรักษาด้วยยา ในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย 46 คน เพศหญิง 37 คน ที่มีอายุระหว่าง 34-78 ปี และเป็นผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และมีการเจาะเลือดเพื่อตรวจดูระดับ ของ TC (Total cholesterol) TG (Total triglyceride) HDL-C (HDL Cholesterol) และ LDL-C (LDL Cholesterol) ทุก 8,9,11 และ 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับ TC (Total cholesterol) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .001$  ในระหว่างสัปดาห์ที่ 8 ในการ รักษาด้วยการบริโภคอาหารเสริม ที่มีส่วนผสมของข้าวหมักด้วยยีสต์แดง และพบว่า LDL-C (LDL Cholesterol) TG (Total triglyceride) ลดลงด้วย แต่ระดับ HDL-C (HDL Cholesterol) ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### งานวิจัยในประเทศไทย

เรืองเดช เชิดพุทธ (2523 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ผลของการวิ่ง 12 นาที โดยการฝึกหนักสลับเบาที่มีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ น้ำหนักตัว ความดันโลหิต และไขมันในเลือด กลุ่มศึกษาเป็นนักเรียนหญิงจำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองวิ่ง 12 นาที โดยการฝึกหนักสลับเบา ใน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และกลุ่มควบคุมไม่ต้องเข้ารับการฝึกผลการศึกษาพบว่า

1. อัตราการเต้นหัวใจ น้ำหนักตัว ความดันโลหิต และไขมันในเส้นเลือดของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการฝึก 6 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกรายการ
2. อัตราการเต้นหัวใจ น้ำหนักตัว ความดันโลหิต และไขมันในเส้นเลือดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการฝึก 6 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกรายการ อัตราการเต้นหัวใจ น้ำหนักตัว ความดันโลหิต และไขมันในเส้นเลือดของกลุ่มทดลองหลังการฝึก 3 และ 6 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกรายการ แสดงถึงระยะเวลาของการฝึกมีผลต่อระดับไขมันในเลือดด้วย

สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 105) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ ความรุนแรงของโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

วิชัย จุฬารोजनाมนตรี และคณะ (2528 : 263-267) ได้ศึกษาผลของการสูบบุหรี่และดื่มสุราต่อระดับไขมันในเลือดของคนสุขภาพปกติ อายุ 20-60 ปี โดยใช้ผลการตรวจเลือดของพนักงานธนาคารออมสิน จำนวน 123 คน และหญิง 387 คน ผลการศึกษาพบว่าระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในคนสูบบุหรี่ หรือดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) จะสูงขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบ และการดื่มสุราหนัก แต่จะไม่มีผลต่อระดับ TC (Total Cholesterol) และ เอช ดี แอล โคลเลสเตอรอล (HDL-C) และในการศึกษาความสัมพันธ์ของไขมันในเลือดชนิดต่าง ๆ พบว่า ระดับ เอช ดี แอล (HDL) มีความสัมพันธ์ตรงข้ามกับระดับของ TC (Total cholesterol) และ TG (Total triglyceride)

พานิช ไชยศรี (2530 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายในระดับความถี่ต่างกัน ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของร่างกาย ในกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย นำมาให้ออกกำลังกายโดยการถีบจักรยาน วัตงานในระดับความถี่ 2 ระดับคือ ระดับ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ระดับ 5 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ครั้งละ 10-20 นาที ทำการทดสอบข้อมูลสรีระวิทยาหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8 ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ที่มีความหนาแน่นสูงของแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่ผลทดสอบก่อนการฝึก หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8 ของทุกช่วงเวลาของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 นั่นคือ แสดงว่าการออกกำลังกาย มีผลทำให้ปริมาณโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ที่มีความหนาแน่นสูงเพิ่มขึ้น และในช่วงระยะเวลาการฝึก 4 สัปดาห์ก็เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปริมาณ โคเลสเตอรอล ใน ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง

วิชัย จุฬารोजनाมนตรี และคณะ (2530 : 263-274) ได้ศึกษาโดยให้อาหารจากเม็ดแมงลักในคนไข้ที่มาตรวจที่คลินิกโภชนาวิทยา จำนวน 20 คน ที่มีอายุระหว่าง 37-63 ปี นำหนักปกติจนถึงอ้วน ให้เม็ดแมงลัก 24 กรัม ทุกวันเป็นเวลา 30 วัน ผลการศึกษาพบว่าระดับ เอช ดี แอล โคลเลสเตอรอล (HDL-C) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่เดียวกับระดับ ไคโลไมครอน (Chylomicron) วี แอล ดี แอล (VLDL) แอล ดี แอล โคลเลสเตอรอล (LDL cholesterol) และ โคลเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) ลดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิชัย จุฬารोजनाมนตรี และคณะ (2531 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ที่มีความหนาแน่นสูง (HDL-cholesterol) กับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับคนปกติ จากการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 488 ราย โดยเปรียบเทียบกับคนปกติจำนวน 413 ราย ที่มารับบริการที่โภชนาคลินิก ภาควิชาโภชนาวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างปี พ.ศ. 2525-2530 ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของ เอช ดี แอล โคลเลสเตอรอล (HDL-cholesterol) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าต่ำกว่าของคน

ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < .001$  และในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยโรคเบาหวานกลับมีค่าเฉลี่ยของโคเลสเตอรอลในเลือด (Serum Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ในเลือด (Serum Triglyceride) สูงกว่าของคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001$  ( $P < .001$  และ  $.0016$  ตามลำดับ)

สุขุม รักรวนิช และคณะ (2531 :9) ได้ศึกษาโดยสำรวจข้าราชการและเจ้าหน้าที่สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจำนวน 919 คน ที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ผลการศึกษาพบว่าอ้วนร้อยละ 15.56 และมีระดับ โคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูงในเลือดร้อยละ 60.00 ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงร้อยละ 16 และยังพบว่าจากการสำรวจวัยทำงานในเขตเมือง จำนวน 18,740 คน พบว่ามีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 18.50 และจากกลุ่มดังกล่าวจำนวน 246 คน พบว่าระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูงในเลือดร้อยละ 62.00 และระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงร้อยละ 21.00

โชติรส ฉัตรแก้ว (2533 : i-ii) ได้ศึกษาผลของการสูบบุหรี่ต่อระดับไขมันในเลือดของพนักงานการประปานครหลวงแห่งประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่มีระดับไขมัน เอช ดี แอล โคเลสเตอรอล (HDL- cholesterol) ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การบริโภคไขมันจากมะพร้าว (กะทิ) การบริโภคไข่ ทำให้มีผลเสริมกับการสูบบุหรี่ ทำให้ระดับของไขมัน เอช ดี แอล โคเลสเตอรอล (HDL- cholesterol) ต่ำกว่าพวกที่บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ที่บริโภคไขมันจากมะพร้าวและบริโภคไข่อย่างเดี่ยวแต่ไม่สูบบุหรี่

กาญจนา หงษ์ทอง และคณะ (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาสภาวะไขมัน ในหญิงกินยาคุมกำเนิด จำนวน 26 คน ซึ่งกินยาคุมกำเนิดมาแล้ว 6 เดือน เปรียบเทียบกับหญิงที่ไม่ได้กินยาคุมกำเนิดจำนวน 27 คน โดยทั้งสองกลุ่มนี้มีอายุระหว่าง 25-30 ปี ผลการศึกษาพบว่า ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) และ ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) ในซีรัมของหญิงที่กินยาคุมกำเนิดจะสูงกว่าในหญิงที่ไม่ได้กินยาคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับไลโปโปรตีน (Lipoprotein) พบว่า วี แอล ดี แอล (VLDL) ในหญิงที่กินยาคุมกำเนิดจะสูงกว่าในหญิงที่ไม่ได้กินยาคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ เอช ดี แอล โคเลสเตอรอล (HDL- cholesterol) กลับต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ทั้งนี้อาจจะเป็นผลจากฮอร์โมนเพศ (Sex hormone) ในยาคุมกำเนิด

สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ (2535 : 46 – 47) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา โดยการศึกษาจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดพื้นฐานที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน และรับการรักษาที่โรงพยาบาลพังงา จำนวน 40 ราย โดยวิธีการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความรู้ของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเจ็บป่วยและพื้นฐานการศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ ความกลัวเป็นอัมพาต

ความสะดวกและความสม่ำเสมอของพฤติกรรม ซึ่งภายหลังการดำเนินการกิจกรรมกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ถนอมวรรณ อยู่ขำ (2536 : 184) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากร สังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง เพื่อศึกษาระดับ เปรียบเทียบ และศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ของบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สาขาวิชาที่สำเร็จการศึกษา ระดับชั้นของตำแหน่งราชการ และสายงาน (กอง) กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง จำนวน 267 คน เป็นชาย 168 คน และหญิง 99 คน ซึ่งได้มาโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นสัดส่วนตามชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบทดสอบวัดความรู้ แบบสอบถามวัดเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าทดสอบที ค่าทดสอบเอฟ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากผลคูณของคะแนนแบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลางมีความรู้ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในระดับพอใช้ มีเจตคติ และการปฏิบัติในระดับดี บุคลากรที่มีสาขาวิชาที่สำเร็จการศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน บุคลากรที่มีระดับการศึกษา ระดับชั้นของตำแหน่งราชการและสายงาน (กอง) ต่างกัน มีความรู้ และเจตคติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน บุคลากรชายและหญิงมีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน ส่วนความรู้ และเจตคติไม่แตกต่างกัน สำหรับบุคลากรที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน ส่วนความรู้ และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิต

ปิ่นทิพย์ บุญชาติ (2536 : 116) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยหญิงที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี ซึ่งได้จากการสุ่มแบบเป็นระบบจำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหญิงมีความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ถูกต้องมากที่สุด ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว และระดับการศึกษา ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อความเชื่อถือกับการป้องกันโรคเอดส์ ได้แก่ การตั้งครรรภ์ ที่อยู่อาศัย อายุและอาชีพ

สุวัฒน์ โคมินทร์ (2536 : 267) ได้ศึกษาการได้รับน้ำตาลชนิดต่าง ๆ กลับมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับ โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือด

ต่างๆ กัน ผลการศึกษาพบว่าถ้าให้ชายและหญิงวัยหมดประจำเดือนบริโภคน้ำตาลซูโครส (Sucrose) มากจะมีผลให้ ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดสูง ซึ่งปรากฏการณ์นี้จะไม่เกิดในหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือน ทั้งนี้เพราะหญิงสาวสามารถเผาผลาญไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ได้ดี ไคร์เซ็คสกาย (สุรตัน โคมินท์. 2536 : 267; อ้างอิงจาก Kritchevsky, et al. n.d.) ได้แสดงให้เห็นว่าการบริโภคน้ำตาล ซูโครส (Sucrose) กับน้ำตาล ฟรุคโตส (Fructose) ทำให้ ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดสูงขึ้นมากกว่าการบริโภคแป้ง และน้ำตาล กลูโคส (Glucose) ในขณะที่ระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ที่เปลี่ยนแปลงไปไม่มีความแตกต่างกันและระดับของไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) หรือ วี แอล ดี แอล (VLDL) ที่สูงขึ้นยังมีผลให้ระดับ เอช ดี แอล โคลเลสเตอรอล (HDL- cholesterol) ในเลือดลดลง

นिरันตร์ ชาวเรือหัก (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการออกกำลังกายในช่วงเวลาที่ต่างกันของวัน ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดของผู้หญิงสูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงของโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และ เอช ดี แอล โคลเลสเตอรอล (HDL- cholesterol) แอล ดี แอล โคลเลสเตอรอล (LDL- cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) แอล ดี แอล โคลเลสเตอรอล (LDL- cholesterol) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) และ เอช ดี แอล โคลเลสเตอรอล (HDL- cholesterol) ของกลุ่มทดลอง ทั้งสองกลุ่ม ลดลงและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปาริชาติ กาญจนะ (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปริมาณพลังงาน ปริมาณสารอาหาร (ที่ได้รับใน 1 วัน) ระดับไขมันในเลือดของวัยรุ่นอ้วนและปกติ และศึกษาหาความสัมพันธ์ของระดับไขมันในเลือดกับอาหารบริโภคของวัยรุ่นอ้วน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเพศชายอายุ 14-16 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ 5 ของโรงเรียนโยธินบูรณะ จำนวน 119 คน ประกอบด้วยวัยรุ่นอ้วน 60 คน และวัยรุ่นปกติ 59 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2537 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2538 โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ อาหารบริโภคศึกษาโดยวิธีบันทึกอาหารบริโภค 1 วัน และความถี่ในการบริโภคอาหารที่มีไขมันโคเลสเตอรอล (Cholesterol) คาร์โบไฮเดรตสูง และเจาะเลือดเพื่อหาระดับไขมันในเลือด ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นอ้วนมีระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงกว่าวัยรุ่นปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่เมื่อศึกษากลุ่มวัยรุ่นอ้วนที่มีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดสูงกับวัยรุ่นที่มีระดับไขมันในเลือดดังกล่าวปกติพบว่าอาหารบริโภคไม่แตกต่างกันทั้งปริมาณและสารอาหาร วัยรุ่นอ้วนที่มีระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูงมีความถี่ในการบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) นม เนย และอาหารทุกประเภทยกเว้นอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงกว่าวัยรุ่นอ้วนที่มีระดับ

โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $P < 0.05$ ,  $0.02$  และ  $0.05$  ตามลำดับ) ส่วนไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดสูงและปกติ จะพบมีความแตกต่างในความถี่ของการบริโภคอาหารว่างที่มีไขมันสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ศรชัย วีรมโนมัย (2539 : 351-352) ได้ศึกษาภาวะโคเลสเตอรอลสูงในคนไทยเขต เมืองในปีพุทธศักราช 2539 โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานบริษัทปิโตรเคมี จำกัด จำนวน 150 คน เป็นหญิง 54 คน ผลการศึกษาพบว่าระดับโคเลสเตอรอลของพนักงานชายเฉลี่ย  $242.5 \pm 48.5$  มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พนักงานหญิงเฉลี่ย  $234 \pm 46.4$  มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับ โคเลสเตอรอลจะสูงขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น โดยใช้เกณฑ์ตัดสินภาวะโคเลสเตอรอลสูงมากกว่าหรือ เท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัตราความชุกจะเท่ากับ 75.9 ซึ่งสูงมาก ซึ่งหมายถึง พนักงานส่วนใหญ่ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์ (2539 : ฉ-ช) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทย ในกรุงเทพมหานคร โดยมีนักเรียนวัยรุ่น เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 601 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ การดื่มเครื่องดื่ม ที่มีส่วนประกอบของคาเฟอีน การรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง และการออกกำลังกาย ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้วัยรุ่นและครอบครัวของวัยรุ่นได้ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิด พฤติกรรมดังกล่าว และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

สาส์ พิกุลทอง (2539 : 160-162) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของ ผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตากสิน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้าน การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับดี และศึกษาตามตัวแปรพบว่า อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพของผู้ดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรม สุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา

จันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเพื่อทราบและเปรียบเทียบ ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และการปฏิบัติตน ในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญ กระทรวงศึกษาธิการ ตามตัวแปร คือ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการ ดำรงตำแหน่ง และฐานะทางเศรษฐกิจ โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 208 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ และปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนความ เชื่อทางสุขภาพอยู่ในระดับดี ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีเพศต่างกันมีความรู้ในเรื่องภาวะ ไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วน ความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน

มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ส่วนความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตน ไม่แตกต่างกัน ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีอายุ ตำแหน่ง และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ไม่แตกต่างกัน ความรู้กับความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) กับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) กับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) มีความสัมพันธ์เชิงนิมาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สนธิ พึ่งสาย (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสินซึ่งมีอายุ 15 – 60 ปี โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 คน ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับปัจจัยทางเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

ศิริแข ไซติกวณิชย์ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงการศึกษาคำเชื่อทางสุขภาพและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อของพนักงานโรงงานในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยองโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างพนักงานชายจำนวน 304 คน ผลการศึกษาพบว่า พนักงานโรงงานที่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พนักงานโรงงานที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้ความเชื่อทางสุขภาพและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ พนักงานโรงงานที่มีความเชื่อทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์เชิงนิมานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุชาดา สัทธรรม (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มีค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วันเพ็ญ พูลทวี (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของอาหารบริโภค ดัชนีมวลกายและระดับไขมันในเลือดของหญิงอ้วนที่มีดัชนีมวลกาย  $\geq 25$  กก./เมตร<sup>2</sup> กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ของแผนกโภชนาวิทยาและโภชนบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 70 คน มีอายุระหว่าง 22-50 ปี การเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปซึ่งรวมทั้งข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม และความถี่ในการบริโภคอาหาร ที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง (Hypercholesterolemia) ผู้ดำเนินการวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน ผู้เข้าร่วมการวิจัยการเก็บข้อมูลอาหารบริโภคโดยวิธีการจดบันทึกอาหารบริโภค 3 วัน รวมทั้งการเจาะและตรวจเลือดหาระดับไขมัน ผลการศึกษาพบว่าอัตราส่วนระหว่าง TC/HDL-C (Total cholesterol/HDL cholesterol) มีค่า = 4.3 ซึ่งเป็นค่าที่แสดงว่าหญิงอ้วนกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ความสัมพันธ์ของอาหารบริโภคกับระดับไขมันในเลือด พบว่าพลังงานทั้งหมด และโปรตีน มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับระดับ TG (Total triglyceride) ( $r=0.24$  และ  $0.19$   $p < .05$ ) ปริมาณไขมันทั้งหมด มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับระดับ TC (Total cholesterol) และ TG (Total triglyceride) ( $r=0.29$  และ  $0.33$   $p < .05$ ) ส่วนปริมาณไขมันอิ่มตัว (SFA) มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับระดับ TC (Total cholesterol) และ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล (LDL - C) ( $r$  เท่ากันทั้งสองค่าคือ  $0.29$   $p < .05$ ) และพบว่า โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับ TC (Total cholesterol) TG (Total triglyceride) และ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล (LDL - C) แต่ไม่มีนัยสำคัญ จากผลการวิจัยเห็นว่าหญิงอ้วนกลุ่มนี้บริโภคสารอาหารเกินกว่าข้อกำหนด

สุวดี ปัญจรัตนกร (2540 : 92-93) ได้ศึกษาค่าโคเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ ในผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลกระบี่ การศึกษาในครั้งนี้ได้เปรียบเทียบค่าโคเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ 797 ราย ระหว่าง เพศ อายุ และ กลุ่มอาชีพ ผลการศึกษาพบว่า ระดับไขมันในเลือดมีความแตกต่างกันตามสภาพแวดล้อม และเทคนิควิธีการตรวจของห้องปฏิบัติการ รวมถึงปัจจัยด้านเชื้อชาติ อายุ เพศ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และภาวะเป็นโรคต่างๆ ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการแต่ละแห่งจึงหาค่าอ้างอิง และ ค่าระดับความเสี่ยงของระดับไขมันในเลือดขึ้นเอง

จิราพร ถนอมกล่อม (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตำรวจ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 83 ราย ตามตัวแปร ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว สถานภาพการปกครอง ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนความต้องการด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง และการได้รับการให้ความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ของหญิงผู้สงสัยว่าถูกข่มขืนมีความสัมพันธ์

กันทางบวกกับพฤติกรรมกำบังโรคนั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารของหญิงผู้สงสัยว่าถูกข่มขืนมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับพฤติกรรมกำบังโรคนั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเชื่อถึงความรุนแรงและผลกระทบของโรคนั้น ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคในการกำบังโรคนั้น และ ปัจจัยทางจิตสังคม ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืนไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมกำบังโรคนั้น ความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคนั้นของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืน

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ากรมแพทย์ทหารเรือ โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 260 คน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในเกณฑ์การปฏิบัติระดับค่อนข้างดี การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร การศึกษา อาชีพ และรายได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เยาวรัตน์ ศุภกรรม (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและเห็บกิ้งก่าของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 176 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนทั้งหมดมีพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและเห็บกิ้งก่าและความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติในระดับมาก ความเชื่อด้านสุขภาพและลักษณะทางจิตสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมปฏิบัติในกลุ่มรวมได้และการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถทำนายพฤติกรรมปฏิบัติที่ดีที่สุดในทุกระดับการปฏิบัติ นักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีพฤติกรรมปฏิบัติมากกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

มณฑา โมพี (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชุมพร โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 58 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 70 คน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษานักเรียนกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคนั้นเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ได้ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคนั้นเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และอาจารย์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 113 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี อายุระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และ ภาวะควบคุมโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ไสว ผีกฝน (2541 : 40) ได้ศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคอาหาร และการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง 337 ราย ระหว่างเดือน เมษายน – พฤษภาคม 2539 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน มักอาศัยอยู่กับบุตรหลานรักการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.18 มีความรู้เรื่องโภชนาการและมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ส่วนทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร้อยละ 48.67 เห็นว่าไม่ควรออกกำลังกาย เพราะจะทำให้เหนื่อย และร้อยละ 88.43 เห็นว่าควรได้รับการตรวจสุขภาพทุก 6 เดือน และพบว่า ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ร้อยละ 45.10 มีร่างกายผอม ร้อยละ 61.02 มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 8.01 เป็น โรคเบาหวาน

วิมล นิติวรางกูร (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมขึ้นไป จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและแบบบันทึกผลการตรวจระดับไขมันในเลือด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง ค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และระดับไขมันในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภายหลังจากทดลอง ค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ ปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และระดับไขมันในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง ในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เปรียบเทียบความแตกต่างของการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ระหว่างตัวแปรที่เป็นลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการสุขภาพในแผนกตรวจสุขภาพโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
  - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
  - 2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
  - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
  - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้การศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มาตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 160 คน โดยได้รับการตรวจเลือด แล้ววิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง

##### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจสุขภาพที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์กรุงเทพมหานคร โดยเลือกผู้ป่วยที่มีประวัติว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง และได้รับการตรวจเลือด แล้ววิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 113 คน เป็นชาย 19 ราย เป็นหญิง 94 ราย ระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2543 โดยการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเครชชี และมอร์แกน (Kerjcie & Morgan. 1970 : 607 - 610)

## การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมาตรวจสุขภาพเป็นประจำ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆจากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และสังคม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ น้อย ปานกลาง มาก เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ดังนี้

การได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์

การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า

การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ

การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร

### ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารที่เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา การวัดผลการศึกษา การวัดและการประเมินผลทางสุขศึกษา
3. สร้างแบบสอบถาม โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับ ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้จำนวน 50 ข้อ การดูแลตนเองได้จำนวน 30 ข้อ และ การสนับสนุนทางสังคมได้จำนวน 20 ข้อ ของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง
4. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปให้คณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาบัตร ตรวจสอบเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข
5. นำแบบสอบถามที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 39 ข้อ การดูแลตนเองจำนวน 13 ข้อ และการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 12 ข้อ
6. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วตามข้อ 5 ไปทดลองใช้ (Try out) และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ

### เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในแบบสอบถามตอนที่ 2 คือความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง และ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

#### 1.1 ข้อความทางบวก ถ้าตอบว่า

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1	คะแนน

#### 1.2 ข้อความทางลบ ถ้าตอบว่า

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน

ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5	คะแนน

ส่วนการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงให้คะแนน  
กลับกันจากความเชื่อ 3 ด้านที่กล่าวมาแล้ว

เมื่อรวมคะแนนของผู้ป่วยแต่ละคนแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้  
(วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง  
ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง  
ในระดับ ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง  
ในระดับไม่ดี

2. แบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในแบบสอบ  
ถามตอนที่ 3 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

2.1 ข้อความที่มีลักษณะทางบวกให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	2	คะแนน
ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง	ให้	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้	0	คะแนน

2.2 ข้อความที่มีลักษณะทางลบให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	0	คะแนน
ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง	ให้	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้	2	คะแนน

เมื่อรวมคะแนนของผู้ป่วยแต่ละคนแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้  
(วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายถึง ดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.33 หมายถึง ดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงพอใช้

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายถึง ดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงควร  
ปรับปรุง

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในแบบ  
สอบถามตอนที่ 4

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

ปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ได้รับการสนับสนุนทางสังคม น้อย	ให้	0	คะแนน
ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ปานกลาง	ให้	1	คะแนน
ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มาก	ให้	2	คะแนน

เมื่อรวมคะแนนของผู้ป่วยแต่ละคนแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้

(วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

0.00-0.66	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม น้อย
0.67-1.33	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม ปานกลาง
1.34-2.00	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม มาก

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Face validity) โดยนำแบบสอบถามพร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์ หรือทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยให้คะแนนดังนี้

ถ้าแน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหา	ให้	+1	คะแนน
ถ้าไม่แน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหา	ให้	0	คะแนน
ถ้าแน่ใจว่าไม่สอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหา	ให้	-1	คะแนน

นำผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ ไปหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า เป็นแบบสอบถาม

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการตรวจสุขภาพในแผนกตรวจสุขภาพโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จำนวน 100 คนซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

3. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้แล้วมาตรวจให้คะแนนและวิเคราะห์คุณภาพ ดังนี้

3.1 นำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยภาวะไขมันสูง มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคะแนนสูง

และ กลุ่มคะแนนต่ำ ใช้ t - test 25% ของเอ็ดเวิร์ด (Edward. 1957 : 152) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนก  $\geq 1.75$  ขึ้นไป ถือว่ามีอำนาจจำแนกสูง (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 114 - 116) ได้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ 37 การดูแลตนเอง 12 ข้อ และการสนับสนุนทางสังคม 12 ข้อ จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) โดยพบว่าแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.99 แบบสอบถามการดูแลตนเองมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.93 และ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.98

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ศึกษารายงานประวัติผู้ป่วยที่มาตรวจสุขภาพ ที่มีการตรวจเลือดและวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีความไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีประมาณวันละ 60 คน และคัดเลือกเฉพาะประวัติผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ มีประมาณวันละ 3-4 คน
3. ขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ที่ได้คัดเลือกไว้แล้วตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยอีกครั้ง โดยการสอบถามผู้ป่วยจนแน่ใจว่ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ต้องการ
4. ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างขึ้น โดยไม่จำกัดเวลา ในการตอบแบบสอบถาม

### การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เรียบร้อยแล้ววิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS/PC+ : Statistical Package for the social science / personal computer plus) และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยแต่ละรายให้สมบูรณ์จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 113 คน จำนวนข้อมูล 113 ชุด เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป
2. ตรวจสอบให้คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และการสนับสนุนทางสังคม ตามที่ได้กำหนดไว้แล้ว
3. หาความถี่และค่าร้อยละของข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย
4. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ

การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1,2,3,4,17,18,19,20,25,29

6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือ ค่าสถิติ เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,21,22,23,24,26,27,28,30

ถ้าพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)

7. วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 31

8. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางและความเรียงพร้อมข้อเสนอแนะ

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 40)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ  $\bar{X}$  แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X$  แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 74)

$$S = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$X^2$  แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$  แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

## 2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Face validity) โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลข ดังนี้

2.1.1 หาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหา โดยแต่ละคนพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนน ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

+1 เมื่อแน่ใจข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการหรือไม่

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม

$\sum R$  แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยวิธีการหาค่าอัตราส่วนวิกฤติ t เป็นรายข้อตามวิธีการของ t – test โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 131 - 132)

$$t = \frac{\overline{X_H} - \overline{X_L}}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

เมื่อ $t$	แทน	ค่าอำนาจจำแนกของคำถามแต่ละข้อ
$X_H$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง
$X_L$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ
$S^2_H$	แทน	คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มสูง
$S^2_L$	แทน	คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มต่ำ
$n_H$	แทน	จำนวนคนในกลุ่มสูง
$n_L$	แทน	จำนวนคนในกลุ่มต่ำ

2.3 วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118)

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

เมื่อ $\alpha$	แทน	ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
$n$	แทน	จำนวนข้อของข้อคำถาม
$\sum S_i^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามแต่ละข้อ
$S^2$	แทน	คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

### 3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม โดยการทดสอบที (t-test) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1,2,3,4,17,18,19,20,25,29 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 177)

$$t = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$\text{โดยที่ } df = \frac{\left[ \frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[ \frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[ \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ $t$	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที
$\bar{X}_1$ และ $\bar{X}_2$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
$S_1^2$ และ $S_2^2$	แทน	ค่าความแปรปรวนของประชากรกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
$n_1$ และ $n_2$	แทน	ขนาดของตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
df	แทน	จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,21,22,23,24,26,27,28,30 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 249)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ $F$	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ
$MS_B$	แทน	ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
$MS_W$	แทน	ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

3.3 ซึ่งเมื่อพบว่า การทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 267-269)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_W}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ	q	แทน	q-statistic ที่ได้จากรายการ
	$MS_w$	แทน	ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม
	$\tilde{n}$	แทน	จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

$$\text{โดยที่ } \tilde{n} = \frac{K}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_K}}$$

เมื่อ	K	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	$n_1 + n_2 \dots n_K$	แทน	จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึง กลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

3.4 ทดสอบหาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 31 โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 144 - 145)

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	$r_{xy}$	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนดิบของตัวแปร X
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนดิบของตัวแปร Y
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนนตัวแปร X กับ คะแนนของตัวแปร Y
	N	แทน	จำนวนคน

3.5 ทำการทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยทดสอบค่าที่ (t- test) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 146)

$$t = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ  $t$  แทน ค่าสถิติที (t-distribution)

$N$  แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$r$  แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t – distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F – distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จากข้อมูลที่รวบรวมได้ โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 คน และได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส/พีซี (SPSS/PC : Statistical Package for the Social Science / Personal Computer) การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมโดยการแจกความถี่และค่าร้อยละแล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้านความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร เป็นรายข้อโดยการหาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเชื่อ ระดับการปฏิบัติและระดับการสนับสนุนทางสังคมตามลำดับแล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความเชื่อด้านสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม โดยทดสอบค่า t (t – test) และค่าเอฟ (F – test) แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	n	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	19	16.80
	หญิง	94	83.20
	รวม	113	100.00
2. อายุ	15 – 20 ปี	5	4.40
	21 – 45 ปี	85	75.20
	46 – 60 ปี	18	16.00
	60 ปีขึ้นไป	5	4.40
	รวม	113	100.00
3. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	0.00	0.00
	ระดับประถมศึกษา	25	22.10
	ระดับมัธยมศึกษา	32	28.30
	ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป	56	49.60
	รวม	113	100.00

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	n	ร้อยละ	
4. รายได้ของครอบครัว	ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	5	4.40
	10,000 – 15,000 บาทต่อเดือน	43	38.10
	15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน	16	14.20
	20,000 บาทขึ้นไป	49	43.30
	รวม	113	100.00
5. จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ	1 ครั้ง	56	49.60
	มากกว่า 1 ครั้ง	57	50.40
	รวม	113	100.00
6. การสนับสนุนทางสังคม	น้อย	62	54.90
	ปานกลาง	15	13.30
	มาก	36	31.80
	รวม	113	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง เพศชายคิดเป็นร้อยละ 16.80 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 83.20 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 – 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.20 รองลงมาคือ 46 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.00 ได้รับการศึกษาในระดับอุดมศึกษาขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 49.60 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.30 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว 20,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 43.30 รองลงมารายได้ของครอบครัว 10,000 – 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 38.10 จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ ส่วนใหญ่มากกว่า 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50.40 รองลงมาคือ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 49.60 และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 54.90 รองลงมาคือ ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 31.80

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเชื่อ ระดับการปฏิบัติตามลำดับของความเชื่อด้านสุขภาพและ การดูแลตนเอง เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้มารับบริการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 7 – 8

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย  
ภาวะไขมันในเลือดสูง

ความเชื่อด้านสุขภาพ	X	S	ระดับความเชื่อ
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง</b>			
1. การรับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัวมากเกินไป เช่น ไขมันจากสัตว์ อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ ไข่ สมอสัตว์ เครื่องในสัตว์ ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้	3.98	0.90	ดี
2. การรับประทาน อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบเป็นประจำทุกวันมีโอกาสเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้	3.94	0.85	ดี
3. การใช้น้ำมันที่ได้จากสัตว์ ปรงอาหารเป็นประจำ ไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง	2.27	1.04	ไม่ดี
4. การรับประทานอาหารที่ประกอบจากเนื้อสัตว์มากกว่าอาหารที่มีส่วนประกอบจากผัก จะทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้	3.80	0.96	ดี
5. การตีมนมพร้อมมันเนยมีส่วนช่วยลดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ดีกว่าการตีนมธรรมดา	3.54	1.29	ปานกลาง
6. การไม่ระวังเรื่องน้ำหนักตัวทำให้อ้วนมีโอกาสเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้	3.68	1.10	ดี
7. การขาดการออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้	3.75	1.02	ดี
8. การออกกำลังกายมากเกินไปทำให้เกิดการเพิ่มไขมันชนิดดี และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้	3.29	1.08	ปานกลาง
9. การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสิ่งที่ควรกระทำ	4.45	0.52	ดี
10. การพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพประจำปีมีโอกาสลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้	3.96	0.88	ดี
รวม	3.66	0.70	ปานกลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	X	S	ระดับความเชื่อ
<b>การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูง</b>			
11. ท่านคิดว่าภาวะไขมันในเลือดสูงไม่ก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง	3.46	1.23	ปานกลาง
12. ท่านคิดว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นต้องควบคุม	3.78	0.93	ดี
13. การควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงจะทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอุดตันได้	4.35	0.55	ดี
14. การรับประทานยาลดไขมันในเลือดอย่างเดียวก็เพียงพอไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร	1.95	0.89	ไม่ดี
15. ถ้าเจาะเลือด และตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการพบว่า ท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูง ท่านควรปรึกษาแพทย์ เพื่อรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงต่อไป	3.86	1.00	ดี
16. การงดรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ กะทิ จะสามารถป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้	4.29	0.53	ดี
17. การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบจากพืชผักต่าง ๆ จะสามารถป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้	3.92	0.84	ดี
รวม	3.66	0.59	ปานกลาง

**การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง**

18. การเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลานั้นจะช่วยลดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ดีกว่าเนื้อสัตว์ประเภทอื่น	3.50	1.24	ปานกลาง
19. ถ้าท่านงดรับประทานอาหารที่มีไขมันลงได้ก็ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ เพื่อตรวจเลือดหาระดับไขมันอีก	3.26	1.14	ปานกลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	X	S	ระดับความเชื่อ
20. การตรวจสุขภาพ และได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เรื่องการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น	4.29	0.46	ดี
21. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงทำได้ง่ายกว่าการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง	3.72	0.99	ดี
22. แผ่นพับและสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้ท่านมีความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้	3.77	0.97	ดี
รวม	3.71	0.89	ดี

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

23. ในการมาตรวจแต่ละครั้งทำให้ท่านเสียเวลามาก	2.94	1.64	ปานกลาง
24. แม้ว่าท่านมีภาระกิจมากในการปฏิบัติงานแต่ท่านสามารถปลีกเวลามาตรวจเลือด เพื่อวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูงได้ตามแพทย์นัดทุกครั้ง	3.46	1.39	ปานกลาง
25. การตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดแต่ละครั้งต้องงดน้ำและอาหารก่อนทำการตรวจเป็นเวลาหลาย ๆ ชั่วโมงเป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับท่าน	3.01	1.62	ปานกลาง
26. ท่านไม่มีเวลามากพอที่จะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	2.64	1.52	ปานกลาง
27. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการรอฟังผลการตรวจภาวะไขมันในเลือดของท่าน	2.81	1.52	ปานกลาง
28. ถ้าท่านไม่ว่างในการฟังผลการตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดท่านก็สามารถให้คนอื่นมาฟังผลแทนได้เหมือน	3.22	1.21	ปานกลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ระดับความเชื่อ
29. สถานที่ให้บริการตรวจสุขภาพอยู่ไกลเกินไปทำให้ท่านลำบากในการเดินทางมาตรวจเลือดเพื่อติดตามภาวะไขมันในเลือดของท่าน	3.56	0.72	ปานกลาง
30. ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดปัญหาการเงินต่อครอบครัวมาก	3.20	1.14	ปานกลาง
31. การตรวจสุขภาพประจำปีไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดตรวจดูภาวะไขมันในเลือด เพียงแต่การตรวจร่างกายเพียงอย่างเดียวก็พอเพราะจะทำให้สิ้นเปลือง	3.73	0.71	ดี
32. ท่านไม่ต้องการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับไขมันในการตรวจสุขภาพประจำปีเนื่องจากกลัวเจ็บ	3.31	1.20	ปานกลาง
33. ท่านรู้สึกอายนที่ผลการตรวจเลือดพบว่าท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูงเพราะว่าจะบอกถึงนิสัยการบริโภคอาหารที่ไม่ดีของท่าน	3.68	0.74	ดี
34. ท่านไม่สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้ เนื่องจากสิ่งเหล่านั้น ขัดกับความเคยชินในการปฏิบัติตัวของท่าน	2.86	1.56	ปานกลาง
35. ท่านคิดว่าการควบคุมอาหารของท่านทำให้เป็นภาระในการประกอบอาหาร	2.92	1.52	ปานกลาง
36. ท่านชอบงานเลี้ยงสังสรรค์ต่าง ๆ เพราะท่านสามารถบริโภคได้อย่างถูกปาก	2.82	1.53	ปานกลาง
37. ท่านไม่ย่อหย่อนหาเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง มาอ่านเพิ่มเติมเพราะทำให้ท่านจะปฏิบัติตัวได้มากยิ่งขึ้น	3.11	1.42	ปานกลาง
รวม	3.15	1.21	ปานกลาง
ความเชื่อด้านสุขภาพรวมทุกด้าน	3.46	0.88	ปานกลาง

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจ

สุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ 3.46 ( S = 0.88) อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง

การดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
1. ท่านใช้น้ำมันหมู น้ำมันมะพร้าวปรุงอาหารเป็นประจำ	1.13	0.94	พอใช้
2. ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวานเป็นประจำทุกวัน	1.33	0.70	พอใช้
3. ท่านชอบใช้ผักในการประกอบอาหารมากกว่าเนื้อสัตว์ ไข่	1.52	0.57	ดี
4. ท่านมีการเลี้ยงสังสรรค์กับเพื่อน และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผสมเป็นประจำ ทุกเดือน	1.50	0.54	ดี
5. ท่านสูบบุหรี่ หรืออยู่ใกล้ชีวิตคนที่สูบบุหรี่มากเป็นเวลามากกว่า 1 ปี	0.48	0.55	ควรปรับปรุง
6. ท่านควบคุมน้ำหนักโดยวิธีออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น การวิ่ง การว่ายน้ำ ติดต่อกันอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	1.04	0.94	พอใช้
7. ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุก ๆ ปี เพื่อดูว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง	1.43	0.61	ดี
8. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างสม่ำเสมอ	1.50	0.52	ดี
9. ท่านเลื่อนการไปพบแพทย์ตามนัดเสมอเมื่อแพทย์นัดเจาะเลือดเพื่อติดตามการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง	1.50	0.55	ดี
10. ท่านซื้อยาลดไขมันรับประทานเองเสมอเมื่อท่านไม่มีเวลาไปพบแพทย์	1.20	0.96	พอใช้
11. ท่านสนใจติดตามข่าวสารการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างสม่ำเสมอ	1.35	0.61	ดี

ตาราง 8 (ต่อ)

การดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
12. ท่านผ่อนคลายความเครียดของท่านโดยหางาน อดิเรกทำ เช่น การปลูกต้นไม้ การดูโทรทัศน์ การเลี้ยงสัตว์	1.55	0.55	ดี
รวม	1.29	0.49	พอใช้

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.29 (S = 0.49) อยู่ในระดับพอใช้

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ดังปรากฏตามตาราง 9 – 33

ตาราง 9 จำนวนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามตัวแปร

	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
1. เพศ	ชาย	19	3.61	0.61
	หญิง	94	3.68	0.72
	รวม	113	3.67	0.70
2. อายุ (ปี)	15 – 20 ปี	5	3.80	0.23
	21 – 45 ปี	85	3.53	0.71
	46 – 60 ปี	18	4.11	0.52
	60 ปีขึ้นไป	5	4.20	0.43

ตาราง 9 (ต่อ)

	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
	รวม	113	3.67	0.70
3. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	0	0.00	0.00
	ระดับประถมศึกษา	25	2.96	0.33
	ระดับมัธยมศึกษา	32	3.35	0.63
	ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป	56	4.16	0.42
	รวม	113	3.67	0.70
4. รายได้ของครอบครัว	ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	5	4.00	0.14
	10,000 – 15,000 บาทต่อเดือน	43	3.04	0.46
	15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน	16	3.93	0.60
	20,000 บาทขึ้นไป	49	4.10	0.51
	รวม	113	3.67	0.70
5. จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ	1 ครั้ง	56	3.26	0.60
	มากกว่า 1 ครั้ง	57	4.07	0.54
	รวม	113	3.67	0.71
6. การสนับสนุนทางสังคม	น้อย	62	4.08	0.30
	ปานกลาง	15	3.52	0.68
	มาก	36	2.99	0.63
	รวม	113	3.67	0.70

จากตาราง 9 แสดงว่า ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตาม เพศ พบว่า เพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ย 3.68 สูงกว่าเพศชายที่มีคะแนนเฉลี่ย 3.61 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงทั้งเพศหญิง และเพศชาย มีความเชื่อด้านโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับดี จำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง มีคะแนนเฉลี่ย

สูงสุด คือ 4.20 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับดี รองลงมาคือ อายุ 46 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 4.11 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับดี อายุ 15 - 20 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 3.80 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับดี และอายุ 21 - 45 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 3.53 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษาขึ้นไปมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.16 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับดี รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 3.35 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง และระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 2.96 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง จำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่า ผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว 20,000 บาทขึ้นไป มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.10 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับดี รองลงมาคือ ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 4.00 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับดี 15,001 - 20,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย 3.93 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับดี และ 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 3.04 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง จำแนกตามจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพมากกว่า 1 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.07 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับดี รองลงมาคือ ผู้ที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ 1 ครั้ง คือ มีคะแนนเฉลี่ย 3.26 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.08 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับดี รองลงมาคือ ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 3.52 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลางและผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก มีคะแนนเฉลี่ย 2.99 มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยการทดสอบค่าที (t - test) ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{X}$	S	t	p
ชาย	19	3.61	0.61	-0.43	.02
หญิง	94	3.67	0.72		

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศต่างกัน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1

ตาราง 11 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ

จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ	n	X	S	t	p
1 ครั้ง	56	3.26	0.60	-7.56	0.07
มากกว่า 1 ครั้ง	57	4.07	0.54		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพต่างกันมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 17

สำหรับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way Analysis of Variance) ดังปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	6.56	2.19	4.98*	.00
	ภายในกลุ่ม	109	47.87	0.44		
	รวม	112	54.43			
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	2	29.56	14.78	35.38*	.00
	ภายในกลุ่ม	110	24.87	0.23		
	รวม	112	54.43			

ตาราง 12 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
รายได้ของครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	3	27.70	9.23	37.66*	.00
	ภายในกลุ่ม	109	26.73	0.25		
	รวม	112	54.43			
การสนับสนุนทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2	39.82	19.91	149.84*	.00
	ภายในกลุ่ม	110	14.61	0.13		
	รวม	112	54.43			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5, 9, 13 และข้อที่ 21 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman - Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นรายคู่ จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร		อายุ				
		21 – 45 ปี	15 – 20 ปี	46 – 60 ปี	60 ปีขึ้นไป	
	$\bar{X}$	3.53	3.80	4.11	4.20	
1. อายุ	21 – 45 ปี	3.53	-	0.27	0.58*	0.67
	15 – 20 ปี	3.80		-	0.31	0.40
	46 – 60 ปี	4.11			-	0.09
	60 ปีขึ้นไป	4.20				-

ตาราง 13 (ต่อ)

ตัวแปร		ต่ำกว่า ประถมศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	อุดมศึกษา ขึ้นไป	
	$\bar{X}$	0.00	2.96	3.35	4.16	
2. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่า					
	ประถมศึกษา	0.00	-	2.96	3.35	4.16
	ประถมศึกษา	2.96		-	0.39*	1.20*
	มัธยมศึกษา	3.35			-	0.81*
	อุดมศึกษา ขึ้นไป	4.16				-
			10,000 - 15,000 บาทต่อ เดือน	15,001 - 20,000 บาทต่อ เดือน	ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อ เดือน	20,000 บาท ขึ้นไป
	$\bar{X}$	3.04	3.39	4.00	4.10	
3. รายได้ของครอบครัว	10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน	3.04	-	0.89*	0.96*	1.06*
	15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน	3.39		-	0.07	0.17
	ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	4.00			-	1.10
	20,000 บาทขึ้นไป	4.10				-

ตาราง 13 (ต่อ)

ตัวแปร		มาก ปานกลาง น้อย			
		$\bar{X}$	2.88	3.44	4.18
4. การสนับสนุนทางสังคม	มาก	2.88	-	0.56*	1.30*
	ปานกลาง	3.44		-	0.74*
	น้อย	4.18			-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 46 - 60 ปี มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 21 - 45 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมีธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่าง จำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และ 20,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่าง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และระดับมาก ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 จำนวนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามตัวแปร

	ตัวแปร	n	X	S
1. เพศ	ชาย	19	3.61	0.54
	หญิง	94	3.67	0.61
	รวม	113	3.66	0.60
2. อายุ (ปี)	15 – 20 ปี	5	3.80	0.36
	21 – 45 ปี	85	3.55	0.62
	46 – 60 ปี	18	3.98	0.40
	60 ปีขึ้นไป	5	4.14	0.30
	รวม	113	3.66	0.60
3. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	0	0.00	0.00
	ระดับประถมศึกษา	25	3.08	0.37
	ระดับมัธยมศึกษา	32	3.41	0.57
	ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป	56	4.06	0.36
	รวม	113	3.66	0.60
4. รายได้ของครอบครัว	ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	5	4.23	0.22
	10,000 – 15,000 บาทต่อเดือน	43	3.12	0.40
	15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน	16	3.87	0.50
	20,000 บาทขึ้นไป	49	4.00	0.42
	รวม	113	3.66	0.60
5. จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ	1 ครั้ง	56	3.33	0.56
	มากกว่า 1 ครั้ง	57	3.97	0.44
	รวม	113	3.66	0.60
6. การสนับสนุนทางสังคม	น้อย	62	4.40	0.41
	ปานกลาง	15	3.15	0.83
	มาก	36	2.74	0.14
	รวม	113	3.66	0.60

จากตาราง 14 แสดงว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม เพศ พบว่า เพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ย 3.67 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับดี เพศชาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.61 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.14 รองลงมาคือ 46 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 3.98 และ 15 - 20 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 3.80 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับดีและผู้ป่วยที่มีอายุ 21 - 45 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 3.80 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับดี จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยระดับอุดมศึกษาขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย 4.06 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงในระดับดี ผู้ป่วยระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 3.41 และระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 3.08 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง จำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.23 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 20,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 4.00 และผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 3.87 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงในระดับดี ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 3.12 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง จำแนกตามจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพมากกว่า 1 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.97 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงในระดับดี และผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ 1 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ย 3.33 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.40 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงในระดับดี รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 3.15 และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากมีคะแนนเฉลี่ย 2.74 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยการทดสอบค่าที (t - test) ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{X}$	S	t	p
ชาย	19	3.61	0.54	-0.42	.04
หญิง	94	3.67	0.61		

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศต่างกัน มีความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2

ตาราง 16 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ

จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ	n	$\bar{X}$	S	t	p
1 ครั้ง	56	3.33	0.56	-6.76*	.01
มากกว่า 1 ครั้ง	57	3.40	0.44		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพต่างกัน มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 18

สำหรับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way Analysis of Varivance) ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่อด้านการรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	4.16	1.39	4.26*	.01
	ภายในกลุ่ม	109	35.45	0.33		
	รวม	112	39.61			
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	2	19.18	9.60	51.65*	.00
	ภายในกลุ่ม	110	20.43	0.19		
	รวม	112	39.61			
รายได้ของครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	3	20.36	6.79	38.43*	.00
	ภายในกลุ่ม	109	19.25	0.18		
	รวม	112	39.61			
การสนับสนุนทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2	27.38	13.70	123.10*	.00
	ภายในกลุ่ม	110	12.23	0.11		
	รวม	112	39.61			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6, 10, 14 และข้อที่ 22 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman - Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นรายคู่ จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร			21 – 45 ปี	15 – 20 ปี	46 – 60 ปี	60 ปีขึ้นไป
		$\bar{X}$	3.55	3.80	3.98	4.14
1. อายุ	21 – 45 ปี	3.55	-	0.25	0.43*	0.59
	15 – 20 ปี	3.80		-	0.18	0.34
	46 – 60 ปี	3.98			-	0.16
	60 ปีขึ้นไป	4.14				-
				ต่ำกว่า ประถมศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา
		$\bar{X}$	0.00	3.08	3.41	4.06
2. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่า					
	ประถมศึกษา	0.00	-	3.08	3.41	4.06
	ประถมศึกษา	3.08		-	0.33*	0.98*
	มัธยมศึกษา	3.41			-	0.65*
	อุดมศึกษา ขึ้นไป	4.06				-
			10,000 – 15,000 บาทต่อ เดือน	15,001 – 20,000 บาทต่อ เดือน	ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อ เดือน	20,000 บาท ขึ้นไป
		$\bar{X}$	3.12	3.87	4.00	4.23
3. รายได้ของครอบครัว	10,000 – 15,000 บาทต่อเดือน	3.12	-	0.75*	0.88	1.11*
	15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน	3.87		-	0.13	0.36

ตาราง 18 (ต่อ)

ตัวแปร	10,000	15,001	ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	20,000 บาทขึ้นไป
	- 15,000 บาทต่อเดือน	- 20,000 บาทต่อเดือน	10,000 บาทต่อเดือน	
	$\bar{X}$ 0.12	0.87	4.00	4.23
ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	4.00		-	0.23
20,000 บาทขึ้นไป	4.23			-
		มาก	ปานกลาง	น้อย
	$\bar{X}$ 2.99	2.99	3.52	4.08
4. การสนับสนุนทางสังคม	มาก	2.99	-	0.26*
	ปานกลาง	3.52		0.56*
	น้อย	4.08		-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม อายุ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 46 - 60 ปี มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 21 - 45 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่า ไม่แตกต่างกัน จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยระดับอุดมศึกษาขึ้นไป มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงสูงกว่าผู้ป่วยระดับประถมศึกษา และมีธยมศึกษา ผู้ป่วยระดับมัธยมศึกษา มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคสูงกว่า ผู้ป่วยระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น พบว่า ไม่แตกต่างกัน จำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 20,000 บาทขึ้นไป รายได้ของครอบครัว 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน และรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มี

รายได้ของครอบครัว 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลางมีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคม ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 19 จำนวนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามตัวแปร

	ตัวแปร	n	X	S
1. เพศ	ชาย	19	3.72	0.86
	หญิง	94	3.70	0.90
	รวม	113	3.71	0.89
2. อายุ (ปี)	15 – 20 ปี	5	4.20	0.47
	21 – 45 ปี	85	3.50	0.88
	46 – 60 ปี	18	4.30	0.64
	60 ปีขึ้นไป	5	4.56	0.43
	รวม	113	3.71	0.89
3. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	0	0.00	0.00
	ระดับประถมศึกษา	25	2.84	0.41
	ระดับมัธยมศึกษา	32	3.39	0.89
	ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป	56	4.28	0.60
	รวม	113	3.71	0.89
4. รายได้ของ ครอบครัว	ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	5	4.20	0.24
	10,000 – 15,000 บาทต่อเดือน	43	2.96	0.63
	15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน	16	4.06	0.84
	20,000 บาทขึ้นไป	49	4.19	0.68
	รวม	113	3.71	0.89

ตาราง 19 (ต่อ)

	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
5. จำนวนครั้งที่มา				
ตรวจสุขภาพ	1 ครั้ง	56	3.22	0.76
	มากกว่า 1 ครั้ง	57	4.18	0.73
	รวม	113	3.71	0.89
6. การสนับสนุน				
ทางสังคม	น้อย	62	4.40	0.41
	ปานกลาง	15	3.15	0.83
	มาก	36	2.74	0.14
	รวม	113	3.71	0.89

จากตาราง 19 แสดงว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม เพศ พบว่า เพศชาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.72 สูงกว่า เพศหญิง ที่มีคะแนนเฉลี่ย 3.70 ทั้งเพศชายและหญิง มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับดี จำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.56 รองลงมาคือ ผู้ป่วยอายุ 46 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 4.30 และผู้ป่วยอายุ 15 - 20 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 4.20 มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยระดับอุดมศึกษาขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.28 มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติอยู่ในระดับดี รองลงมาคือ ผู้ป่วยระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 3.39 มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลางและผู้ป่วยระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 2.84 มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.20 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 20,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย 4.19 และผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 15,001 - 20,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย 4.06 มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 2.96 มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ

ในระดับปานกลาง จำแนกตามจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ มากกว่า 1 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.18 มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติในระดับดี รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ 1 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ย 3.22 มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ ในระดับปานกลาง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.40 มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติในระดับดี รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 3.15 และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากมีคะแนนเฉลี่ย 2.74 มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติในระดับปานกลาง

ผู้วิจัยนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยการทดสอบค่าที (t - test) ดังปรากฏตามตาราง 20

ตาราง 20 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{X}$	S	t	p
ชาย	19	3.72	0.86	0.05	.17
หญิง	94	3.70	0.90		

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศต่างกัน มีการรับรู้ประโยชน์ของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3

ตาราง 21 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ

จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ	n	$\bar{X}$	S	t	p
1 ครั้ง	56	3.22	0.76	-6.82*	.11
มากกว่า 1 ครั้ง	57	4.18	0.73		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 แสดง ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพต่างกันมีการรับ

รู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 19

สำหรับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way Analysis of Variance) ดังปรากฏตามตาราง 22

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	14.78	4.93	7.31*	.00
	ภายในกลุ่ม	109	73.46	0.67		
	รวม	112	88.25			
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	2	40.13	20.06	45.86*	.00
	ภายในกลุ่ม	110	48.12	0.44		
	รวม	112	88.25			
รายได้ของครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	3	38.57	12.86	28.21*	.00
	ภายในกลุ่ม	109	49.67	0.46		
	รวม	112	88.25			
การสนับสนุนทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2	67.84	33.92	182.84*	.00
	ภายในกลุ่ม	110	20.41	0.19		
	รวม	112	88.25			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7, 11, 15, 23 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman - Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 23

ตาราง 23 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นรายคู่ จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร			21 – 45 ปี	15 – 20 ปี	46 – 60 ปี	60 ปีขึ้นไป
		$\bar{X}$	3.50	4.20	4.30	4.56
1. อายุ	21 – 45 ปี	3.50	-	0.7	0.8*	1.06*
	15 – 20 ปี	4.20		-	0.10	0.36
	46 – 60 ปี	4.30			-	0.26
	60 ปีขึ้นไป	4.56				-
			ต่ำกว่า ประถมศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	อุดมศึกษา ขึ้นไป
		$\bar{X}$	0.00	2.84	3.39	4.28
2. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่า					
	ประถมศึกษา	0.00	-	2.84	3.39	4.28
	ประถมศึกษา	2.84		-	0.55*	1.44*
	มัธยมศึกษา	3.39			-	0.89*
	อุดมศึกษา ขึ้นไป	2.28				-

ตาราง 13 (ต่อ)

ตัวแปร	— X	10,000 –	15,001 –	20,000	ต่ำกว่า	
		15,000 บาทต่อ เดือน	20,000 บาทต่อ เดือน	บาท ขึ้นไป	10,000 บาทต่อ เดือน	
		2.96	4.06	4.19	4.20	
3. รายได้ของครอบครัว	10,000 – 15,000 บาทต่อเดือน	2.96	-	1.10*	1.23*	1.24*
	15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน	4.06	-	0.13	0.14	
	20,000 บาท ขึ้นไป	4.19		-	0.01	
	ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	4.20			-	
			มาก	ปานกลาง	น้อย	
	— X	2.74	3.15	4.40		
4. การสนับสนุนทางสังคม	มาก	2.74	-	0.41*	1.66*	
	ปานกลาง	3.15		-	1.25*	
	น้อย	4.40			-	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 46 - 60 ปี มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงสูงกว่าผู้ป่วยอายุ 21 - 45 ปี และผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยอายุ 21 - 45 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกันจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย

ระดับมัธยมศึกษา มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยระดับประถมศึกษาและผู้ป่วยระดับอุดมศึกษาขึ้นไป มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน จำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 20,000 บาทขึ้นไป มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน และผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 24 จำนวนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามตัวแปร

	ตัวแปร	n	X	S
1. เพศ	ชาย	19	3.44	1.08
	หญิง	94	3.10	1.23
	รวม	113	3.15	1.21
2. อายุ (ปี)	15 – 20 ปี	5	3.75	0.63
	21 – 45 ปี	85	2.86	1.21
	46 – 60 ปี	18	4.06	0.66
	60 ปีขึ้นไป	5	4.31	0.40
	รวม	113	3.15	1.21
3. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	0	0.00	0.00
	ระดับประถมศึกษา	25	1.90	0.69
	ระดับมัธยมศึกษา	32	2.65	1.15

ตาราง 24 (ต่อ)

	ตัวแปร	n	X	S
	ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป	56	4.00	0.64
	รวม	113	3.15	1.21
4. รายได้ของ				
ครอบครัว	ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	5	3.59	0.55
	10,000 – 15,000 บาทต่อเดือน	43	1.99	0.76
	15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน	16	3.73	1.03
	20,000 บาทขึ้นไป	49	3.94	0.75
	รวม	113	3.15	1.21
5. จำนวนครั้งที่มา				
ตรวจสุขภาพ	1 ครั้ง	56	2.37	1.03
	มากกว่า 1 ครั้ง	57	3.92	0.80
	รวม	113	3.15	1.21
6. การสนับสนุน				
ทางสังคม	น้อย	62	4.11	0.42
	ปานกลาง	15	2.67	1.01
	มาก	36	1.70	0.12
	รวม	113	3.15	1.21

จากตาราง 24 แสดงว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม เพศ พบว่า เพศชาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.44 เพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ย 3.10 มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง จำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.31 รองลงมาคือ 46 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 4.06 และ 15 - 20 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 3.75 มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยอายุ 21 - 45 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 2.86 มีความเชื่อด้านการรับรู้

อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยระดับอุดมศึกษาขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.00 มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับดี รองลงมาคือ ผู้ป่วยระดับมัธยมศึกษามีค่าเฉลี่ย 2.65 มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในระดับปานกลางและผู้ป่วยระดับประถมศึกษามีคะแนนเฉลี่ย 1.90 มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับไม่มี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 20,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.94 และรองลงมาคือ 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 3.73 มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 3.59 มีความเชื่อด้านอุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับ ปานกลาง และผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 1.99 มีความเชื่อด้านอุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในระดับไม่ดี จำแนกตามจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพมากกว่า 1 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.92 มีความเชื่อด้านอุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงระดับดีรองลงมา คือ ผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ 1 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ย 2.37 มีความเชื่อด้านอุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในระดับปานกลาง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 4 - 11 มีความเชื่อด้านอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในระดับดี รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 2.67 มีความเชื่อด้านอุปสรรคในการปฏิบัติตน ระดับปานกลางและผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากมีคะแนนเฉลี่ย 1.70 มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน ระดับไม่ดี ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยการทดสอบค่าที (t - test) ดังปรากฏตามตาราง 25

ตาราง 25 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามเพศ

เพศ	n	X	S	t	p
ชาย	19	3.44	1.08	1.23	.03
หญิง	94	3.10	1.23		

จากตาราง 25 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศต่างกัน มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4

ตาราง 26 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ

จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ	n	$\bar{X}$	S	t	p
1 ครั้ง	56	2.37	1.03	-8.96*	.00
มากกว่า 1 ครั้ง	57	3.92	0.80		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 แสดง ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพต่างกันมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 20

สำหรับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way Analysis of Variance) ดังปรากฏตามตาราง 27

ตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	30.71	10.24	8.45*	.00
	ภายในกลุ่ม	109	132.11	1.21		
	รวม	112	162.83			
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	2	88.29	44.14	65.15*	.00
	ภายในกลุ่ม	110	74.54	0.68		

ตาราง 27 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
	รวม	112	162.83			
รายได้ของครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	3	94.94	31.65	50.81*	.00
	ภายในกลุ่ม	109	67.89	0.62		
	รวม	112	162.83			
การสนับสนุนทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2	137.39	68.70	297.10*	.00
	ภายในกลุ่ม	110	25.44	0.23		
	รวม	112	162.83			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 27 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8, 12, 16, 24 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman - Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 28

ตาราง 28 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นรายคู่ จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร		อายุ				
		21 – 45 ปี	15 – 20 ปี	46 – 60 ปี	60 ปีขึ้นไป	
	$\bar{X}$	2.86	3.75	4.06	4.31	
1. อายุ	21 – 45 ปี	2.86	-	0.89	1.20*	1.45*
	15 – 20 ปี	3.75		-	0.31	0.56
	46 – 60 ปี	4.06			-	0.25
	60 ปีขึ้นไป	4.31				-

## ตาราง 28 (ต่อ)

ตัวแปร			ต่ำกว่า ประถมศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	อุดมศึกษา ขึ้นไป
		$\bar{X}$	0.00	1.90	2.65	4.00
2. ระดับการศึกษา						
	ต่ำกว่า					
	ประถมศึกษา	0.00	-	1.90	2.65	4.00
	ประถมศึกษา	1.90		-	0.75*	1.20*
	มัธยมศึกษา	2.65			-	1.35*
	อุดมศึกษา ขึ้นไป	4.00				-
			10,000	15,001	ต่ำกว่า	20,000
			- 15,000	- 20,000	10,000	บาท
			บาทต่อ	บาทต่อ	บาทต่อ	ขึ้นไป
			เดือน	เดือน	เดือน	
		$\bar{X}$	1.99	3.59	3.73	3.94
3. รายได้ของครอบครัว						
	10,000 -					
	15,000					
	บาทต่อเดือน	1.99	-	1.60*	1.74*	1.95*
	15,001 -					
	20,000					
	บาทต่อเดือน	3.59		-	0.14	0.35
	ต่ำกว่า					
	10,000					
	บาทต่อเดือน	3.73			-	0.21
	20,000					
	บาทขึ้นไป	3.94				-

ตาราง 28 (ต่อ)

ตัวแปร			มาก	ปานกลาง	น้อย
		$\bar{X}$	1.70	2.67	4.11
4. การสนับสนุนทางสังคม	มาก	1.70	-	0.97*	2.41*
	ปานกลาง	2.67		-	1.44*
	น้อย	4.11			-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 28 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 46 - 60 ปี มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 21 - 45 ปี และผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 21 - 45 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยระดับมัธยมศึกษา มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยระดับประถมศึกษา และผู้ป่วยระดับอุดมศึกษาขึ้นไปมีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยประถมศึกษาและมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน จำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน และ 20,000 บาทขึ้นไป มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น พบว่า ไม่แตกต่างกัน จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคม ปานกลาง มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 29 จำนวนค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะ  
ไขมันในเลือดสูง จำแนกตามตัวแปร

	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
1. เพศ	ชาย	19	1.49	0.47
	หญิง	94	1.25	0.49
	รวม	113	1.29	0.50
2. อายุ (ปี)	15 – 20 ปี	5	1.58	0.28
	21 – 45 ปี	85	1.16	0.48
	46 – 60 ปี	18	1.71	0.26
	60 ปีขึ้นไป	5	1.78	0.11
	รวม	113	1.29	0.50
3. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	0	0.00	0.00
	ระดับประถมศึกษา	25	0.82	0.31
	ระดับมัธยมศึกษา	32	1.09	0.43
	ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป	56	1.62	0.34
	รวม	113	1.29	0.50
4. รายได้ครอบครัว	ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	5	0.18	0.08
	10,000 – 15,000 บาทต่อเดือน	43	0.84	0.28
	15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน	16	1.60	0.43
	20,000 บาทขึ้นไป	49	1.60	0.36
	รวม	113	1.29	0.50
5. จำนวนครั้งที่มา ตรวจสุขภาพ	1 ครั้ง	56	0.99	0.40
	มากกว่า 1 ครั้ง	57	1.60	0.38
	รวม	113	1.29	0.50
6. การสนับสนุน ทางสังคม	น้อย	62	1.70	0.22
	ปานกลาง	15	0.97	0.35
	มาก	36	0.74	0.05
	รวม	113	1.29	0.50

จากตาราง 29 แสดงว่า การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ พบว่า เพศชาย มีคะแนนเฉลี่ย 1.49 มีการดูแลตนเองในระดับดี เพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ย 1.25 มีการดูแลตนเองในระดับพอใช้ จำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 1.78 รองลงมาคือ 46 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 1.71 และผู้ป่วยอายุ 15 - 20 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 1.58 มีการดูแลตนเองในระดับดี ผู้ป่วยอายุ 21 - 45 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 1.16 มีการดูแลตนเองในระดับพอใช้ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยระดับอุดมศึกษาขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 1.62 มีการดูแลตนเองในระดับดี รองลงมาคือผู้ป่วยระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 1.09 และผู้ป่วยระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 0.82 มีการดูแลตนเองในระดับพอใช้ จำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 20,000 บาทขึ้นไป และ 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากัน คือ 1.60 มีการดูแลตนเองในระดับดี รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 0.84 มีการดูแลตนเองในระดับพอใช้ และผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัว ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 0.18 มีการดูแลตนเองในระดับควรปรับปรุง จำแนกตามจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพมากกว่า 1 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ย 1.60 มีการดูแลตนเองในระดับดี และผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ 1 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ย 0.99 มีการดูแลตนเองในระดับพอใช้ จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 1.70 มีการดูแลตนเองในระดับดี รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 0.97 และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากมีคะแนนเฉลี่ย 0.74 มีการดูแลตนเองในระดับพอใช้ ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยการทดสอบค่าที (t - test) ดังปรากฏตามตาราง 30

ตาราง 30 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของการดูแลตนเอง จำแนกตามเพศ

เพศ	n	X	S	t	p
ชาย	19	1.49	0.47	1.98	.33
หญิง	94	1.25	0.49		

จากตาราง 30 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 25

ตาราง 31 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของการดูแลตนเอง จำแนกตามจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ

จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ	n	$\bar{X}$	S	t	p
1 ครั้ง	56	0.98	0.40	0.00*	.29
มากกว่า 1 ครั้ง	57	1.59	0.38		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 31 แสดง ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 29

สำหรับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way Analysis of Variance) ดังปรากฏตามตาราง 32

ตาราง 32 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเอง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. อายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	6.31	2.10	10.92*	.00
	ภายในกลุ่ม	109	20.97	0.19		
	รวม	112	27.28			
2. ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	2	12.87	6.44	49.13*	.00
	ภายในกลุ่ม	110	14.41	0.13		
	รวม	112	27.28			
3. รายได้ของครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	3	14.88	4.96	43.61*	.00
	ภายในกลุ่ม	109	12.39	0.11		
	รวม	112	27.28			

ตาราง 32 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
4. การสนับสนุนทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2	22.59	11.29	265.05*	.00
	ภายในกลุ่ม	110	4.67	0.04		
	รวม	112	27.28			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 32 แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 26, 27, 28, 30 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman - Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 33

ตาราง 33 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองเป็นรายคู่  
จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร		อายุ			
		21 – 45 ปี	15 – 20 ปี	46 – 60 ปี	60 ปีขึ้นไป
	$\bar{X}$	1.16	1.58	1.71	1.78
1. อายุ	21 – 45 ปี	1.16	-	0.42*	0.62*
	15 – 20 ปี	1.58	-	0.13	0.20
	46 – 60 ปี	1.71	-	-	0.07
	60 ปีขึ้นไป	1.78	-	-	-
	$\bar{X}$	0.00	0.82	1.09	1.62
2. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถม				
	ศึกษา	0.00	-	0.82	1.62
	ประถมศึกษา	0.82	-	0.27*	0.80*
	มัธยมศึกษา	1.09	-	-	0.53*
	อุดมศึกษาขึ้นไป	1.62	-	-	-

ตาราง 33 (ต่อ)

			10,000	ต่ำกว่า	20,000	15,001
ตัวแปร			- 15,000	10,000	บาทขึ้นไป	-20,000
			บาทต่อ	บาทต่อ	ไป	บาทต่อ
			เดือน	เดือน		เดือน
		$\bar{X}$	0.84	1.27	1.59	1.60
3. รายได้ของครอบครัว	10,000 - 15,000					
	บาทต่อเดือน	0.84	-	0.43*	0.75*	0.76*
	ต่ำกว่า 10,000					
	บาทต่อเดือน	1.27		-	0.32*	0.33
	20,000 บาทขึ้นไป					
	บาทขึ้นไป	1.59			-	0.01
	15,001 - 20,000					
	บาทต่อเดือน	1.60				-
			มาก	ปานกลาง		น้อย
		$\bar{X}$	0.74	0.97		1.69
4. การสนับสนุนทางสังคม	มาก	0.74	-	0.23*		0.95*
	ปานกลาง	0.97		-		0.72*
	น้อย	1.69				-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 33 แสดงว่า การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่แผนการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 15 - 20 ปี มีการดูแลตนเองสูงกว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุ 21 - 45 ปี ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุ 46 - 60 ปี มีการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุ 21 - 45 ปี และผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

ไป มีการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุ 21 - 45 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไป มีการดูแลตนเองสูงกว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษาขึ้นไป มีการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน จำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยภาวะไขมันสูงที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัว 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัว 20,000 บาทขึ้นไป มีการดูแลตนเอง ในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และ 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 34

ตาราง 34 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง	r
การรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการดูแลตนเอง	0.84*
การรับรู้ความรุนแรงกับการดูแลตนเอง	0.81*
การรับรู้ประโยชน์กับการดูแลตนเอง	0.87*

ตาราง 34 (ต่อ)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับ การดูแลตนเอง	r
การรับรู้อุปสรรคกับการดูแลตนเอง	0.92*
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมกับการดูแลตนเอง	0.91*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 34 แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านการรับรู้ในโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.84, 0.81, 0.87, 0.92$  และ  $0.91$  ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 31

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

##### ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ของผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ของผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจสุขภาพ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ของผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจสุขภาพ

##### สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
9. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน



23. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
24. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
25. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
26. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
27. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
28. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
29. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีจำนวนครั้งของการตรวจสุขภาพต่างกัน จะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
30. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
31. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

### วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

#### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็น ผู้ป่วยที่มารับการตรวจสุขภาพที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร โดยเลือกผู้ที่มีประวัติว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง และได้รับการตรวจเลือด แล้ววิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 113 คน เป็นชาย 19 ราย หญิง 94 ราย โดยการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางเครชชี และมอร์แกน (Kerjcie & Morgan, 1970 : 607-610)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจำนวน 10 ข้อ การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูงจำนวน 7 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงจำนวน 5 ข้อ และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงจำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมาตรวจสุขภาพเป็นประจำ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และสังคม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ คือ การได้รับการตอบสนองทางด้านการอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือในด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน บริการ และการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS/PC : Statistical Package for the social science / personal computer plus) ดังนี้

1. ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยแต่ละรายให้สมบูรณ์จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 113 คน
2. ตรวจให้คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และการสนับสนุนทางสังคม ตามที่กำหนดไว้แล้ว
3. หาค่าความถี่ และค่าร้อยละของข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย

4. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่า (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1,2,3,4,17,18,19,20,25,29
6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือ ค่าสถิติ เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,21,22,23,24,26,27,28,30 ถ้าพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลล์ (Newman-Keuls method)
7. วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 31
8. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางและความเรียงพร้อมข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ มีจำนวน 113 คน คิดเป็นเพศชายร้อยละ 16.80 เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.20 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.20 รองลงมาคือ 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.00 ได้รับการศึกษาในระดับอุดมศึกษาขึ้นไป เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 49.60 รองลงมาเป็น ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.30 มีรายได้ของครอบครัว 20,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 43.30 รองลงมารายได้ของครอบครัว 10,000-15,000 บาท ต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 38.10 จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ มากกว่า 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50.40 รองลงมาคือ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 49.60 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 54.90 รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 31.80
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม 3.46 (S=0.88) อยู่ในระดับปานกลาง และ พบว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.29 (S=0.49) อยู่ในระดับพอใช้
3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร พบว่า





22. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

23. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

24. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

25. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

26. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

27. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

28. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

29. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีจำนวนครั้งของการตรวจสุขภาพต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

30. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

31. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## อภิปรายผล

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการที่แผนกตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานครในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสนิท พึงสาย (2539:94) ที่พบว่า ผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน มีความเชื่อทางด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการวิจัยของเบญจพร ทองเที่ยงดี (2541:บทคัดย่อ) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอด ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกความเชื่อด้านสุขภาพออกเป็นด้านต่าง ๆ พบว่าความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับดีซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ เพชรรัตน์ อมรชิวิน (2541:บทคัดย่อ) ที่พบว่าความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดลพบุรี อยู่ในระดับดี ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับ การวิจัยของ เพชรรัตน์ อมรชิวิน (2541:บทคัดย่อ) ที่พบว่าความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการวิจัยของ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539:บทคัดย่อ) ที่พบว่าความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดโนโรงพยาบาลราชวิถี อยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสนิท พึงสาย (2539:94) ที่พบว่า ผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน มีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการรักษา การเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพไปในทางที่ถูกต้องบุคคลจะต้องได้รับรู้และทราบถึงความรุนแรงของโรคนั้น ๆ ก่อนไม่ว่าจะได้รับทราบถึงความรุนแรงจากพยาบาล แพทย์ ข้อมูลข่าวสาร และสื่อต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน จึงจะพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพไปในระดับที่ดีได้ ดังนั้น การมีประสบการณ์ชีวิตค่อนข้างมากก็มีโอกาสจะมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี แต่จากผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-45 ปี ซึ่งอาจมีประสบการณ์ชีวิตในเรื่องของความเชื่อด้านสุขภาพน้อย จึงทำให้ความเชื่อด้านความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับของการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540:บทคัดย่อ) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ อยู่ในระดับพอใช้และสอดคล้องกับการวิจัยของ จันท์เพ็ญ ธรรมเจริญ (2539:131) ที่พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสนิท พิงสาย (2539:97) ที่พบว่าผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน มีการปฏิบัติตนเมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วย อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่พึงปฏิบัติสำคัญมนุษย์ทุกคน เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ตลอดจน หลีกเลี่ยงจากโรคร้ายหรืออันตรายที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่พัฒนาตั้งแต่วัยเด็กและค่อย ๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ โอเรม (Orem.1980:6) จากเหตุผลดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีอายุ 21-45 ปี มีมากกว่าช่วงอายุ 40-60 ปี และ 60 ปีขึ้นไป จึงทำให้การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับพอใช้

3. เพศกับความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศต่างกัน ความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1,2,3,4 ที่ว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน, การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์เพ็ญ ธรรมเจริญ (2539:147) ที่พบว่าผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการที่มีเพศต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกันผลการศึกษาของ เอื้อมพร กาญจนรังสิชัย (2532:ก-ข) ที่พบว่าผู้เสพเฮโรอีนทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการรักษาระดับถอนพิษ ที่มีเพศต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันและสอดคล้องกับเบญจพร แก้วมีศรี (2534:85) ที่พบว่าพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้มารับบริการชายและหญิงมีพฤติกรรมเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ กิตติมา อนันต์อัครกุล (2539:บทคัดย่อ) ที่พบว่า ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปเขต 1 เพศชาย และเพศหญิง มีเจตตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันเอ็ดส์ ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ นิตยา ภาสุนันท์ (2529:ก-ย) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ สุภาพ ไบแก้ว (2528:105) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลศิริราช ที่มีเพศต่างกันมีความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกัน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกันมีความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ผลการศึกษาของ สนิท พิงสาย (2539:124-125) ที่พบว่า เพศกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน ผลการศึกษาของ เอลเซ็น และคณะ (Elsen, et al. 1985 :185-210) ที่พบว่า การจัดโปรแกรมสุขภาพตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นเขาจะต้องเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เมื่อนั้นเขาจะทราบว่าเป็นโรคที่เกิดนั้นจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อเขาได้ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูงอาจก่อให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด เกิดอัมพาต และเสียชีวิตได้ จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จะปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดการมีสุขภาพดี พร้อมกับการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในทางลบ นั่นคือการรับรู้อุปสรรคจะเกิดขึ้น แต่สิ่งเหล่านี้มีปัจจัยหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้องไม่ใช่เพศเพียงอย่างเดียว เพราะเพศไม่ได้เป็นปัจจัยโดยตรงต่อความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลอื่นๆด้วยที่เป็นองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานทางประชากร และ จิตวิทยาสังคม เบคเกอร์ (Becker, et al. 1975 : 12) ตลอดจนปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ เช่น การศึกษา ที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลด้วย นอกจากนี้ ชูดา จิตพิทักษ์ (2525 : 73) ได้กล่าวโดยสรุปว่า การเปลี่ยนแปลงทางเจตคติ ขึ้นกับความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพ สิ่งกระตุ้น (การให้สุขศึกษา) ข้อมูลข่าวสาร ฯลฯ จึงแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงด้าน ความเชื่อ เจตคติ ซึ่งเป็นสิ่งที่กระทำได้อย่างยาก เพราะขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ซึ่งทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันจะมีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันได้

4. อายุกับความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาค้นพบว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5,6,7,8, ที่ว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้อง เอลเซ็น และคณะ (Elsen, et al. 1985:185-120) ที่พบว่า การจัดโปรแกรมสุขภาพตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่อง การป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับ วิสเฟลด์ และคณะ(Weissfeld, et al. 1990:141-155) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมและประชากร และความเชื่อด้าน

สุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าจะมีความเชื่อทางด้านสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า และสอดคล้องกับ ลาร์สันและคณะ (Larson, et al. 1979:1207) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่โดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุ 60 ปีขึ้นไป และสอดคล้องกับ

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : ก-ข) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่รับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย และพฤติกรรมการสุขภาพ และสอดคล้องกับจารุณี สุดดี (2536 : 43) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดต่อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ ในจังหวัดจันทบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดโรคเอดส์ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 142) ที่พบว่าผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีอายุต่างกันมีความเชื่อทางด้านสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2539 : ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าอายุเป็นปัจจัยร่วมที่มีความสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีได้ เพราะอายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการ และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นวุฒิภาวะย่อมมากขึ้นทำให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีได้ จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน

5. การศึกษา กับความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 9,10,11,12 ที่ว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง, การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนของการเกิด ภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ โสพรรณ โพทะยะ (2532:100) ที่พบว่า การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีระดับการศึกษาต่างกันพบว่า สตรีที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน และสอดคล้องกับ กิตติมา อนันต์อักษรกุล (2539:บทคัดย่อ) ที่พบว่าผู้ป่วยนอกที่มารับการบริการในโรงพยาบาลทั่วไป เขต 1 ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์แตกต่างกัน ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความเชื่อทางด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ โดยเฉพาะผู้ที่มีการศึกษาสูง เมื่อต้องเผชิญกับ

ความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะต้องค้นหาความรู้เพื่อนำมาตอบคำถามให้ตนเอง ในผู้ที่มีการศึกษาคำ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และวิธีการรักษาซึ่งเป็นเรื่องในเชิงวิทยาศาสตร์จะทำให้ได้ยากกว่าทำให้ความเชื่อในด้านสุขภาพไม่ดีเท่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า จึงพอสรุปได้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความเชื่อทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน

6. รายได้ของครอบครัว กับความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 13,14,15,16 ที่ว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง, ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง,ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันไขมันในเลือดสูง และด้านอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 105) ที่พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของโรค และสอดคล้องกับ ปิ่นทิพย์ บุญชาติ (2536:116) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ของผู้ป่วย หญิงที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี และสอดคล้องกับ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537:111-126) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดังกล่าว ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพทางครอบครัว และสอดคล้องกับ ศิริพร พงษ์โกภา (2532:76-77) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบของมารดาหลังคลอด ที่โรงพยาบาลศิริราช รามาธิบดี และ จุฬาลงกรณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างด้านฐานะเศรษฐกิจ มีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จิราจินต์ (2530: ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อทางสุขภาพ และการศึกษาของเอี่ยมพร กาญจนรังสิขัย (2532:ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัย เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาสูบอื่นทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการรักษาชั้นตอนพิษ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีความเชื่อทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ธรรมเจริญ (2539:142) ที่พบว่าผู้บริหารโรงเรียน มัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาในครั้งนี้พอจะสรุปได้ว่ารายได้ของครอบครัว

ครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพจึงทำให้ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน

7. จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ กับความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนครั้งของการตรวจสุขภาพต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 17,18,19,20 ที่ว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพต่างกันจะมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงและด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของบุคคลต่อสุขภาพอนามัยของตนเองความเชื่อด้านสุขภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจด้านสุขภาพเกิดขึ้นเป็นห่วงใยสนใจสุขภาพของตน เช่น การศึกษาของ พวงพยอม การภิญโญ (2526:110) ที่พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ไบแก้ว (2528-9) ที่พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แรงจูงใจที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลมีความใส่ใจในสุขภาพของตนเองมากขึ้น พร้อมทั้งจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้น เป็นทักษะหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคได้ ดังนั้นผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพเกิดขึ้นก็พร้อมจะรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ ทำให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่จะเกิดผลเสียต่างๆ ตามมาเช่น โรคหัวใจขาดเลือด อัมพาตต่าง ๆ กระตุ้นให้เกิดการกระทำ หรือพฤติกรรมร่วมมือในการรักษา คือการมาตรวจสุขภาพ เพราะเชื่อว่าภาวะไขมันในเลือดสูงที่จะเกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกายของตน เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษาว่าการตรวจสุขภาพนั้นเป็นการตรวจระดับไขมันในเลือดและจะได้ทราบว่าไขมันในเลือดมีระดับใดจะได้อุปสรรคอาการของโรคได้ นั่นคือเป็นการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา โดยบุคคลจะปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นสามารถลดภัยคุกคามต่อสุขภาพของตนได้และจะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเกิดขึ้น ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติของผู้ป่วย จึงพอสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี ก็จะมาตรวจสุขภาพมากขึ้น เพราะเชื่อว่าภาวะไขมันในเลือดสูงจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของเขาได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีจำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน

8. ความเชื่อด้านสุขภาพ กับการสนับสนุนทางสังคมผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

กรุงเทพมหานครที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 21,22,23,24 ที่ว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงและความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ พัฒน์วรรณ กังแฮ (2540:บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน และการให้การสนับสนุนผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ณ. โรงพยาบาลตำรวจ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนผู้ป่วยในเชิงนิมาน และ และ จิราพร รัตนอมกล่อม (2540 : 137-140) ที่พบว่าความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืน แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537:111-126) ที่พบว่าปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ คือ สถานภาพทาง การสมรส และแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งข้อมูลข่าวสารเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม และสอดคล้องกับ โสมจรรย์ เตชะวรวิฑู (2542 : 86) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม สุขศึกษา โดยใช้รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ ของสตรีกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ อธิบายได้ว่า การให้การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีบทบาทต่อพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ แต่การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ฮับบาร์ด บูลเลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard,Muhlenkamp & Brown. 1984 : 266) ซึ่งประกอบไปด้วยการติดต่อ

สื่อสารในแง่ดีเช่นถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องสุขภาพในแง่ดีก็ส่งผลทำให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพ ตลอดจนการปฏิบัติไปในแนวทางที่ถูกต้อง แต่โดยปกติการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือกลุ่มปฐมภูมิที่มีความสนิทสนมกันมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง เช่นครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผนของกฎเกณฑ์ที่วางไว้ กลุ่มนี้มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมได้แก่เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มสังคมจะเห็นได้ว่าในระบบการสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งอาจมีการสนับสนุนที่แตกต่างกันออกไปในเวลาเดียวกัน จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมเกิดความแตกต่างกันและเกิด

ความเชื่อที่แตกต่างกันออกไป จึงพอสรุปได้ว่าจากการศึกษาในครั้งนี้จึงพบว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน

9. เพศกับการดูแลตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 25 ที่ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล (2538:178) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑารัตน์ กัมพลานนท์ (2540:บทคัดย่อ) ที่พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541:บทคัดย่อ) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรชร ศรีไทรล้วน (2541:77) ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน และผลการศึกษาของ สุวิชา จันทร์สุริยกุล (2536:120) ที่พบว่าเพศของผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทั้งกายและใจที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองด้วย โดยเฉพาะในสังคมไทยที่มีเพศชายเป็นผู้นำครอบครัวมีการเข้าสังคม ประกอบอาชีพนอกบ้าน ปัจจัยเหล่านี้อาจมีส่วนทำให้เกิดการบกพร่องในการดูแลตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยและในสังคมไทยเพศหญิงสังคมกำหนดให้แสดงบทบาทเป็นแม่ศรีเรือนก็จริงแต่ผู้หญิงในปัจจุบันต้องออกทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่อาจทำให้เกิดการบกพร่องในการดูแลตนเอง จึงพอสรุปได้ว่าจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

10. อายุกับการดูแลตนเอง ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 26 ที่ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ สุวิชา จันทร์สุริยกุล (2536: ก-ข) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยดำเนินการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมป้องกันการความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับ เอลเซิน และคณะ (Elsen, et al. 1985:185-210) ที่ศึกษาการจัดโปรแกรมสุขศึกษาตามแนวคิด

ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันการตั้งครรภ์ และสอดคล้องกับ สุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531:62) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และสอดคล้องกับ จุฑารัตน์ กัมพลานนท์ (2540: บทคัดย่อ) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโอเรม (Orem.1985 : 255-256) ที่กล่าวว่า อายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจที่แตกต่างกัน ในระดับพัฒนาการตามอายุ และเป็นตัวกำหนดความต้องการทั้งหมดของบุคคล แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ อรรถ ศรีไทรล้วน (2541:78) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน และผลการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล (2538:178) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุเพราะบุคคลจะมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

11. ระดับการศึกษา กับ การดูแลตนเอง ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันสูงที่ได้รับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 27 ที่ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532:45-46) ที่พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537:119) ที่พบว่า ประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ (โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง) แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ อรรถ ศรีไทรล้วน (2541:79) ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542 : 95) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันการพัฒนาด้านสาธารณสุขมีมากขึ้น มุ่งเน้นให้ประชาชนมีการพึ่งพาตนเอง และมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในการป้องกันโรค พร้อมทั้งมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่างๆ มากมายในลักษณะที่ประชาชนเข้าใจง่ายผู้ที่มีการศึกษาดี จึงมีความพยายามอย่างยิ่งในการหาความรู้ ในเรื่อง

สุขอนามัยที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ได้ง่ายกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำเพื่อการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

12. รายได้ของครอบครัวกับการดูแลตนเอง ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยภาวะไข้ไข้มันในเลือดสูงที่มารับบริการตรวจที่แผนกสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 28 ที่ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไข้ไข้มันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไข้ไข้มันในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันท์เพ็ญ ธรรมเจริญ (2539:142) ที่พบว่าผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไข้ไข้มันในเลือดสูงแตกต่างกันและสอดคล้องกับ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532:53-54) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542:94) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวของผู้ป่วยโรคต่อกระจาก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พอจะสรุปได้ว่ารายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค อาจเนื่องมาจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิต ถ้ามีรายได้น้อยก็ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการมุ่งหาเลี้ยงชีพ และไม่ค่อยมีเวลาในการระวังสุขภาพของตนเอง ซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่มีรายได้มากซึ่งมีสิ่งที่เป็นพื้นฐานเพียงพอแล้ว ก็จะมีเวลาให้กับตนเองรวมทั้งเวลาในการคิดหรือรักษาสุขภาพตนเองได้มากกว่าและมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงการบริการทางสุขภาพได้มากกว่า ซึ่งที่กล่าวมาอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะไข้ไข้มันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไข้ไข้มันในเลือดสูงแตกต่างกัน

13. จำนวนครั้งของการตรวจสุขภาพ กับการดูแลตนเอง ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยภาวะไข้ไข้มันในเลือดสูงที่มารับการตรวจสุขภาพ ที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนครั้งของการตรวจสุขภาพต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไข้ไข้มันในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 29 ที่ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไข้ไข้มันในเลือดสูงที่มีจำนวนครั้งของการตรวจสุขภาพต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไข้ไข้มันในเลือดสูงแตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ นฤมล ศรีสม (2541: บทคัดย่อ) ที่พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงสูง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พอจะสรุปได้ว่า ผู้ป่วยภาวะไข้ไข้มันในเลือดสูงที่มีจำนวนครั้งของการตรวจสุขภาพมากกว่า 1 ครั้ง แสดงให้เห็นว่าบุคคลเหล่านี้มีความสนใจ ใส่ใจ สุขภาพของตนเองเห็นความสำคัญของสุขภาพที่ดีเป็นการเต็มใจที่จะดูแลตนเอง และมาตรวจเลือดเป็นระยะตามแผนการรักษา มีเป้าหมายและมีการวางแผนที่จะดูแลตนเอง เพื่อให้ทราบว่าสภาวะสุขภาพของเขาเป็นอย่างไร โดยเห็นความสำคัญของการ

ซึ่งนำจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อพร้อมที่จะไปปฏิบัติ โอเรมและเทลเลอร์ (Orem & Taylor. 1986) ได้เน้นถึงการเรียนรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ได้เน้น พยาบาลจะเป็นแหล่งในการให้ ข้อมูล คำแนะนำและชี้แนะถึงแนวทางการปฏิบัติตัวรองจากแพทย์ ทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และวางแผนแก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกับพยาบาล ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทำให้ เห็นความสำคัญของการมาตรวจสุขภาพเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดสูง และป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรค นับว่าเป็นการดูแลตนเองให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาวะของโรค และแผนการรักษาของแพทย์ ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มีจำนวนครั้งของการ ตรวจสุขภาพต่างกัน ย่อมจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

14. การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วย ภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมัน ในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 30 ที่ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตก ต่างกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ จิราภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53-54) ที่พบว่าแรงสนับสนุน ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิต สูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และสอดคล้องกับ เอี่ยมพร ภายจนรังสีชัย (2532 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ที่เสพ เฮอร์อีนทางเส้นเลือดดำขณะเข้ารับการรักษาชั้นถอนพิษ และสอดคล้องกับ ทรงพล ผุดผาด (2541 : 100) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มาติดตาม การรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับ เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 73) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้าน ข้อมูลข่าวสารและสิ่งของเงินหรือแรงงาน ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม การ สนับสนุนทางสังคม และ การสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และสอดคล้องกับ อารีย์ เขียวประมุข (2534 : 53-60) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แสดงว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ ถึงการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองสูงด้วย อธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของ มนุษย์ทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และยังช่วย ให้นักคลดดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจ กรรมการดูแลตนเองได้ อีกทั้งยังเป็นแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ เหมาะสม จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีการดูแลตนเองต่างกัน

15. ความเชื่อด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 31ที่ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ เกศินี ไชนิล (2537 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน และสอดคล้องกับ อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : 81) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับ นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 81) ที่พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และสอดคล้องกับ สมใจ ยิ้มวิไล (2531 : ง-จ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และ ปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 105) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 125) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของ ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันโรค และสอดคล้องกับ จันทรพิชญ ธรรมเจริญ (2539 : 143) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์เชิงนิมิตกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง แต่ไม่สอดคล้องกับ สุวิชา จันทรสุริยกุล (2536 : ก-ข) ที่พบว่า การรับรู้ต่อผลประโยชน์ และ อุปสรรคในการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ สุชาติ โสมประยูร (2525 : 47-49) กล่าวโดยสรุปว่า การรับรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้พอจะสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลเข้าใจถึงลักษณะของโรคทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและทำให้ทราบถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคนั้นๆ คือจะเชื่อ ตระหนัก ถึงการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพอนามัยที่ดี จะก่อให้เกิดความเชื่อทางด้านสุขภาพในทางที่ถูกต้อง จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้การศึกษาในครั้งนี้พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. วางแผนจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาในเรื่องการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
2. ประชาสัมพันธ์ตลอดจนขอความร่วมมือประสานงานในหน่วยงานที่ให้บริการทางสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้สุขศึกษาที่เหมาะสม โดยเน้นการวางแผนให้สุขศึกษาที่เหมาะสมในแต่ละสถานที่
3. เน้นความต่อเนื่องในการให้สุขศึกษา และ เปิดโอกาสให้มีการบริการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดแก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า พร้อมทั้งให้ความรู้ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ในเทศกาลต่าง ๆ และเผยแพร่เอกสารความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น วันแม่แห่งชาติ วันพ่อแห่งชาติ วันผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความสนใจและใส่ใจ ในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และยังเป็น การช่วยให้มีการสนับสนุนทางสังคมเกิดขึ้นอีกด้วย ทั้งในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ดี จะได้ส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองที่ดีและถูกต้องตามมา

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง เช่น ลักษณะของครอบครัว อาชีพ และแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ เพื่อนำมาวางแผนจัดทำโปรแกรมสุขศึกษา
2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการทำโปรแกรมสุขศึกษาต่อไป
3. ควรนำผลการศึกษาในเรื่องของการดูแลตนเองมาแบ่งเป็นด้าน ๆ เช่น ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรักษาน้ำหนักตัว การตรวจสุขภาพประจำปี แล้วนำมาหาความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดแต่ละชนิด โดยหาความสัมพันธ์ในแต่ละด้าน และเปรียบเทียบว่าด้านใดมีความสัมพันธ์มากกว่ากัน และด้านใดที่สามารถเป็นตัวพยากรณ์ระดับไขมันในเลือดแต่ละชนิดได้ และได้มากน้อยเพียงใด เพื่อนำมาวางแผนจัดทำโปรแกรมสุขศึกษา
4. ควรศึกษาถึงโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงที่เหมาะสมต่อไป

## บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2536). *สถิติสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงฯ.
- (2537). *สถิติสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงฯ.
- (2538). *สถิติสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงฯ.
- (2539). *สถิติสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงฯ.
- กาญจนา หงษ์ทอง,สุปราณี แจ้งบำรุง และ ปณิต มิคะเสน. (2534, มกราคม - มิถุนายน). "สภาวะไขมันในหญิงกินยาคุมกำเนิด," *โภชนาการสาร*. 25(1) : 11-15.
- กิตติมา อนันต์อัครกุล. (2539). *พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปเขต 1. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (วิชาเอกสุขศึกษา).*  
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เกศินี ไชนิล. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์).* กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จารุณี สุดดี. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัด จันทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (อนามัยครอบครัว).* กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา มณฑลปัญญากุล. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (วิชาเอกสุขศึกษา).*  
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (พยาบาลศาสตร์).* กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2532. ถ่ายเอกสาร.
- จิราพร ถนอมกล่อม. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับการบริการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตำรวจ. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).* กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ. (2539). *พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (วิชาเอกสุขศึกษา).* กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- จันทอภัย กลีบเมฆ. (2528,กรกฎาคม). "อันตรายจากการสูบบุหรี่," *ผู้บริโภคร*. 13 : 18 – 19.

- จุฑารัตน์ กัมพลานนท์. (2540). *ประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ชิตพงษ์ ไชยวสุ. (2542). *ไขมันมาตกรหมายเลข 1*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูดา จิตพิทักษ์. (2525). *พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น*. สงขลา : โครงการตำราวิชาการ มุลินธิมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อันดับปีที่ 4.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2537). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โชติรส นักรแก้ว. (2533). *ผลของการสูบบุหรี่ต่อระดับไขมันในเลือด : ของพนักงานการประปานครหลวงแห่งประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ถนอมวรรณ อยู่ช้า. (2536). *พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในสวนกลาง*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ทรงพล ผุดผาด. (2541). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ธาดา สืบหลินวงศ์ และนวลทิพย์ กมลวารินทร์. (2539). *ชีวเคมีทางการแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล ศรีสม. (2541). *การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ภาวะปกติและภาวะเสี่ยงสูง*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). *การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ากรมแพทย์ทหารเรือ*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2529). *ความร่วมมือระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือโดยรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา มนูญปัจจุ. (2528). *การวิจัยทางสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.
- นรินทร์ ชาวเรือหัก. (2536). *ผลของการเดินออกกำลังกายในช่วงเวลาที่ต่างกันของวัน ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้หญิงสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ คบ.ม. (ครุศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- นันทยา ชนะรัตน์. (2532). สารไขมันในเลือด. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์.
- เนตรนภา คู่พันธ์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิด 12. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุญเยี่ยม ตรีกุลวงศ์. (2528). "นวัตกรรมการให้สุขศึกษาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับ," ใน การประชุมทางวิชาการเรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับ บริโภคนิสัยกับแนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุขศึกษา. หน้า 171 - 172. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจพร แก้วมีศรี. (2534). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เบญจพร ทองเที่ยงดี. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (วิชาเอกสุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ประพัฒน์ จำปาไทย. (2530, สิงหาคม - กันยายน). "นักวิจัยคุย," วิจัยการศึกษา. 6(1) : 30.
- ประไพศรี ศิริจักรวาล, ประภาศรี ภูวเสถียร และพัชรี วินิจจะกุล. (2530). โภชนาการก้าวหน้า. กรุงเทพฯ : การประชุมวิชาการ สถาบันวิจัยโภชนาการ และคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริชาติ กาญจนะ. (2538). อาหารบริโภคและระดับไขมันในเลือด ของวัยรุ่นอันนเทศชาย : กรณีศึกษาโรงเรียนโยธินบูรณะ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (โภชนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- ปิ่นทิพย์ บุญชาติ. (2536). ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ป่วยหญิงที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- พานิช ไชยศรี. (2530). ผลการออกกำลังกายในระดับความถี่ต่างกัน ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (พลศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- พรทิพย์ โล่ห์เลขา. (2538). ไลโปโปรตีน และภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อูษาการพิมพ์.

- พวงพยอม การภิญโญ. (2526). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการตรวจรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.
- \_\_\_\_\_. (2540). วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. (2530). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชาวชนบท : กรณีศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่งในภาคอีสาน. นครปฐม. : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พัฒนวิวรรณ กังแฮ. (2540). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานและการให้การสนับสนุนผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ณ.โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เพชรรัตน์ อมรชิวิน. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. (2542). ความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (วิชาเอกสุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญศรี เกิดนาค. (2537). สีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนในเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- มณฑา โมพี. (2541, พฤษภาคม - สิงหาคม). "การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชุมพร." วารสารสุขศึกษา. 21(79) : 40.
- มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์. (2539). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2526). เอกสารการสอนชุดวิชาอาหารบำบัดโรค หน่วยที่ 9 – 15. กรุงเทพฯ. : หนึ่งเจ็ดการพิมพ์.

- เยาวดี สุวรรณหาคะ. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. ปรินิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เยาวรัตน์ สุกกรรม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขและเห็บของเด็กรักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร
- เรืองเดช เชิดพุทธ. (2523). ผลการวิ่ง 12 นาที โดยการฝึกแบบหนักสลับเบาที่มีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ น้ำหนัก ความดันเลือด และไขมันในเลือด. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (พลศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ลัดดาวัลย์ ขานวิทิตกุล. (2538). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. สาธารณสุขศาสตร์ (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิชัย จุฬาโรจน์มนตรี และคณะ. (2530, ตุลาคม - ธันวาคม). "ผลของโยอาอาหารต่อภาวะไลโปโปรตีนในเลือดของคนไทย," *โภชนาการสาร*. 21(จ 4) : 263-274.
- วิชัย จุฬาโรจน์มนตรี, ดวงพร แก้วศิริ และ สิริประภา กลั่นกลิ่น. (2531, มกราคม - มีนาคม). "ความสัมพันธ์ระหว่างโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงกับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับคนปกติ," *โภชนาการสาร*. 22(1) : 28.
- วิชัย ต้นไฟจิตร, รัดนา พากเพียรกิจวัฒนา และสุนาญ เดชงาม. (2529). *โภชนศาสตร์ประยุกต์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ประยูรวงศ์.
- วิมล นิติวรางกูร. (2543). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการวิเคราะห์พฤติกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม). "คำเฉลยกับการแปลความหมาย เรื่องง่ายๆที่บางครั้งก็พลาดได้," *ข่าวสารการวิจัยการศึกษา*. 18(3) : 8-11.
- . (2530). *หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

- วันเพ็ญ พูลทวี. (2540). ความสัมพันธ์ของอาหารบริโภค ดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในเลือดของหญิงอ้วน วัยผู้ใหญ่ : กรณีศึกษาแผนกโภชนาวิทยาและโภชนาการบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. สาธารณสุขศาสตร์ (โภชนาวิทยา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร พงษ์โกคา. (2532). การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วันเพ็ญ พูลทวี. (2540). ความสัมพันธ์ของอาหารบริโภค ดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในเลือดของหญิงอ้วน วัยผู้ใหญ่ : กรณีศึกษาแผนกโภชนาวิทยาและโภชนาการบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (โภชนาวิทยา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศรัชัย วีรมโนมัย. (2539 , กันยายน). "ภาวะโคเลสเตอรอลสูงของคนไทยในชุมชนเมือง ปี พ.ศ. 2539," วารสารกรมการแพทย์. 22(9) : 349.
- ศิริแข โชติกวณิชย์. (2539). การศึกษาความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของพนักงานโรงงานในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดจังหวัดระยอง. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร พงษ์โกคา. (2532). การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิลาธรรม เสริมฤทธิรงค์. (2543). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในสถานสงเคราะห์คนพิการ ดรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สนิท พึ่งสาย. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต สุพรรณทัศน์ และ กัญญา บุรานนท์. (2527). "สุขศึกษากับสุขภาพ." ใน เอกสารการสอนวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สมใจ วิชัยดิษฐ์, วิชัย ดันไพจิตร และทรงศักดิ์ ศรีอนุชาติ. (2529). โภชนศาสตร์ประยุกต์. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สาส์ พิภูลทอง. (2539). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน. ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สรจักร ศิริบริรักษ์. (2542). เกสซ์โภชนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรุงเทพ.
- สุขมา รักษานิข, และคนอื่น ๆ. (2531). การศึกษาภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์มาตรฐาน : ใน บุคคลวัยทำงาน กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข. (ยังไม่ได้ตีพิมพ์).
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุภาพ ไบแก้ว. (2528). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความ ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล อายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุรี โอภาสศิริวิทย์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุวิมล ฤทธิมนตรี. (2534). การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรม สุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ และ จีระวรรณ วรกุลสวัสดิ์. (2535). "การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา." ใน บทความย่อยโครงการวิจัยที่นำเสนอในการ ประชุมวิชาการประจำปี 2535 เรื่องการวิจัยเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข. หน้า 46-47. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวลี ปัญจรัตนกร. (2540, มกราคม - มีนาคม). "ค่าอ้างอิงของโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ในผู้มารับบริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลกระบี่," วารสารวิชาการสาธารณสุข. 6(1) : 91.
- สุวิชา จันท์สุริยกุล. (2536). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตัวเองโดยเน้นการมี ส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัด แพร่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุรัตน์ โคมินทร์. (2536). "แนวทางการบริโภคน้ำตาลและใยอาหารมีความสำคัญหรือไม่," ใน อาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ การประชุมวิชาการโภชนาการ วันที่ 11-13 ธันวาคม 2534. หน้า 267. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ที่พิพรรณ.

- โสพรรณ โปทะยะ. (2532). การศึกษาเปรียบเทียบความรู้โรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2537). สถิติการศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี. ----- (2537). รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว พ.ศ. 2535 – 2537. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สุชาดา สัทธรรม. (2539). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังม่วง สัทธรรม อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สุวารีวรรณ กิจสมัตร์. (2539). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ไสว ผีกฝน. (2541, มกราคม - มีนาคม). "พฤติกรรมผู้บริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2539," วารสารสรรพสิทธิเวชสาร. 18 (1) : 39-40.
- โสมจรรย์ เตชะวรวิทย์. (2542). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยใช้รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อรชร ศรีไทรล้วน. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อารีย์ เขียรประมุข. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- อังคณา จิราจันต์. (2530). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- อัสนา อวารณ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างพันธุภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรงพยาบาล สังกัดสำนักแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา).  
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อุบล นิวัติชัย. (2527). หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาสูบในทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการรักษาชั้นถอนพิษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ฮาจิเมะ, นาทากิ. (2541). ชุดโภชนาการบำบัด อาหารลดโคเลสเตอรอล. พนิดา แพลและเรียบเรียง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สุขภาพใจ.
- Ashim, G., et al. (June, 1992). "Effects of Dietary Fatty Acids and Fibers on Blood Cholesterol," *Japanese Journal of medical science Biology*. 45(3) : 91-111.
- Becker, M.H.& Maiman, L.A. (1974). *In The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey : Charles B. Slack, Inc.
- Becker, M.H. (1974). "The Health Belief Model and Sick Role Behavior," *In The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey : Charles B. Slack, Inc.
- Becker, M.H.& Maiman, L.A. (1975). "The Health Belief Model and Sick Role Behavior," *In The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey : Charles B. Slack, Inc.
- Becker, M.H., et al. (1977). "The Health Belief Model In Selected Psychosocial Model And Correlates of Individual Health – Related Behaviors," *Medical Care*. 15 : 27.
- Cobb, S. (1976, September - October). "Social Support as a Moderator of Life Stress," *Phychosomatics Medicine*. 38 : 300 - 313.
- Chularojanmontri, V., Kuawsiri, D. & Chooprasert, S. (1985). "Effect of cigarette Smoking and alcohol consumption on blood lipid variable," *J med asoc Thailand*. 68(10) : 503-507.
- Connelly, C.E. (1987). "Self-Care and the chronically ill patient".. *Nursing Clinic of North America* : 22 Dressler, W.W. et al. (1992, April). Status Incogruence and Serum Chloesterol in an English General Praticice," *Socience Medical*. 34(7) : 757-762.

- Dressler, W.W. et al. (1992, April). "Status Incogruence and Serum Cholesterol in an English General Prattice," *Social Science Medical*. 34(7) : 757 - 762.
- David, Heber.et al. (1999, Febuary). "Cholesterol-lowering effects of a proprietary Chinese red-yeast-Rice dietary supplement," *The American Journal of Clinical Nutrition*. 69(2) : 231-235.
- Edward, Allen L. (1957). *Statistical Analysis*. New York : Rinchart Company ,Inc.
- Elsen, M., et al. (June,1985). " A Health Belief Model Approach to Adolescents Fertility Control : Some Pilot Program Findings," *Health Education Quart*. 12(2) : 185-210.
- Eison, M. (1985,September). "A Health Belief Model to Approach to Adolescents Fertilities Control : Some Pilot Program Findings," *Health Education Quarterly*. 12(9) : 186-208.
- Hochbaum,G.M. (1958, May). "Public Participation in Medical Screening Program," *PHS Publication*. 572 : 1-28.
- House, Jame S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Phillippines : Addison - Wesley Publishing Company, Inc.
- Hubbard, P., Muhlenkamp & N. Brown. (1984, September - October). "The Relationship Between Social Support and Self - Care Practice," *Nursing Research*. 33 : 266-269.
- Harris, W.S., et al. (1991,June). "Effects of Four Doses of n-3 Fatty Acide Given to Hyperlipidemia Patients for six Months," *American Journal of Clinical Nurtion*. 10(3) : 220-227.
- Hodgson, J.M., et al. (1993, August). "Can Linolaic Disease ?." *American Journal of Clinical Nutrition*. 58(2) : 228-234.
- Helen, C.Lox. (1993). *Clinical application of Nursing diagnosis*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphai : F.A. David Company.
- Joseph, L.S. & Sacco. (1980). *Self care the nursing process*. America : Nursing Clinics of North America.
- Krejcie, Robert V. & Daryle, N. Morgan. (1970). *Determining Sample Size for Research Activity*. Educational and Psychological Measurement. Autumn.
- Kahn, R.L. (1979). "Aging and Social Support," In *Aging from Birth to Death : Interdisciplinary Perspectives*. Edited by M.W. Ritey. P.85. Corolado : Westview Press.

- Larson, R. (1978, June). "Thirty Years of Research on The Subjective Well-Being of Older Americans," *Journal of Gerontology*. 33 : 109-125.
- Orem, D.E. (1971). *Nursing Concepts of Practice*. New York : Mc Graw-Hill Book Company.
- (1980). *Nursing Concepts of Practice*. 2<sup>nd</sup> ed. New York : Mc Graw-Hill Book Company.
- (1985). *Nursing Concepts of Practice*. 3<sup>rd</sup> ed. New York : Mc Graw-Hill Book Company.
- Orem, D.E & Taylor,S. (1986). Orem's general theory of nursing. *Case Studies in Nursing Theory*. Editor by P.Winstead-Fry. New York : National League for Nursing.
- Pender, N.J. (1982). *Health Promotion Nursing Practice*. New York : Appleton – Century – Crofts.
- Pajak,A, et al. (1990, March). "Plasma Lipid and Lipoprotein Levels Among Rural and Urban Populations in Poland in Relation to Risk Factors of Coronary Disease," *Przeegl - Lek*. 47(5) : 454-458.
- Rosenstock, I. (1974). "Historical Original of the Health Belief Model," *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey Charles B. Slack. Inc.
- Ronald, P. Mensink, et al. (1999, February). "A Vitamin E concentrate rich in tocotrienols had no effect on serum lipids, lipoproteins, or platelet function in men with mildly elevated serum lipid concentrations," *The American Journal of Clinical Nutrition*. 69(2): 213-219.
- Tilden, V.P. (1985, June). "Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory," *Research in Nursing and Health*. 8 : 199 -206.
- Vladimir, Vuksan, et al. (1999, February). "A novel source of wheat fiber and protein : effects on fecal bulk and serum lipids," *The American Journal of Clinical Nutrition*. 69(2): 226-229.
- Weissfeld, J.L., ET.AL. (June.1990). " Health Belief in a Population : The Michigan Blood Pressure Survey," *Health Education Quart*. 17(2) : 141-155.
- Zhu, B.Q & Parmley, W.W. (1990, January). "Modification of Experimental and Clinical Atherosclerosis by Dietary Fish oil," *American Health Journal*. 119(1) : 168-178.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

หนังสือขอความอนุเคราะห์  
รายนามผู้เชี่ยวชาญ



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ      บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 258 - 4119, 664 - 1000 ต่อ 5644

ที่ ทม 1012/ 1410

วันที่ 5 มิถุนายน 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางชนิดา สุขแสง นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์พิมพ์พร ติรธรรมเจริญ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางชนิดา สุขแสง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ           บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 258 - 4119, 664 - 1000 ต่อ 5644

ที่ ทม 1012/ 1411

วันที่ 5 มิถุนายน 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะศึกษาศาสตร์

เนื่องด้วย นางชนิดา สุขแสง นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญาานิพนธ์เรื่อง "ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารุต และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์อังคณา สายยศ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางชนิดา สุขแสง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 10121 0 14644



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/๒ มิถุนายน 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน หัวหน้าแพทย์แผนกตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางชนิดา สุขแสง นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารอด และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญท่าน นายแพทย์ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์ และ แพทย์หญิง นฤมล แสงอรุณศิริ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางชนิดา สุขแสง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ 1๙๙1



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

10 มิถุนายน 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการ RESEARCH AND ETHICS COMMITTEE  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์)

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางชนิดา สุขแสง นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารุต และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยที่มาตรวจสุขภาพและพบว่ามีไขมันในเลือดสูง จำนวน 100 คน (ในกรณีออกหน่วยตรวจสุขภาพนอกสถานที่) ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง ในระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางชนิดา สุขแสง ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119, 6641000 ต่อ 5644, 5646 โทรสาร. 2584119

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๓๓๕๑



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๑๙ กันยายน ๒๕๕๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการ Research and Ethics Committee

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางชนิดา สุขแสง นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญาานิพนธ์ เรื่อง "ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารต และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาานิพนธ์ ในกรณี นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้มาใช้บริการตรวจสุขภาพที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน ๑๕๐ ราย ในแผนกตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง แบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน ๒๕๕๓

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางชนิดา สุขแสง ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญาานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๖

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๘

## รายนามผู้เชี่ยวชาญ

- |   |   |
|---|---|
| 1. อาจารย์นายแพทย์ศุภวัตร พรรณเชษฐ์                 | หัวหน้าแพทย์แผนกตรวจสุขภาพ<br>โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์                          |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์ | คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี  |
| 3. แพทย์หญิงนฤมล แสงอรุณศิริ                        | แพทย์ประจำแผนกตรวจสุขภาพ<br>โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์                            |
| 4. รองศาสตราจารย์อังคณา สายยศ                       | ภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา<br>มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ<br>ประสานมิตร |
| 5. อาจารย์พิมพ์พร ตีรธรรมเจริญ                      | ภาควิชาสุขศึกษา<br>มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ<br>ประสานมิตร                 |

**ภาคผนวก ข.**

**แบบสอบถาม**

## แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทำการศึกษาวิจัยในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์กรุงเทพมหานคร เพื่อนำข้อมูลมาศึกษาวิจัยประกอบการศึกษาระดับมหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษาเท่านั้น การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อท่าน แต่ประการใดทั้งสิ้น จึงขอความกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านไว้ ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางชนิดา สุขแสง

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

## แบบสอบถาม

ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่  
แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์กรุงเทพมหานคร

แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ตอน ได้แก่

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง
- ตอนที่ 3 แบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่องว่างหน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง  
ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

## 1. เพศ

- ( ) ชาย
- ( ) หญิง

## 2. อายุ

- ( ) 15 – 20 ปี
- ( ) 21 – 45 ปี
- ( ) 46 – 60 ปี
- ( ) 60 ปีขึ้นไป

## 3. รายได้ของครอบครัว

- ( ) ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน
- ( ) 10,000 – 15,000 บาทต่อเดือน
- ( ) 10,501 – 20,000 บาทต่อเดือน
- ( ) 20,000 บาทขึ้นไป

## 4. ระดับการศึกษา

- ( ) ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา
- ( ) ระดับประถมศึกษา
- ( ) ระดับมัธยมศึกษา
- ( ) ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป

## 5. จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ

- ( ) 1 ครั้ง
- ( ) มากกว่า 1 ครั้ง

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง  
**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่องว่างที่ท่านต้องการมากที่สุด ตามความรู้สึก  
 ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเพียงข้อเดียวเท่านั้น

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<p><b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง</b></p> <p>6. การรับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัวมากเกินไป เช่น ไขมันจากสัตว์ อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ ไข่ สมอสัตว์ เครื่องในสัตว์ ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้</p> <p>7. การรับประทาน อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ เป็นประจำทุกวันมีโอกาสเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้</p> <p>8. การใช้น้ำมันที่ได้จากสัตว์ ปรงอาหารเป็นประจำไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง</p> <p>9. การรับประทานอาหารที่ประกอบจากเนื้อสัตว์มากกว่าอาหารที่มีส่วนประกอบจากผัก จะทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้</p> <p>10. การดื่มนมพร่องมันเนยมีส่วนช่วยลดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ดีกว่าการดื่มนมธรรมดา</p> <p>11. การไม่ระวังเรื่องน้ำหนักตัวทำให้อ้วนมีโอกาสเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้</p> <p>12. การขาดการออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้</p> <p>13. การออกกำลังกายมากเกินไปทำให้เกิดการเพิ่มไขมันชนิดดี และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้</p>					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<p>14. การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสิ่งที่ควรกระทำ</p> <p>15. การพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพประจำปี มีโอกาสลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงลงได้</p> <p><b>การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูง</b></p> <p>16. ท่านคิดว่าภาวะไขมันในเลือดสูงไม่ก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง</p> <p>17. ท่านคิดว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นต้องควบคุม</p> <p>18. การควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงจะทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอุดตันได้</p> <p>19. การรับประทานยาลดไขมันในเลือดอย่างเดียวก็เพียงพอไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร</p> <p>20. ถ้าเจาะเลือด และตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการพบว่า ท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูง ท่านควรปรึกษาแพทย์ เพื่อรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงต่อไป</p> <p>21. การงดรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ กะทิ จะสามารถป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้</p> <p>22. การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบจากพืชผักต่าง ๆ จะสามารถป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้</p>					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<p><b>การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง</b></p> <p>23. การเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลานั้นจะช่วยลดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ดีกว่าเนื้อสัตว์ประเภทอื่น</p> <p>24. ถ้าท่านงดรับประทานอาหารที่มีไขมันลงได้ก็ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ เพื่อตรวจเลือดหาระดับไขมันอีก</p> <p>25. การมาตรวจสุขภาพ และได้รับคำแนะนำจากแพทย์เรื่องการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสิ่งที่มีความหมาย</p> <p>26. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ทำได้ง่ายกว่าการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง</p> <p>27. แผ่นพับและสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้ท่านมีความรู้ และสามารถนำไปปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้</p> <p><b>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง</b></p> <p>28. ในการมาตรวจแต่ละครั้งทำให้ท่านเสียเวลามาก</p> <p>29. แม้ว่าท่านมีภาระกิจมากในการปฏิบัติงานแต่ท่านสามารถปลีกเวลาตรวจเลือด เพื่อวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูงได้ตามแพทย์นัดทุกครั้ง</p> <p>30. การตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดแต่ละครั้งต้องงดน้ำและอาหารก่อนทำการตรวจ เป็นเวลาหลาย ๆ ชั่วโมงเป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับท่าน</p>					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<p>31. ท่านไม่มีเวลามากพอที่จะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>32. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการรอฟังผลการตรวจภาวะไขมันในเลือดของท่าน</p> <p>33. ถ้าท่านไม่ว่างในการฟังผลการตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดท่านก็สามารถให้คนอื่นมาฟังผลแทนได้เหมือน</p> <p>34. สถานที่ให้บริการตรวจสุขภาพอยู่ไกลเกินไปทำให้ท่านลำบากในการเดินทางมาตรวจเลือด เพื่อติดตามภาวะไขมันในเลือดของท่าน</p> <p>35. ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดปัญหาการเงินต่อครอบครัวมาก</p> <p>36. การตรวจสุขภาพประจำปีไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดตรวจดูภาวะไขมันในเลือดเพียงแต่การตรวจร่างกายอย่างเดียวก็พอเพราะจะทำให้สิ้นเปลือง</p> <p>37. ท่านไม่ต้องการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับไขมันในการตรวจสุขภาพประจำปีเนื่องจากกลัวเจ็บ</p> <p>38. ท่านรู้สึกอายนที่ผลการตรวจเลือดพบว่าท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูงเพราะว่าจะบอกถึงนิสัยการบริโภคอาหารที่ไม่ดีของท่าน</p> <p>39. ท่านไม่สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้ เนื่องจากสิ่งเหล่านั้น ขัดกับความเคยชินในการปฏิบัติตัวของท่าน</p>					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<p>40. ท่านคิดว่าการควบคุมอาหารของท่าน ทำให้เป็นภาระในการประกอบอาหาร</p> <p>41. ท่านชอบงานเลี้ยงสังสรรค์ต่าง ๆ เพราะท่านสามารถบริโภคได้อย่างถูก ปาก</p> <p>42. ท่านไม่อยากหาเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับ ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง มาอ่าน เพิ่มเติมเพราะทำให้ท่านจะปฏิบัติตัวได้ ยากยิ่งขึ้น</p>					

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง  
**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย  ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
43. ท่านใช้น้ำมันหมู น้ำมันมะพร้าวปรุงอาหารเป็นประจำ			
44. ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวานเป็นประจำ ทุกวัน			
45. ท่านชอบใช้ผักในการประกอบอาหารมากกว่า เนื้อสัตว์ ไข่			
46. ท่านมีการเลี้ยงสังสรรค์กับเพื่อน และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผสมเป็นประจำ ทุกเดือน			
47. ท่านสูบบุหรี่ หรืออยู่ใกล้ชิดคนที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลามากกว่า 1 ปี			
48. ท่านควบคุมน้ำหนักโดยวิธีออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น การวิ่ง การว่ายน้ำ ติดต่อกันอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง			
49. ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุก ๆ ปี เพื่อดูว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง			
50. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างสม่ำเสมอ			
51. ท่านเลื่อนการไปพบแพทย์ตามนัดเสมอเมื่อแพทย์นัดเจาะเลือดเพื่อติดตามการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง			
52. ท่านซื้อยาลดไขมันรับประทานเองเสมอเมื่อท่านไม่มีเวลาไปพบแพทย์			
53. ท่านสนใจติดตามข่าวสารการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างสม่ำเสมอ			
54. ท่านผ่อนคลายความเครียดของท่านโดยทางานอดิเรกทำ เช่น การปลูกต้นไม้ การดูโทรทัศน์ การเลี้ยงสัตว์			

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง  
**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย  ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ข้อคำถาม	น้อย	ปานกลาง	มาก
55. เมื่อท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูง บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องสอบถามถึงด้วยความห่วงใยเสมอ			
56. เมื่อท่านต้องการมาพบแพทย์ เพื่อตรวจหาระดับไขมันในเลือด บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เต็มใจพาท่านไปตรวจ			
57. ท่านรู้สึกอบอุ่น เมื่อบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง ดูแลและปรนนิบัติ เมื่อท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูง			
58. เมื่อท่านไม่สบายใจ ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนของท่านสนใจให้คำปรึกษาหรือรับฟังความรู้สึกของท่าน			
59. บุคคลในครอบครัว ยินดีในการช่วยเหลือด้านการเงินในการดูแลสุขภาพตัวของท่าน			
60. ในครอบครัวของท่านชอบประกอบอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงเป็นประจำ เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู			
61. ครอบครัวของท่านเป็นครอบครัวที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย			
62. ท่านมีกำลังใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงมาก เมื่อท่านคิดถึงสมาชิกทุกคนในครอบครัว			
63. บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนของท่านไม่สูบบุหรี่ เมื่ออยู่ใกล้ชิดท่าน			
64. เมื่อท่านมารับการตรวจสุขภาพ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้ความสนใจ และยินดีให้บริการแก่ท่าน			
65. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงที่ถูกต้องจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเสมอ			
66. ท่านคิดว่าสถานบริการทางสุขภาพที่ท่านใช้บริการสามารถให้ข้อมูลข่าวสารในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแก่ท่านได้เป็นอย่างดี			

**เฉลยแบบสอบถาม**

เฉลยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อความทางบวกได้แก่ ข้อ 6,7,9,10,11,12,14,15,18,20,21,22,23,25,26,27,29

ข้อความทางลบได้แก่ ข้อ 8,13,16,17,19,24,28,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,  
41,42

เฉลยแบบสอบถามการดูแลตนเอง

ข้อความทางบวกได้แก่ ข้อ 45,48,49,50,53,54

ข้อความทางลบได้แก่ ข้อ 43,44,46,47,51,52

เฉลยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อความทางบวกได้แก่ ข้อ 55,56,57,58,59,61,62,63,64,65,66

ข้อความทางลบได้แก่ ข้อ 60

ภาคผนวก ค.  
คุณภาพเครื่องมือ

ตาราง 46 ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง  
และ การสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อที่	แบบสอบถามความ เชื่อด้านสุขภาพ (r)	แบบสอบถามการ ดูแลตนเอง (r)	แบบสอบถามการ สนับสนุนทางสังคม (r)
1.	3.96	2.00	1.92
2.	3.04	1.81	1.96
3.	4.89	4.00	3.00
4.	3.00	2.00	3.00
5.	3.80	2.00	1.80
6.	3.08	2.00	1.80
7.	3.84	2.00	1.76
8.	3.68	2.00	3.00
9.	2.28	2.00	1.96
10.	3.92	2.00	3.00
11.	3.16	1.92	3.00
12.	2.84	2.00	1.84
13.	3.12		
14.	4.00		
15.	3.20		
16.	2.76		
17.	3.40		
18.	3.96		
19.	3.96		
20.	3.28		
21.	3.96		
22.	3.92		
23.	3.96		
24.	3.72		
25.	3.92		

ตาราง 46 (ต่อ)

ข้อที่	แบบสอบถามความ เชื่อด้านสุขภาพ (r)	แบบสอบถามการ ดูแลตนเอง (r)	แบบสอบถามการ สนับสนุนทางสังคม (r)
26.	3.96		
27.	3.84		
28.	3.92		
29.	3.92		
30.	3.28		
31.	2.44		
32.	3.96		
33.	3.92		
34.	3.92		
35.	3.68		
36.	3.40		
37.	3.52		

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

มีค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) = 0.99

แบบสอบถามการดูแลตนเอง

มีค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) = 0.93

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

มีค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) = 0.97

ประวัติย่อผู้วิจัย

## ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางชนิดา สุขแสง
วัน เดือน ปี เกิด	23 พฤศจิกายน 2510
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	418 บ้านหงษ์อ่อน ซอยประชาราษฎร์บำเพ็ญ 20 ตำบลสามเสนนอก อำเภอห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	ผู้จัดการแผนกตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร

## ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2527	ม.6 แผนกวิทยาศาสตร์ จากโรงเรียนเซนต์จอห์น กรุงเทพมหานคร
พ.ศ.2531	พยาบาลและผดุงครรภ์วิชาชีพชั้นสูง โรงเรียนพยาบาลโรงพยาบาลมิชชั่น
พ.ศ.2534	วิทยาศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2543	การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร