

๕๔๗.๗๓๑

๗๒๗๒๗

๘-๓

พหุติกรรมานการป้องกันภาวะไข่ม้วนเลือดสูงของผู้บริหาร

โรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา

กระทรวงศึกษาธิการ

ปริญญาโท

ของ

จันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ

18 S.ค. 2539

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

เมษายน 2539

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๕ ๐๒๕๐๗

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญาบัตรฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....ประธาน

(ผศ. วินัส บัณฑาสพงษ์)

.....กรรมการ

(รศ. สุจินต์ ปริชามารถ)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธาน

(ผศ. วินัส บัณฑาสพงษ์)

.....กรรมการ

(รศ. สุจินต์ ปริชามารถ)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อ. พิมพ์ศรี รตอติเทพย์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญาบัตรฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ดร. ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ ๓๐ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๓๙

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาในการให้คำแนะนำ และช่วยเหลือเป็น
อย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ อาจารย์ ดร.กาญจนา รุ่งทรานนท์
และรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย จันทรรมลี ผู้ช่วยศาสตราจารย์
จุฑามาศ เทพชัยศรี อาจารย์พิมพ์ศรี รัตติเทพย์ อาจารย์วิริยา สุขวงศ์ และ
นายแพทย์บรรลือศักดิ์ อาชวานันทกุล ที่ได้กรุณาตรวจ และให้คำแนะนำเป็นอย่างดี
ในการสร้างเครื่องมือการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ กองการมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ที่กรุณาให้
ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการออกหนังสือเพื่อขอเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้บริหาร
โรงเรียนมัธยมศึกษา และผู้ช่วยผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาทุกฝ่าย ในเขตกรุงเทพมหานคร
สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการ
ตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติเป็นอย่างสูง ที่กรุณาอนุมัติทุนอุดหนุน
การวิจัยประเภทนักศึกษา ระดับบัณฑิตศึกษา ประจำปี 2539 แก่ผู้วิจัย

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ทุกคนในครอบครัว ผู้ร่วมงาน ตลอดจน
เพื่อนนิสิต และผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน ที่มีส่วนในการให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย
ด้วยดีตลอดมา

จันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	11
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	12
ข้อตกลงเบื้องต้น	12
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	12
นิยามศัพท์เฉพาะ	14
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	18
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	18
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา	72
การวิจัยในประเทศ	72
การวิจัยในประเทศไทย	79
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	96
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	98
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	98
ประชากร	98
กลุ่มตัวอย่าง	98
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	102
ลักษณะของเครื่องมือ	102
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	103
เกณฑ์การให้คะแนน	103
การหาคุณภาพเครื่องมือ	104

บทที่	หน้า
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	105
วิธีจัดการกระทำกับข้อมูล	106
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	108
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	115
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	115
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	115
การวิเคราะห์ข้อมูล	116
ผลการศึกษาค้นคว้า	117
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	139
บทย่อ	139
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	139
วิธีดำเนินการวิจัย	139
การวิเคราะห์ข้อมูล	140
สรุปผลการค้นคว้า	141
อภิปรายผล	143
ข้อเสนอแนะ	154
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	154
บรรณานุกรม	156
ภาคผนวก	170
ประวัติย่อของผู้วิจัย	190

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนตายด้วยสาเหตุที่สําคัญกับอัตรา ต่อประชากร 100,000 พุทธศักราช 2521 - 2535	2
2	จำนวนตายของโรคหัวใจขาดเลือด ต่อประชากรแสนคน ตามบัญชีตาราง โรคพื้นฐาน จากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ พุทธศักราช 2526 - 2535	7
3	อัตราต่อผู้ป่วย 1,000 คน ของบางโรค จำแนกตามอาชีพ พุทธศักราช 2524	10
4	ปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารชนิดต่าง ๆ ในส่วนที่รับประทานได้ 100 กรัม	21
5	ไลโปโปรตีนในพลาสมา	26
6	เกณฑ์ตัดสินความผิดปกติของไขมันในเลือด (Dyslipidemia)	38
7	การแบ่งชนิดของภาวะไขมันในเลือด ตามลักษณะทางชีวเคมี	39
8	ปริมาณคาร์โบไฮเดรตในเลือดในน้ำมันพืชที่ใช้ปรุงอาหาร	43
9	ผลของยาลดไขมันต่อระดับไขมันในเลือด	52
10	จำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา (ส่วนกลาง) กระทรวงศึกษาธิการ จำแนกตามกลุ่มโรงเรียน	100
11	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลา ในการดำรงตำแหน่ง และฐานะเศรษฐกิจ	117
12	คะแนนเต็ม ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนรวมเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร ...	120
13	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ระหว่างผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาเพศชาย และเพศหญิง	122

14	แสดงความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพใน เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกเป็นจำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามกลุ่มอายุของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา	124
15	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพใน เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีอายุต่างกัน	126
16	แสดงความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพใน เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกเป็นจำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามตำแหน่งของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา	127
17	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพใน เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีตำแหน่งต่างกัน	129
18	แสดงความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพใน เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกเป็นจำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา	130
19	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพใน เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน . . .	132
20	แสดงความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพใน เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกเป็นจำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามฐานะเศรษฐกิจของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา	133
21	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพใน เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน	135

22	ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ของคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน	137
23	วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร	138
24	ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง	139

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงระดับการวัดทางปัญญา	57
2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	95

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ในสังคมปัจจุบัน วิทยาการทางการแพทย์เจริญไปอย่างรวดเร็ว แพทย์สามารถวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำมากขึ้น โดยมีเครื่องมือที่ช่วยในการตรวจ และวินิจฉัยโรคที่พัฒนาขึ้นมาก ทำให้โรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อส่วนใหญ่มียัตุราเกิดโรคลดลง เนื่องจากยารักษาโรคมีประสิทธิภาพดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันแนวโน้มของโรคไวรัส เชื้อ กลับมีอัตราการเกิดโรคที่สวนทางกัน โดยเฉพาะโรคของระบบไหลเวียนเลือด และหัวใจ โดยที่โรคนี้นักเกิดกับประเทศที่พัฒนาแล้วทั้งหลายมาเป็นเวลานานแล้ว และในปัจจุบันโรคหัวใจได้เป็นสาเหตุทำลายชีวิตคนไทยเป็นอันดับ 1 เช่นเดียวกัน

จากสถิติของกองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ตายด้วยโรคหัวใจตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2521 - 2525 มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จนกระทั่งเป็นสาเหตุการตายในอันดับที่ 1 ตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2525 เป็นต้นมา (ยกเว้นปีพุทธศักราช 2526) ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนตายด้วยสาเหตุที่สำคัญกับอัตรา ต่อประชากร 100,000 พุทธศักราช 2521 - 2535

เหตุตาย	2521(1978)		2522(1979)		2523(1980)		2524(1981)		2525(1982)	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
รวม	241,146	542.4	241,111	530.4	247,970	533.8	239,423	504.2	247,402	510.2
โรคหัวใจ	7,674	15.2	13,246	29.1	14,607	31.4	14,891	31.5	16,555	34.1
อุบัติเหตุ และการเป็นพิษ	17,706	38.4	16,599	36.5	16,599	36.5	16,672	35.9	16,234	33.5
มะเร็งทุกชนิด	9,174	20.6	9,672	21.3	10,961	23.6	11,726	24.7	12,653	26.1
วัณโรคระบบหายใจ	7,470	16.8	6,738	14.8	6,643	14.3	5,387	11.8	5,771	11.9
บอดอักเสบ	5,144	11.6	4,655	10.2	4,639	10.0	4,250	0.9	4,638	9.6
ไข้มาเลเรีย	4,595	10.3	3,787	8.3	3,755	8.1	4,071	8.1	3,779	7.8
โรคท้องร่วง	6,499	14.6	5,031	11.1	3,834	8.3	3,178	6.7	2,805	5.8
โรคกระเพาะอาหารและดูโอดีนัม	2,986	6.7	2,230	6.2	2,212	4.0	2,155	4.5	1,940	4.0
ความบกพร่องทางโภชนาการ	1,280	2.9	1,164	2.6	850	1.8	817	1.7	796	1.6
โรคแทรกซ้อนการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะบะอยู่ไฟ	1,355	3.0	1,105	2.4	1,061	2.3	863	1.8	749	1.5
อื่น ๆ	178,803	402.3	176,284	387.9	182,736	393.3	175,450	369.5	181,482	374.3

ตาราง 1 (ต่อ)

เขตตาย	2526(1983)		2527(1984)		2528(1985)		2529(1986)		2530(1987)	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
รวม	252,592	510.7	225,282	447.0	225,088	435.5	218,025	414.1	232,968	434.6
โรคหัวใจ	16,658	33.7	17,794	35.3	18,886	36.4	19,681	37.4	22,897	42.7
มะเร็งทุกชนิด	13,327	27.0	13,159	26.1	13,964	27.0	14,709	27.9	16,905	31.5
อุบัติเหตุ และการเป็นพิษ	17,526	35.4	16,050	31.8	14,962	28.9	13,052	24.8	14,009	26.1
วัณโรคทุกชนิด	5,525	11.2	5,168	10.2	5,344	10.3	5,169	19.8	5,471	10.2
ปอดอักเสบ	4,965	10.0	3,757	7.5	3,839	7.4	3,319	6.3	3,577	6.7
โรคท้องร่วง	2,883	5.8	2,142	4.2	1,802	3.5	1,901	3.6	2,295	4.3
ไข้มาเลเรีย	2,898	5.9	2,221	4.04	1,829	3.5	1,540	2.9	1,635	3.1
โรคกระเพาะอาหารและลำไส้	1,918	3.9	1,465	2.9	1,500	7.9	1,054	2.0	1,358	2.5
ความบกพร่องทางโภชนาการ	706	1.4	430	0.9	373	0.7	350	0.7	360	0.7
โรคแทรกซ้อนการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะอยู่ไฟ	670	1.4	459	0.9	409	0.8	328	0.6	329	0.6
อื่น ๆ	551,861	375.2	162,637	322.8	162,180	313.9	156,922	298.0	164,162	306.2

ตาราง 1 (ต่อ)

เหตุตาย	2531(1988)		2532(1989)		2533(1990)		2534(1991)		2535(1992)	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
รวม	231,227	424.0	246,570	444.7	252,512	448.2	264,350	466.5	275,313	479.8
โรคหัวใจ	24,286	44.5	27,452	49.5	28,924	51.3	31,003	54.7	32,131	56.0
อุบัติเหตุ และการเป็นพิษ	16,491	30.2	19,482	35.1	23,634	41.9	25,852	45.6	27,811	48.5
มะเร็งทุกชนิด	18,284	33.5	20,385	36.8	22,514	39.3	23,332	41.2	24,961	43.5
ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง	7,240	13.3	7,966	14.4	8,445	15.0	9,035	15.9	9,709	16.9
การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตายถูกฆ่าตาย และอื่น ๆ	8,980	16.5	9,034	16.3	8,621	15.3	8,386	14.8	8,732	15.2
โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน	5,134	9.4	7,738	14.0	7,520	13.3	7,566	13.4	7,644	13.3
ปอดอักเสบและโรคอื่น ๆ ของปอด	5,502	10.1	6,616	11.1	5,902	10.5	6,393	11.3	6,569	11.4

ตาราง 1 (ต่อ)

เขตตาย	2531(1988)		2532(1989)		2533(1990)		2534(1991)		2535(1992)	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
โตอีกสิบ กลุ่มอาการของโตพิการ										
และโตพิการ	3,589	6.6	3,957	7.1	4,254	7.6	4,511	8.0	5,556	9.7
วัณโรคทุกชนิด	4,495	8.2	4,218	7.6	3,937	7.0	3,663	6.5	3,595	6.3
อัมพาตทุกชนิด	3,360	6.2	3,347	6.0	3,341	5.9	3,466	6.1	3,556	6.2
อื่น ๆ	133,866	245.5	136,823	246.8	135,780	241.0	141,143	249.1	145,049	252.8

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานสถิติกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข รายงานสถิติประจำปี 2536. หน้า 83 - 94.

โรคหัวใจที่พบมากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Coronary Artery Thrombosis) เนื่องจากผนังของหลอดเลือดนั้นแข็ง ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) ตามมา ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายอย่างกะทันหัน (Sudden Death) (ประวิทย์ ตันประเสริฐ. 2532 : 121 - 122)

จากรายงานสถิติ ของกองสถิติสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ถึงจำนวนตายของโรคหัวใจขาดเลือดตั้งแต่ปี พุทธศักราช 2526 - 2532 พบว่ามีแนวโน้มไม่แน่นอนขึ้น ๆ ลง ๆ ตลอดเวลา แต่ในช่วงปีที่ผ่านมา (พุทธศักราช 2533 - 2535) พบว่า จำนวนตายของโรคนี้กลับมีแนวโน้มว่ากำลังสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เห็นว่าโรคนี้กำลังจะเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญมากปัญหาหนึ่ง ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนตายของโรคหัวใจขาดเลือดต่อประชากรแสนคน ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐาน จากบัญชีจำนวนการกระหว่ระหว่างประเทศ พุทธศักราช 2526 - 2535

จำนวน, อัตรา ตามปีพ.ศ.	2526(1983)	2527(1984)	2528(1985)	2529(1986)	2530(1987)	2531(1988)	2532(1989)	2533(1990)	2534(1991)	2535(1992)
	จำนวน อัตรา	จำนวน อัตรา	จำนวน อัตรา	จำนวน อัตรา	จำนวน อัตรา	จำนวน อัตรา	จำนวน อัตรา	จำนวน อัตรา	จำนวน อัตรา	จำนวน อัตรา
รวม	972 2.0	843 1.7	800 1.5	724 1.4	800 1.5	1,050 1.9	1,001 1.8	728 1.3	903 1.6	1,097 1.9

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานสถิติกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติประจำปี 2536. หน้า 87.

สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดนั้น มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) เพราะจะเป็นตัวทำให้เกิดการสะสมของไขมันที่ผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (วิชัย ตันไพจิตร และคนอื่น ๆ. 2529 : 71 - 72) เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง คือ การรับประทานอาหารไขมันปริมาณมาก ที่มีโคเลสเตอรอล และมีไขมันอิ่มตัวสูง การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควบคุมน้ำหนักตัว สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และรับประทานของหวานเป็นประจำ (วิชัย ตันไพจิตร และคนอื่น ๆ. 2529 : 96)

โดยปกติแล้วผู้ที่มีอายุมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคภัยต่าง ๆ ขึ้นในร่างกายได้หลายประการ อาจเนื่องมาจากการเสื่อมสภาพของร่างกายเอง หรือจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จนเป็นสาเหตุของการเกิดโรคบางอย่างขึ้น เช่น โรคไขมันในเส้นเลือดสูง โรคอ้วน ฯลฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้บริหาร เนื่องจากในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีอายุมาก มีหน้าที่การทำงานในระดับสูงเป็นหลักฐานมั่นคง รายได้สูงขึ้น จึงทำให้มีอาหารพอรับประทานหรือเกินรับประทาน ลักษณะอาหารที่รับประทานประจำวันส่วนใหญ่จะเป็นอาหารที่มีราคาแพง ประกอบไปด้วยโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับการที่มีโอกาสออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน หรือกินเลี้ยงสังสรรค์บ่อย ผลที่ตามมาคือ โอกาสในการสูบบุหรี่ และดื่มสุรามากขึ้น และเนื่องจากกลุ่มของผู้บริหารเป็นกลุ่มอาชีพที่ใช้แรงงานน้อยมีการใช้เครื่องผ่อนแรงในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น จึงทำให้ขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเวลาที่น้อยลง เนื่องจากมีความรับผิดชอบมากขึ้นประกอบกันด้วยซึ่งแบบแผนในการดำเนินชีวิตเหล่านี้ มักพบได้ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะดี อาศัยอยู่ในเขตเมืองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้บริหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาดังต่อไปนี้

ชลิตา อุณาเนิด (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้บริหาร และภาวะโภชนาการเกินในผู้บริหาร จากธนาคารพาณิชย์เอกชนของไทย 7 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารธนาคารมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 35.6 แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้บริหารที่พบว่า มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการเกิน คือ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมในเรื่องของการบริโภคอาหาร ปัจจัยเกี่ยวกับ

การบริโภคอาหารที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน ได้แก่ จำนวนมื้อใน 1 วัน การรับประทานอาหารมื้อดึก (หลัง 22.00 นาฬิกา) การรับประทานอาหารขณะดูโทรทัศน์ การดื่มกาแฟ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการปฏิบัติต่ออาหารเหลือในจานเมื่อรับประทานอิ่มแล้ว

ฝ่ายโภชนาการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 (กองโภชนาการ, 2533 : 8 ; อ้างอิงมาจาก ฝ่ายโภชนาการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4, 2533) ได้ทำการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้บริหารภาครัฐ 6 กระทรวงหลักในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ผลการศึกษาพบว่า โรคภาวะโภชนาการเกินมีความสัมพันธ์กับอายุที่สูงขึ้น โดยพบว่ากลุ่มที่มีอายุ 30 - 39 ปี มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 30.7 ช่วงอายุ 40 - 49 ปี มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 38.1 และช่วงอายุ 50 - 59 ปี มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 44 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะโภชนาการของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข พบเช่นเดียวกันว่า ภาวะโภชนาการเกินมีความสัมพันธ์กับอายุที่สูงขึ้น

จากการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมในปทุมธานี 2524 ยังพบว่า โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดจะพบมากในบางกลุ่มอาชีพ เช่น งานเสมียน และการค้า รวมถึงผู้ปฏิบัติการด้านวิชาชีพ วิชาการ และการบริหาร ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 อัตราต่อผู้ป่วย 1,000 คน ของบางโรค จำนวนตามอาชีพ พุทธศักราช 2524

อาชีพ	ผู้ปฏิบัติงานด้าน วิชาชีพ วิชาการ และการบริหาร	งานขนส่งและ การคมนาคม	งานเสมียน และการค้า	เกษตรกร	ช่างและกรรมกร	นักเรียน	แม่บ้านและ ผู้ไม่มีอาชีพ
โรคติดเชื้อและปรสิต	151.9	117.2	105.3	212.5	198.8	278.2	252.9
โรคมาลาเรีย	20.0	23.4	41.1	19.5	16.0	5.8	22.8
ความแปรปรวนทางจิต	67.2	31.2	51.1	30.6	41.1	27.9	19.6
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	36.9	31.2	56.9	24.5	33.1	10.3	31.2
อุบัติเหตุ	190.5	328.1	148.2	124.3	233.9	189.7	74.1
โรคไตทรอยด์	9.8	7.8	13.6	7.5	7.0	3.2	4.8
โรคเบาหวาน	8.3	7.8	20.4	4.0	4.4	0.5	7.9
โรคตับแข็ง	4.5	-	5.2	4.4	3.9	0.1	3.7

ที่มา : Institute for Population and Social Research, Mahidol University. The Secondary Data Analysis

of the Morbidity and Mortality Differentials. 1985. p.51.

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า กลุ่มอาชีพบริหารเป็นกลุ่มอาชีพหนึ่งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดตามมา ทำให้ตามมาด้วยการเสียชีวิตในที่สุด จึงเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีค่าระดับมันสมองของประเทศไป ถ้ายังไม่ได้มีการตื่นตัวในการป้องกันโรคนี้กันเสียก่อน ดังที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่า โรคนี้มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมของมนุษย์เอง เมื่อเป็นเช่นนี้แล้วก็น่าจะเชื่อได้ว่า มนุษย์สามารถที่จะป้องกันโรคนี้ไม่ให้เกิดขึ้นได้เช่นกัน ถ้าได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ เนื่องจากเป็นผู้บริหารทางด้านวิชาการการศึกษา ซึ่งจัดเป็นกลุ่มอาชีพที่ทำงานเบา (Light Activity) มีการใช้พลังงานในการทำงานน้อย ตามการแบ่งระดับขององค์การอนามัยโลก พุทธศักราช 2516 จัดอาชีพครูเพศชายอยู่ในกลุ่มงานเบาใช้พลังงาน 42 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ส่วนครูเพศหญิงจัดอยู่ในกลุ่มงานเบาเช่นเดียวกันมีการใช้พลังงาน 36 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ซึ่งจัดว่าใช้พลังงานน้อย ทำให้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง และผู้บริหารกลุ่มนี้มีบทบาทในการเป็นผู้นำในการส่งเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้กับเยาวชนของชาติที่อยู่ในช่วงของวัยรุ่นที่กำลังจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ มีความพร้อมเต็มที่ในการที่จะพิจารณา และคิดด้วยเหตุผลในการเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง และยังเป็นวัยที่เริ่มมีอิสระในการเลือกแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองมากขึ้นด้วย

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมทางด้านความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ จำแนกตาม อายุ เพศ ฐานะเศรษฐกิจ ตำแหน่ง และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง

3. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงกับความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. นำผลของการศึกษาค้นคว้ามานำเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษา และประชาสัมพันธ์เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อปรับปรุงและแก้ไขพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า วิจัยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ศึกษาในผู้บริหารทุกคนที่เคยได้รับการตรวจหาระดับไขมันในเลือด แต่ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยที่ทราบได้จากการสอบถามประวัติการตรวจสุขภาพ ถึงผลการตรวจระดับไขมันในเลือด และศึกษาในผู้บริหารที่ยังไม่ได้รับการตรวจหาระดับไขมันในเลือดด้วย

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของเนื้อหา ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และตัวแปร ดังนี้

1. ขอบเขตเนื้อหา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษา ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1.1 ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย
 - 1.1.1 สาเหตุของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง
 - 1.1.2 อาการและการดำเนินโรคของภาวะไขมันในเลือดสูง
 - 1.1.3 การวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูง
 - 1.1.4 การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
 - 1.1.5 การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง
- 1.2 ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย
 - 1.2.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง
 - 1.2.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง
 - 1.2.3 การรับรู้ถึงผลดีของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
 - 1.2.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
 - 1.2.5 แรงจูงใจด้านการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
- 1.3 การปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย
 - 1.3.1 การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง
 - 1.3.2 การเว้นการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา
 - 1.3.3 การออกกำลังกาย
 - 1.3.4 การรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน

2. ประชากร เป็นผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในปีพุทธศักราช 2537 115 โรงเรียน แต่ละโรงเรียนมีตำแหน่งผู้บริหาร คือ ผู้อำนวยการ หรืออาจารย์ใหญ่ หรือครูใหญ่ และผู้ช่วยฝ่ายต่าง ๆ รวมโรงเรียนละ 5 คน คือ ฝ่ายบริการ ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายธุรการ และฝ่ายปกครอง ทั้งนี้รวมถึงผู้ที่ดำรงตำแหน่งรักษาการในตำแหน่งที่กล่าวมาด้วย รวมทั้งสิ้น 575 คน

3. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 236 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling)

4. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

4.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

4.1.1 อายุ

4.1.2 เพศ

4.1.3 ฐานะเศรษฐกิจ

4.1.4 ตำแหน่ง

4.1.5 ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง

4.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง คือ

4.2.1 ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง

4.2.2 ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง

4.2.3 การปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง องค์ประกอบใน 3 ด้าน คือ ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

1.1 ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง การจำ การระลึกได้ และความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียด หรือข้อเท็จจริงของสาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การวินิจฉัย การป้องกัน และการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง

1.2 ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง เจตคติหรือความเชื่อ หรือความคิด หรือการรับรู้ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ผลดีและอุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และแรงจูงใจด้านการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ดังต่อไปนี้คือ

1.2.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ระดับความรู้สึก หรือความเชื่อที่ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะไขมันในเลือดสูง

1.2.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ระดับความรู้สึก หรือความเชื่อเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงว่ามีความรุนแรงเพียงใด

1.2.3 การรับรู้ถึงผลดีของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ระดับความรู้สึก หรือความเชื่อเกี่ยวกับผลดี ที่จะได้จากการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

1.2.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ระดับความรู้สึก หรือความเชื่อเกี่ยวกับความยากลำบาก หรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นจาก การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

1.2.5 แรงจูงใจด้านการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ความรู้สึกอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก เช่น คำแนะนำหรือข่าวสารเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงทางบวก ฯลฯ

1.3 การปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง การที่บุคคล มีการกระทำการปฏิบัติตนใน 4 ด้าน ประกอบด้วย

1.3.1 การรับประทานอาหารที่มีการลดปริมาณไขมันลง มีการหลีกเลี่ยง อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง และหลีกเลี่ยงการรับประทานของหวานเป็นประจำ แต่ในขณะที่เดียวกันก็ให้รับประทานอาหารที่มีปริมาณคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนอย่างเพียงพอ

1.3.2 การเว้นการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา

1.3.3 การออกกำลังกาย ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การออกกำลังกาย ชนิดแอโรบิค นานครั้งละ 15 - 60 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

1.3.4 การรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน

2. ผู้บริหาร หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบในการดำเนินงานของโรงเรียนมัธยมศึกษา ใน เขตกรุงเทพมหานคร กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ มี 2 ระดับ คือ

2.1 ระดับที่ 1 คือ ผู้อำนวยการ หรืออาจารย์ใหญ่ หรือครูใหญ่

2.2 ระดับที่ 2 คือ ผู้ช่วยผู้บริหารในระดับที่ 1

3. อายุ หมายถึง จำนวนอายุเต็มปีบริบูรณ์ของผู้บริหาร โดยนับวันเกิดครั้งสุดท้าย ก่อนถึงวันสำรวจ แบ่งออกเป็น 4 ระดับตามงานวิจัยที่เคยศึกษา ในกลุ่มของผู้บริหาร และครู โรงเรียนมัธยมศึกษา ส่วนกลาง (ภัทรพร ศักดิ์สูง. 2536 : 59)

3.1 อายุ 20 - 30 ปี

3.2 อายุ 31 - 40 ปี

3.3 อายุ 41 - 50 ปี

3.4 อายุ 50 ปีขึ้นไป

4. ฐานะเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของสมาชิกทุกคนในครอบครัว ยืนยันได้จากค่าจ้าง เงินเดือน ค่าเช่า ดอกเบี้ย กู้ไ้ไร เงินปันผล บำเหน็จบำนาญ ฯลฯ นำมารวมกันโดยคิดเป็นรายได้เฉลี่ยต่อเดือน แบ่งออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์บัญชีเงินเดือน ของข้าราชการพลเรือนปัจจุบัน ปีพุทธศักราช 2536 ร่วมกับการปรับให้เข้ากับการศึกษาในครั้งนี้

4.1 น้อยกว่า 12,000 บาทต่อเดือน

4.2 12,000 ขึ้นไป - 16,000 บาทต่อเดือน

4.3 16,000 ขึ้นไป - 20,000 บาทต่อเดือน

4.4 20,000 ขึ้นไป - 24,000 บาทต่อเดือน

4.5 มากกว่า 24,000 บาทต่อเดือน

5. ตำแหน่ง หมายถึง หน้าที่การงานที่ปฏิบัติอยู่ซึ่งได้รับแต่งตั้งจากกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ และที่ยังดำรงตำแหน่งรักษาการแทนอยู่ด้วย โดยแบ่งตามสายการบริหาร งานของโรงเรียนมัธยมศึกษาทั่วไป ดังนี้

5.1 ผู้อำนวยการ อาจารย์ใหญ่ หรือครูใหญ่

5.2 ผู้ช่วยฝ่ายวิชาการ

5.3 ผู้ช่วยฝ่ายธุรการ

5.4 ผู้ช่วยฝ่ายบริการ

5.5 ผู้ช่วยฝ่ายปกครอง

6. ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง หมายถึง จำนวนเต็มปีปฏิทินตั้งแต่เริ่มปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งนั้น ๆ นับตั้งแต่วันแรก จนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามงานวิจัยที่เคยศึกษาในกลุ่มของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ส่วนกลางร่วมกับการรับให้เข้ากับการศึกษาในครั้งนี้ (สุรางค์ โสฬัสสมฤทัย, 2536 : 7)

6.1 น้อยกว่า 5 ปี

6.2 5 - 9 ปี

6.3 10 - 15 ปี

6.4 15 ปีขึ้นไป

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับกรอบความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1. ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia or Hyperlipoproteinemia)

ภาวะไขมันในเลือดสูง ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ คือ ภาวะโคเลสเตอรอล (Cholesterol) หรือไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือด (วิชัย ต้นไพจิตร และคนอื่น ๆ. 2529 : 71)

รัตนากา ผากเพียรกิจวัฒนา, สุนาญ เตชางาม และวิชัย ต้นไพจิตร (2529 : 83 - 85) ได้อธิบายความหมายของศัพท์ที่ใช้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไว้ดังนี้

ไฮเปอร์ไลปิดีเมีย (Hyperlipidemia) หมายถึง ภาวะที่มีไขมันสูงในเลือด โดยในทางปฏิบัติเน้นไขมันที่สูงในเลือดที่มีความสำคัญทางคลินิก คือ โคเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ ดังนั้นจึงหมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีโคเลสเตอรอล หรือไตรกลีเซอไรด์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างสูงในเลือด โดยทราบได้จากการวินิจฉัยในหลอดทดลอง

ไฮเปอร์ไลโปโปรตีนีเมีย (Hyperlipoproteinemia) หมายถึง ภาวะที่มีไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ชนิดต่าง ๆ สูงในเลือด โดยอาจเป็นเพียงชนิดเดียว หรือมากกว่าหนึ่งชนิดก็ได้ โคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ ต่างก็รวมอยู่กับโปรตีนในรูปของไลโปโปรตีน เพื่อละลายตัวในน้ำเลือด ดังนั้นถ้าตรวจพบภาวะ ไฮเปอร์ไลปิดีเมียในบุคคลใดย่อมหมายความว่า ร่างกายของบุคคลนั้นอยู่ในภาวะไฮเปอร์ไลโปโปรตีนีเมีย ด้วย

ในทางปฏิบัติใช้การตัดสินภาวะไขมันในเลือดสูงดังนี้ คือ ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง (Hypercholesterolemia) จะมีระดับโคเลสเตอรอล > 200 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร และภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (Hypertriglyceridemia) จะมีระดับไตรกลีเซอไรด์ > 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

เมื่อเป็นความรู้นี้ในฐานะในการศึกษาเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงต่อไป ควรจะทราบว่า

ในพลาสมาประกอบด้วยไขมันต่าง ๆ ชนิดัน ไขมันเหล่านี้ละลายได้ไม่ดีในน้ำ แม้ว่าไขมันบางชนิดจะมีฟอสฟอรัสหรือไนโตรเจนเป็นส่วนประกอบอยู่ก็ตาม ถ้าเราสกัดไขมันในพลาสมาด้วยตัวทำละลายที่เหมาะสม และทำการแยกส่วน ก็จะได้ไขมันต่าง ๆ ที่มีปริมาณมากน้อยตามลำดับ ดังนี้

1. ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid)
2. โคเลสเตอรอล (Cholesterol)
3. ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)
4. กรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid)

1. ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid)

ฟอสโฟไลปิด เป็นไขมันที่พบได้ในเซลล์ทุกชนิดรวมทั้งในพลาสมา บางแห่งจะเรียกว่า ฟอสโฟไรต์ แพท (Phosphorized Fat) ฟอสโฟไลพินส์ (Phospholipins) หรือฟอสฟาไทด์ (Phosphatides) ส่วนใหญ่จะประกอบด้วยกลีเซอรอล ปัจจุบันนี้พบฟอสโฟไลปิดอยู่ 5 ชนิด คือ

1.1 กรดฟอสฟาติค (Phosphatidic Acid หรือ Phosphatidyl Glycerol) เป็นสารที่เกิดระหว่างปฏิกิริยาที่สำคัญ ในโมเลกุลประกอบด้วยหมู่ฟอสเฟต (Phosphate) และกลีเซอรอล (Glycerol) อย่างละ 1 ตัว และมีกรดไขมันอีก 2 ตัว ซึ่งอาจจะเป็นชนิดเดียวกันหรือต่างกันได้

1.2 เลซิธิน (Lecitin หรือ Phosphatidyl Choline) เป็นเอสเทอร์ (Ester) ของกรดฟอสฟาติค กับโคลีน (Choline) การที่เลซิธินมีหมู่โคลีน และกรดฟอสฟอริก (Phosphoric Acid) ทำให้มีคุณสมบัติเป็นสารที่มีประจุได้ในพลาสมา ซึ่งมีประโยชน์ในการ

ทำให้สารประกอบไขมันคงสภาพเป็นสารละลายได้ในร่างกาย สามารถละลายได้ในตัวทำละลายอินทรีย์ทั่ว ๆ ไป ยกเว้นอะซิโตน (Acitone)

1.3 เซฟาลิน (Cephalin) หรือฟอสฟาไทด์ (phosphatide) ที่มีกลุ่มเอทานอลามีน (Ethanolamine) ซีรีน (Serine) หรืออินซิทอล (Inositol) แทนที่กลุ่มโคสทินของเลซีธิน พบได้ในเนื้อเยื่อทั่ว ๆ ไปของร่างกาย แต่มีมากในสมอง และเนื้อเยื่อของระบบประสาท สารกลุ่มนี้ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแข็งตัวของเลือด

1.4 ฟลาสมาโลเจน (Plasmalogen) มีกลุ่มฟอสฟาติล (Phosphatidyl) เอทานอลามีน (Ethanolamines) ซีรีน (Serine) หรืออินซิทอล (Inositol) แทนที่กลุ่มโคสทินของเลซีธิน พบได้ในกล้ามเนื้อหัวใจ สมอง และตับ ยังไม่ทราบหน้าที่ของสารกลุ่มนี้ แต่มีส่วนที่ต่างจากสารกลุ่มอื่น คือ กรดไขมันที่ตำแหน่งหนึ่งของกลุ่มนี้เป็นกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว

1.5 สฟิงโกมายีลีน (Sphingomyelins) เป็นสารฟอสโฟไลปิดที่พบได้ในเนื้อเยื่อทั่ว ๆ ไป โดยเฉพาะสมองและระบบประสาท

ความเข้าใจเกี่ยวกับสารกลุ่มนี้ยังไม่เป็นที่ชัดเจนแน่นอนทั้งหมด แต่เท่าที่ทราบก็คือ ฟอสโฟไลปิดทำหน้าที่เป็นตัวฟอก (Detergent) ทำให้ความสามารถในการละลายของไขมันอื่น ๆ ดีขึ้น

2. โคลเลสเตอรอล (Cholesterol)

โคลเลสเตอรอลเป็นสารในกลุ่มสเตียรอยด์ (Steroid) ประกอบด้วย 27 อะตอม และมีส่วนที่เป็นโพลาร์ (Polar) คือ หมู่ไฮดรอกซิล (Hydroxyl) ที่ตำแหน่ง 3 ทำให้สามารถสร้างเป็นเอสเทอร์กับกรดไขมันได้ ดังนั้นจึงมีคุณสมบัติเป็น เซ็คันดารีอัลกอฮอล์ (Secondary alcohol) และมีบอนด์คู่ระหว่าง C 5 - 6 ด้วย

โคลเลสเตอรอล เป็นสารที่มีอยู่ในไขมันและอาหารทั่ว ๆ ไป ที่มาจกสัตว์ เช่น ไขมันจากสัตว์ และผลิตผลจากสัตว์ ตัวอย่างเช่น เนื้อสัตว์ เครื่องใน ไข่ เป็นต้น ส่วนไขมันจากพืช และอาหารทั่ว ๆ ไปจากพืช เช่น น้ำมันพืช ผัก ผลไม้ ข้าวต่าง ๆ เหล่านี้จะไม่มีการสะสมโคลเลสเตอรอลอยู่ในผู้ใหญ่จะมีโคลเลสเตอรอลจะอยู่ประมาณ 150 กรัม

ในเนื้อเยื่อส่วนใหญ่ โคเลสเตอรอลจะอยู่ในรูปอิสระ แต่ในพลาสมาร้อยละ 60 - 70 จะเป็นรูปเอสเทอร์ โดยมีเอ็นไซม์เลซิทิน โคเลสเตอรอล เอซิล ทรานสเฟอเรส (Lecithin Cholesterol Acyl Transferase : LCAT) ตำแหน่งที่ 2 ของเลซิทิน ส่วนใหญ่ได้แก่ กรดไลโนเลอิก (Linoleic Acid) มาทำให้โคเลสเตอรอลกลายเป็น โคเลสเตอรอล ไลโนเลอิก (Cholesteryl Linoleate) และพบว่า โคเลสเตอรอลที่ดูดซึม ผ่านลำไส้เล็กจะสร้างเป็นเอสเทอร์ โดยรวมกับกรดโอเลอิก (Olaic Acid) แล้วรวมอยู่ใน ไคโลไมครอน (Chylomicron) และไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ที่สร้างจากเซลล์ลำไส้ แล้วถูกนำต่อไปยังตับ

ตาราง 4 ปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารชนิดต่าง ๆ ในส่วนที่รับประทานได้ 100 กรัม

ชนิดของอาหาร	ปริมาณโคเลสเตอรอล (มิลลิกรัม)
เนื้อหมูปนมัน	126
เนื้อหมูแดง	60
ไขมันหมู	110
สมองหมู	3,100
ตับหมู	420
กุนเชียง	150
เนื้อวัว	106
เนื้อวัวปนมัน	125
เนื้อลูกวัว	140
น้ำมันสด	24
สมองวัว	2,000
หัวใจวัว	145
ตับวัว	376
เนย	110

ตาราง 4 (ต่อ)

ชนิดของอาหาร	ปริมาณโคเลสเตอรอล (มิลลิกรัม)
เนยแข็ง	140
ปลาตูก	60
ปลาจาระเม็ด	120
ปลาทูน่า	186
ปลาหมึก	348
กุ้ง	154
ปู	164
หอยแมลงภู่	70
หอยนางรม	230 - 470
เนื้อไก่	60 - 90
ไข่แดง (ไก่)	2,000
ไข่ทั้งฟอง (ไก่)	450
เนื้อเบ็ด	70 - 90
ไข่แดง (เบ็ด)	1,120
ไข่นกกระทา	3,640

ที่มา : คณะกรรมการกลุ่มผลิตภัณฑ์วิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์. โภชนาการกับชีวิตมนุษย์. 2527. หน้า 187. (อ้างอิงมาจาก บริษัทดาวเคมิคอล. ม.ป.ป.)

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นได้ว่า อาหารชนิดต่าง ๆ มีปริมาณโคเลสเตอรอลแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม ตารางนี้คิดจากน้ำหนักอาหารส่วนที่รับประทานได้ 100 กรัม ดังนั้น อาหารบางชนิดที่ดูว่ามีปริมาณโคเลสเตอรอลมาก แต่เราอาจรับประทานในปริมาณน้อย เช่น ไข่ทั้งฟอง (ไม่รวมเปลือก) ที่เรารับประทานจะหนักเพียง 45 - 50 กรัม ดังนั้น

ถ้ารับประทานไข่ 1 ฟอง ก็จะได้โคเลสเตอรอลเพียง 250 กรัมเท่านั้น และไข่นกกระทาเพียง 1 ฟอง ก็จะไม่ให้โคเลสเตอรอลมาก ดังตัวเลขปรากฏตามตาราง 4

คนเรานอกจากจะได้โคเลสเตอรอลจากอาหารที่รับประทานเข้าไปแล้ว ร่างกายยังสามารถสังเคราะห์ขึ้นได้เองจากอะซีเตต (Acetate) และมีวาโลเนต (Mevalonate) ซึ่งอาจได้จากการสลายตัวของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันในร่างกาย ขบวนการสังเคราะห์โคเลสเตอรอลอาจเกิดขึ้นที่ตับ หรือที่ผนังของลำไส้เล็กก็ได้ ซึ่งโดยปกติแล้ว ร่างกายจะมีการควบคุมการสังเคราะห์โคเลสเตอรอล โคเลสเตอรอลจากร่างกายสร้างได้ ประมาณวันละ 1,000 - 2,000 มิลลิกรัม โดยที่ระดับของโคเลสเตอรอลในตับจะได้สมดุลกับระดับของโคเลสเตอรอลในพลาสมา (Plasma) ถ้ารับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลเข้าไปมาก ก็จะทำให้การสังเคราะห์โคเลสเตอรอลในร่างกายลดลง แต่อย่างไรก็ตามถ้าร่างกายได้รับโคเลสเตอรอลเข้าไปมาก ๆ ก็จะมีการสะสม ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดอุดตันได้

โดยปกติร่างกายคนเรา ไม่สามารถสลายนิวเคลียสของโคเลสเตอรอลได้ แต่สามารถแปรสภาพได้ ร่างกายคนเราจะสูญเสียโคเลสเตอรอลได้ 2 ทาง คือ

1. โดยการถูกออกซิไดซ์ (Oxidise) ที่ตับให้กลายเป็นน้ำดี ซึ่งน้ำดีนี้ช่วยในการย่อย และการดูดซึมของไขมัน
2. โดยปนกับน้ำดีไปที่ลำไส้เล็กและปนไปกับอาหาร อาจถูกดูดซึมกลับบ้างที่เหลือจะออกไปที่ลำไส้ใหญ่เป็นอุจจาระ

นอกจากนี้ โคเลสเตอรอลที่ผิวหนังก็อาจถูกเปลี่ยนไปเป็นวิตามินดีได้ เมื่อร่างกายถูกแสงแดด

แม้ว่าโคเลสเตอรอลจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจ ในกรณีที่ได้รับมากเกินไป หรือในกรณีที่ได้รับเข้าไปน้อย และร่างกายมีความผิดปกติเกี่ยวกับการสังเคราะห์ แต่โคเลสเตอรอลก็มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น ในการสังเคราะห์ น้ำดี ฮอรัโมนของต่อมหมวกไต และโกแนด (Gonad) นอกจากนี้ยังมีความสำคัญในการรักษาโครงสร้างโดยเฉพาะของเซลล์ และภายในเซลล์

ในการพิจารณาว่าจะเลือกรับประทานอะไรหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น

1. เราเป็นผู้ที่มีค่าของโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าปกติหรือไม่ ถ้าเป็น ก็ควรเลือกอาหารที่มีปริมาณโคเลสเตอรอลอยู่น้อย
2. ถ้าเป็นคนที่ค่อนข้างพอม น้ำหนักน้อย ก็ไม่ควรเลือก แต่อาจจะมัดระวัง ไม่รับประทานอาหารที่มีปริมาณโคเลสเตอรอลสูงในปริมาณมากเกินไป หรือบ่อยจนเกินไป
ตัวอย่างเช่น ไข่เป็นอาหารที่ให้โปรตีนคุณภาพดี และในไข่แดงก็มีวิตามิน และเกลือแร่ที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ดังนั้น จึงไม่ควรที่จะเลือกรับประทานไข่ นอกจากผู้ที่มีค่าโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าปกติอยู่แล้ว ส่วนอาหารพวกเครื่องในสัตว์นั้นควรรับประทานให้น้อย เพราะนอกจากจะทำให้โคเลสเตอรอลสูงแล้ว ยังมีสารที่จะไปสะสมตามข้อทำให้เกิดโรคเก๊าท์ (Gout)

3. ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)

เป็นเอสเทอร์ (Ester) ระหว่างกลีเซอรอลและกรดไขมัน 3 ตัว ถ้ามีกรดไขมันเกาะ 1 ตัว จะเรียกมันกลีเซอไรด์ (Monoglyceride) ถ้ามีกรดไขมัน 2 ตัว ก็จะใช้เรียกไดกลีเซอไรด์ (Diglyceride) ทั้งไขมัน และไดกลีเซอไรด์มีปริมาณน้อยในพลาสมา เนื่องจากเป็นสารที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิกิริยา การสร้างไตรกลีเซอไรด์เท่านั้น

ไตรกลีเซอไรด์อาจจะเป็นของแข็งหรือของเหลวก็ได้ที่อุณหภูมิห้อง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของกรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid : FFA) ถ้าเป็นกรดไม่อิ่มตัว เช่น กรดโอเลอิก (Olaic Acid) ไลโนเลอิก (Linolaic Acid) ไลโนเลนิก (Linolanic Acid) ก็จะมีจุดหลอมเหลวต่ำ และเป็นของเหลวที่อุณหภูมิห้อง แต่ถ้าเป็นกรดอิ่มตัว เช่น กรดสเตียริก (Stearic Acid) ปาลเมติก (Plamatic Acid) ก็จะมีจุดหลอมเหลวสูง และเป็นของแข็งที่อุณหภูมิห้อง กรดไขมันอิสระที่ประกอบอยู่ในโมเลกุลของไตรกลีเซอไรด์ทั้ง 3 ตำแหน่ง อาจเป็นกรดชนิดเดียวกันหรือต่างกันได้

ไตรกลีเซอไรด์ในพลาสมาได้มาจากหลายทาง ทางแรกได้โดยการ รับประทานอาหาร และจากลำไส้เข้ามาในกระแสเลือดในรูปโคไลไมครอน (Chylomicron) และอีกทางหนึ่งคือ การสร้างขึ้นที่ตับ และเซลล์ลำไส้ จากสารคาร์โบไฮเดรต และกรดไขมัน กึ่งระ: ไตรกลีเซอไรด์ที่เกิดจากการสร้างขึ้นเองนี้จะถูกขนถ่ายในสภาพของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมาก (Very Low Density Lipoprotein : VLDL) ไลโปโปรตีนที่มีความ

หนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein : HDL) และโคไลไมครอน (Chylomicron) ตับทำหน้าที่สำคัญในการสร้าง วี แอล ดี แอล (VLDL) และ เฮช ดี แอล (HDL) ส่วนใหญ่ของ ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดจะถูกเผาผลาญเป็นพลังงาน เช่นเดียวกับไตรกลีเซอไรด์ในโคไลไมครอน วี แอล ดี แอล ที่มีไตรกลีเซอไรด์น้อยลงนี้ จะเปลี่ยนสภาพเป็น ไอ ดี แอล (IDL) และ แอล ดี แอล (LDL) ในที่สุด บางส่วนของไตรกลีเซอไรด์จะเก็บสะสมไว้ในร่างกายที่เนื้อเยื่อไขมัน เพื่อเป็นแหล่งพลังงาน และนำเอามาใช้ได้เมื่อร่างกายต้องการ โดยสลายไตรกลีเซอไรด์ ให้กรดไขมันอิสระออกมาสู่กระแสเลือด เพื่อการออกซิไดซ์ (Oxidise) ต่อไป ส่วนประกอบของกรดไขมันอิสระในเนื้อเยื่อไขมัน จะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของพันธุกรรม ชนิดของสัตว์ และชนิดของอาหารที่ได้รับ พบว่าถ้ารับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงนาน ๆ จะมีกรดไขมันอิ่มตัวมากขึ้น

4. กรดไขมันอิสระ (Free or Non - Esterified Fatty Acid :

FFA or NEFA

กรดไขมันอิสระส่วนใหญ่จะเป็นกรดอิ่มตัว ที่สำคัญ คือ กรดสเตียริก (C18) และปาลเมติก (C16) มีจำนวนถึงร้อยละ 85 หรือมากกว่า แม้ว่ากรดไขมันอิสระจะมีเพียงร้อยละ 5 หรือน้อยกว่ากรดไขมันทั้งหมดในพลาสมา คือ 0.5 มิลลิโมล หรือ 10 - 15 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แต่ก็เป็นส่วนที่สำคัญในกระบวนการเมตาบอลิซึม (Metabolism) ของไขมันในพลาสมา กรดไขมันอิสระนี้จะถูกขับออกมาจากเนื้อเยื่อไขมัน รวมตัวกับอัลบูมิน (Albumin) ในพลาสมาอย่างหลวม ๆ และมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก การออกซิไดซ์กรดไขมันอิสระจะเป็นแหล่งพลังงานสำคัญในระยะหลังดูดซึมอาหาร

การขนส่งไขมันทุกชนิดไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายต้องอาศัยโปรตีนไม่ว่าจะเป็นการขนส่งไขมันจากไลโปโปรตีน หรือการขนส่งไขมันจากตับไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เนื่องจากไขมันไม่ละลายในน้ำและเลือด โดยที่กรดไขมันอิสระจับกับแอลบูมิน ส่วนไขมันที่เหลือจะจับกับโปรตีนเป็นไลโปโปรตีน เพื่อให้ละลายตัวอยู่ในน้ำเลือดได้ สะดวกในการขนส่ง ไลโปโปรตีนที่ทำหน้าที่ขนส่งไขมันในร่างกาย แบ่งออกได้ 4 ชนิด ตามความหนาแน่นและชนิดของไขมันที่เป็นองค์ประกอบ ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 ไลโปโปรตีนในพลาสมา

ไลโปโปรตีน	ความหนาแน่น	องค์ประกอบ (ร้อยละ)			
		โปรตีน	ไตรกลีเซอไรด์	โคเลสเตอรอล	ฟอสโฟไลปิด
ไครโลไมครอน	0.69	2	85	4	9
VLDL	0.96 - 1.006	10	50	22	18
LDL	1.006 - 1.063	25	10	45	20
HDL	1.063	55	4	17	24

ที่มา : คณะกรรมการผลิตชุดวิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์ (ดัดแปลงจากตารางในหนังสือ Human Nutrition and Dietetics 7th Edition.1979). โภชนาการกับชีวิตมนุษย์. 2527. หน้า 211.

1. ไครโลไมครอน (Chylomicron) ทำหน้าที่ขนส่งไขมันหลังจากที่มีการย่อย และการดูดซึมแล้วจากลำไส้เล็กไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ไครโลไมครอนประกอบด้วย ไตรกลีเซอไรด์เป็นส่วนใหญ่ ถึงประมาณร้อยละ 85 จะมีโคเลสเตอรอล และฟอสโฟไลปิดอยู่เพียงเล็กน้อย มีโปรตีนเป็นองค์ประกอบอยู่ประมาณร้อยละ 2

2. ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมาก (Very Low Density Lipoprotein) เรียกย่อว่า วี แอล ดี แอล (VLDL) ทำหน้าที่ขนส่งไตรกลีเซอไรด์ เช่นเดียวกับไครโลไมครอน แต่เป็นไตรกลีเซอไรด์จากตับไม่ใช่ลำไส้เล็ก ไลโปโปรตีนชนิดนี้จึงประกอบด้วย ไตรกลีเซอไรด์เป็นส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือเป็นโคเลสเตอรอล ฟอสโฟไลปิด และโปรตีน

3. ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low Density Lipoprotein) เรียกว่า แอล ดี แอล (LDL) ทำหน้าที่ขนส่งไขมันจากตับ ประกอบด้วยโคเลสเตอรอล เป็นส่วนใหญ่ คือ ประมาณร้อยละ 45 และที่เหลือเป็นไตรกลีเซอไรด์ ฟอสโฟไลปิด และ โปรตีน

4. ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein) เรียกว่า เฮช ดี แอล (HDL) ประกอบไปด้วยโปรตีนเป็นส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 50 พบ โคเลสเตอรอล ฟอสโฟไลปิดบ้าง และมีไตรกลีเซอไรด์เพียงเล็กน้อย

ถ้าร่างกายเกิดภาวะที่ไม่สามารถสังเคราะห์ไลโปโปรตีนเหล่านี้ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม จะทำให้เกิดการคั่งของไขมันในตับสูงได้ ตัวอย่างเช่น ไขมันคั่งใน โปรตีนอย่างรุนแรง จะเกิดภาวะที่เรียกว่า แพตตีลิเวอร์ (Fatty Liver) คือ ไขมันคั่งใน ตับ เนื่องจากขาดโปรตีนที่จะไปขนส่งไขมันจากตับไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

สาเหตุของโคเลสเตอรอลสูงในเลือด ภาวะโคเลสเตอรอล หรือแอล ดี แอล (LDL) โคเลสเตอรอลสูงในเลือด แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ สูงจากอาหาร (Dietary), สูงจากพันธุกรรม (Primary) และสูงจากสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลัง (Secondary Hypercholesterolemia)

1. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงปฐมภูมิ หรือจากพันธุกรรม (Primary Hypercholesterolemia)

ภาวะโคเลสเตอรอลสูง เนื่องจากพันธุกรรมมีอยู่ 3 ประเภทคือ แฟมิลีเลีย ไฮเปอร์โคเลสเตอรอลลิเมีย (Familial Hypercholesterolemia) แฟมิลีเลียคอมไบเนด ไฮเปอร์โคเลสเตอรอลลิเมีย (Familial Combined Hypercholesterolemia) และ โพลีจีนิก ไฮเปอร์โคเลสเตอรอลลิเมีย (Polygenic Hypercholesterolemia)

แฟมิลีเลีย ไฮเปอร์โคเลสเตอรอลลิเมีย โกลด์สไตน์ และบราวน์ (Goldstein and Brown) เป็นผู้ค้นพบว่า ผู้ป่วยประเภทนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนที่ควบคุมหน้าที่ของ แอล ดี แอล รีเซพเตอร์ (LDL Receptor) ความผิดปกติของ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล ในผู้ป่วยประเภทนี้ มีผลทำให้การเผาผลาญลดลง ระดับ แอล ดี แอล ในเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้

ยังพบว่าผู้ป่วยโฮโมไซกัส (Homozygous) แฟมิลีเลีย ไฮโปโคเลสเตอรอลลิเมีย ยังมี การสร้าง แอล ดี แอล เพิ่มด้วย อุบัติการของเฮเทอโรไซกัส (Heterozygous) แฟมิลีเลีย ไฮโปโคเลสเตอรอลลิเมีย พบได้ในอัตรา 1 - 2/1000 คน ส่วนโฮโมไซกัส พบน้อยมากคือ 1 ในล้านคน

อาการทางคลินิกที่สำคัญ คือ การเกิดภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง เมื่ออายุยังน้อย ผู้ป่วยเฮเทอโรไซกัส แฟมิลีเลีย ไฮโปโคเลสเตอรอลลิเมีย ที่ไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ตั้งแต่อายุ 30 ปี ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยประเภทนี้มักมีโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนอายุ 60 ปี การศึกษาพบว่าร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตาย เกิดจากเฮเทอโรไซกัส แฟมิลีเลีย ไฮโปโคเลสเตอรอลลิเมีย ส่วนผู้ป่วยโฮโมไซกัส แฟมิลีเลีย ไฮโปโคเลสเตอรอลลิเมีย มักมีอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนอายุ 20 ปี อนึ่งผู้ป่วยประเภทนี้มักมีเส้นเลือดเอออร์ติคตีบ (Aortic Stenosis) ร่วมด้วย

แฟมิลีเลีย คอมโมน ไฮโปโคเลสเตอรอลลิเมีย ได้มีการค้นพบโรคนี้ในปี คริสต์ศักราช 1973 และครึ่งหนึ่งของพี่น้องของผู้ป่วย มีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์แบบออโตโซมอล โดมิแนนท์ (Autosomal Dominant) โดยยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด ตัวผู้ป่วยหรือญาติสายตรง ของผู้ป่วยอาจมีฟีโนไทป์ (Phenotype) เป็นแบบ IIa , IIb , IV หรือ V อย่างไรก็ตามการ ศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยมีฟีโนไทป์แบบ IV 1 ใน 3 เป็นแบบ IIa และ 1 ใน 3 เป็นแบบ IIb ส่วนแบบ V พบน้อยมาก การตรวจพบระดับโคเลสเตอรอลสูง มัก พบภายหลังอายุ 30 ปี อุบัติการของโรคนี้พบได้ในอัตรา 3 - 5 / 1000 คน

ผลตามมาทางคลินิกที่สำคัญคือ การเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยพบว่าร้อยละ 10 - 20 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดจากประเภทนี้ ส่วนเป็นเหลืองที่ผิวพบได้น้อย แต่ มักพบว่า ผู้ป่วยมีโรคอ้วน ไม่มีความต้านทานกลูโคส (Glucose Intolerance) และภาวะ อินซูลินในเลือดสูง (Hyperinsulinemia)

โพลีจีนิก ไฮโปโคเลสเตอรอลลิเมีย คือ ภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด เนื่องจากความผิดปกติของยีนหลายตัว ที่มีผลต่อระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลในเลือด บังคับ จากสิ่งแวดล้อม เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องหลักโภชนาการมีส่วนส่งเสริมต่อการแสดงออก ของภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด ผู้ป่วยประเภทนี้มีข้อมูลบ่งชี้ว่า แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล

ที่สูงขึ้นในเลือดนั้นเกิดจากการสร้าง แอล ดี แอล เพิ่มขึ้น ร่วมกับการเผาผลาญ แอล ดี แอล ลดลง ซึ่งเป็นผลจากการทำงานของ แอล ดี แอล รีเซพเตอร์ของตับด้อยลง ทำให้ วี แอล ดี แอล เร็มแนนท์ (VLDL Remnant) ผ่านเข้าสู่ตับลดน้อยลงจึงถูกเปลี่ยนไปเป็น แอล ดี แอล มากขึ้น

2. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงทุติยภูมิ (Secondary Hypercholesterolemia)

นอกจากนี้ยังมีภาวะโคเลสเตอรอลสูงจากโรค หรือยาบางชนิด โรคหรือภาวะบางอย่าง ตลอดจนการใช้ยาบางชนิดสามารถทำให้เกิดโคเลสเตอรอลสูงในเลือดได้ เช่น ต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ การได้รับยาขับปัสสาวะบางชนิด (Thiazide) ฯลฯ นอกจากนั้น การดื่มเหล้าเป็นประจำ การขาดการออกกำลังกายก็เป็นสาเหตุด้วย

และมีรายงานว่าผู้ที่ดื่มกาแฟเป็นประจำวันหนึ่งไม่ต่ำกว่า 6 - 9 แก้ว จะทำให้มีระดับโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้นเกือบ 20 - 30 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ตามลำดับ ดังนั้นผู้ที่ดื่มกาแฟปริมาณมากจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น (วินัส ตันติมูล, 2536 : 48)

3. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงจากอาหาร (Dietary Hypercholesterolemia)

การรับประทานอาหารที่มีไขมันกับโคเลสเตอรอลมาก และไขมันส่วนใหญ่เป็นชนิดอิ่มตัว มีผลทำให้โคเลสเตอรอลสูงในเลือดได้ คนอ้วนบางรายระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลสูงได้ โดยมีส่วนสัมพันธ์กับชนิดของอาหารดังกล่าว

สาเหตุของไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด สาเหตุของภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด เช่นเดียวกับภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดอาจเกิดจาก

1. อาหารที่รับประทานโดยเฉพาะผู้ที่รับประทานจุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มากที่รับประทานไขมันจากสัตว์มาก รับประทานน้ำตาลทราย หรือขนมหวานมาก จะทำให้เกิดเป็นโรคอ้วนในที่สุด ทำให้ตับสังเคราะห์ วี แอล ดี แอล มาก จึงทำให้มีระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือด

2. ผู้ที่ดื่มสุรามากเป็นประจำมักมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด ซึ่งมักจะเป็นผลจากระดับ แอล ดี แอล และโคเลสเตอรอนสูงในเลือด

3. ภาวะไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือดจากโรค หรือการใช้ยาบางชนิด โรคบางชนิดเช่น โรคเบาหวาน (Diabetic Mellitus) ภาวะไตล้มเหลว

เรื้อรัง (Chronic Renal Failure) ตลอดจนการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด อาจก่อให้เกิดภาวะไตกรลีเซอไรต์สูงในเลือดได้

ภาวะไตกรลีเซอไรต์สูงในเลือดที่เกิดจากร่างกายมี วิ แอล ดี แอล หรือโคเลโมครอนสูงในเลือดนั้น พบว่า ผู้ที่มีไตกรลีเซอไรต์สูงในเลือด เนื่องจากการสร้าง วิ แอล ดี แอล มากกว่าปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มากกว่าผู้ที่มีไตกรลีเซอไรต์สูงในเลือด เนื่องจากการเผาผลาญ วิ แอล ดี แอล ลดลงกว่าปกติ ทั้งนี้เพราะ ผู้ที่มีการสร้าง วิ แอล ดี แอล มาก มักมี วิ แอล ดี แอล ส่วนน้อยที่หลงอยู่ แอล ดี แอล ขนาดเล็กซึ่งผ่านเข้าสู่เยื่อหลอดเลือดแดงได้ง่ายกว่า วิ แอล ดี แอล ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ สำหรับภาวะโคเลโมครอนสูงในเลือดนั้น ก่อให้เกิดการอักเสบของตับอ่อนแบบเฉียบพลันได้ (Acute Pancreatitis) และอาจเป็นไปได้ว่าโคเลโมครอนที่เหลืออยู่ ซึ่งมีขนาดเล็กกว่า และมีโคเลสเตอรอลมากกว่า อาจก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้

สารต่าง ๆ ที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับนั้น จะมีปริมาณหนึ่งซึ่งเป็นปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายของคนเรา เป็นปริมาณที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ปกติ แต่ถ้าได้รับในปริมาณมากหรือน้อย ก็ทำให้ร่างกายเกิดภาวะที่ผิดปกติได้ สารอาหารไขมันก็เช่นเดียวกัน ถ้าได้รับมากเกินไปจะทำให้ได้รับพลังงานมากเกินไป ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีการสะสมไขมันในร่างกายทำให้อ้วนได้ อันนี้เป็นผลที่เห็นได้ชัดเจน ส่วนผลที่เห็นได้ไม่ชัดเจน คือ การทำให้ไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ (Hyperlipidemia) หรือไตรกรลีสเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือด ภาวะไขมันสูงในเลือดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิด ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นการป้องกันและรักษาภาวะไขมันสูงในเลือดอย่างถูกต้อง จึงมีส่วนสำคัญในการลดอัตราการตาย และอัตราการพิการของโรคหัวใจขาดเลือด

ก่อนอื่นจะขอกล่าวถึงกายวิภาค (Anatomy) และสรีรวิทยา (Physiology) ของหัวใจ และหลอดเลือด รวมถึงพยาธิสภาพ และกลไกการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งอย่างคร่าวๆก่อน เพื่อเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจอาการ และการดำเนินโรคต่อไป : หลอดเลือดสำคัญที่เลี้ยงหัวใจเรียกว่า หลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Artery) มี 2 หลอดทางด้านซ้ายและขวา เป็นหลอดเลือดที่มีช่องภายใน (Lumen) ซึ่งมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 3 - 4 มิลลิเมตร แยกแขนงเลี้ยงหัวใจที่หนาที่สูบฉีดโลหิต ประกอบด้วยโครงสร้างเป็นกล้ามเนื้อ และมีความต้องการ

เลือด 0.7 - 0.9 มิลลิลิตร/กรัม ของกล้ามเนื้อเวนทริเคิลซ้าย (Left Ventricle) ต่อ 1 นาที ขณะที่พักนอน แต่จะไหลเร็วขึ้นเป็น 2.5 เท่า ขณะที่ออกกำลังกาย ขนาดของเวนทริเคิลซ้ายเป็นกรัม จะเท่ากับน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม x 2.24 ดังนั้น น้ำหนัก 60 กิโลกรัม จะมีน้ำหนักหัวใจ = $60 \times 2.24 = 134.4$ กรัม ในหนึ่งนาทีเลือดจึงไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อเวนทริเคิลซ้ายประมาณ 120 มิลลิลิตร/นาที จึงเห็นได้ว่าในนาทีหนึ่ง ๆ กล้ามเนื้อหัวใจต้องการเลือดไปเลี้ยงเป็นจำนวนมาก เลือดนี้ต้องไหลผ่านหลอดเลือดโคโรนารี

ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ และหลอดเลือดแดงขนาดปานกลาง โดยมีการคั่งของไขมันที่ผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงแข็ง แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ รอยไขมัน (Fatty Streak) แผ่นพังพืด (Fibrous Plaque) และขาดแผลซับซ้อน (Complicated Lesion) การเกิดพยาธิสภาพของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง มีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยอาจตรวจพบรอยไขมันในหลอดเลือดแดงของเด็กตั้งแต่อายุ 10 ปี ถ้าหากความผิดปกตินี้ไม่ได้รับการแก้ไข จะเปลี่ยนเป็นแผ่นพังพืดในช่วงอายุ 20 - 30 ปี และกลายเป็นขาดแผลซับซ้อนเมื่ออายุประมาณ 40 ปี ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดแดงสูญเสียคุณสมบัติความยืดหยุ่น ก่อให้เกิดผลร้ายต่อร่างกายได้

เมื่อนำหลอดเลือดแดง ซึ่งมีพยาธิสภาพแบบรอยไขมันมาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะพบว่าไขมันซึ่งส่วนใหญ่เป็นโคเลสเตอรอลคั่งอยู่ภายในเซลล์ และมีเซลล์กล้ามเนื้อเรียบจากผนังชั้นกลางของหลอดเลือดแดง บุกรุกเข้าแทรกอยู่กับเซลล์เยื่อชั้นใน ดังนั้น กลไกที่สำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง คือ การที่มีภาวะไขมันสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโคเลสเตอรอลสูงอย่างเรื้อรัง เป็นผลทำให้เกิดการสะสมของไขมันที่ผนังชั้นในสุดของหลอดเลือด นอกจากนี้ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งอาจเกิดจากเซลล์เยื่อบุก่อทำร้าย (Endothelial Injury) จากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความดันเลือดสูง การสูบบุหรี่ เมื่อเซลล์เยื่อบุเกิดขาดแผลขึ้น ผลตามมาก็คือ แก๊สเลือด (Platelet) และโมโนไซต์ (Monocyte) รวมตัวกันเป็นก้อนเลือด ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นยังทำให้เซลล์กล้ามเนื้อเรียบเพิ่มจำนวนมากขึ้น และบุกรุกเข้ามาในผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดง ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเกิดขึ้นได้ง่ายในผู้ที่มีทั้งภาวะไขมันสูงในเลือดร่วมกับภาวะที่เซลล์เยื่อบุก่อทำร้าย ซึ่งพอจะสรุปเป็นสมมติฐานที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้ คือ

สมมติฐานการเกิดบาดแผล (Injury Hypothesis) สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดบาดแผลกับเยื่อเยื่อหลอดเลือด (Endothelial) คือ ภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด (Hypercholesterolemia) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และการสูบบุหรี่

เมื่อมีภัยอันตรายเกิดขึ้นที่เยื่อเยื่อหลอดเลือด เซลล์พวกโมโนไซต์ (Monocyte), แมคโครฟาจ (Macrophage) และเกล็ดเลือด จะรวมตัวและสร้างสารต่าง ๆ เปลี่ยนเป็นโฟมเซลล์ (Foam Cell) แอล ดี แอล และคอรันินรวมตัวกัน มีปัจจัยการเจริญเติบโต (Growth Factor) กระตุ้นให้กล้ามเนื้อเรียบเจริญเติบโตขึ้น เกิดเป็นรอยไขมัน (Fatty Streak) ขึ้น ถ้าการดำเนินของพยาธิสภาพนี้ก้าวหน้าต่อไป ก็จะกลายเป็นปื้นหนา (Plaque)

สมมติฐานจากการสะสมของไขมัน (Lipogenic Hypothesis) มีข้อมูลสนับสนุนว่าไขมันทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง คือ

1. พบว่ามีโคเลสเตอรอลในผนังหลอดเลือดที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง
2. การศึกษาในสัตว์ทดลอง พบว่า ถ้าเพิ่มโคเลสเตอรอลในอาหารจะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งอย่างแน่นอน การลดโคเลสเตอรอลในอาหาร จะทำให้ปื้นหนาของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งที่เกิดขึ้นลดน้อยลง

3. ฟรามิงแฮม และสถาบัน เอ็ม อาร์ เอฟ ไอ ที (วิจัย ดันไนจิตร. 2530 : 80 ; อ้างอิงมาจาก Framingham and MRFIT Institute. 1983) ได้ศึกษาพบความสัมพันธ์ของระดับโคเลสเตอรอล กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) อย่างเด่นชัดคือ เมื่อให้โคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ในทางตรงข้าม ถ้าให้โคเลสเตอรอลลดลงร้อยละ 1 จะทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดลดลงร้อยละ 2

ตำแหน่งหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ และขนาดกลาง ที่เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ (1) แอบริดมินอล เอออร์ตา (Abdominal Aorta) และ อิลิแอค อาร์เทอรี (Iliac Artery) (2) โคโรนารี อาร์เทอรี (Coronary Artery) (3) เฟมอรัล และปอปไลเทียล อาร์เทอรี (Femoral and Popliteal Arteries) และ ทอราซิก เอออร์ตา (Thoracic Aorta) (4) อินเทอเนอ คาร์อติค อาร์เทอรี (Internal Carotid Artery) และ (5) เวอร์เทบรัล และบาสิลาร์ อาร์เทอรี (Vertebral and Basilar Arteries)

อาการทางคลินิกของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมีได้ 2 รูปแบบคือ (1) หลอดเลือดแดงโป่งพอง (Aneurysm) และ (2) การตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ เช่น เกิดจากการตีตันของหลอดเลือดโคโรนารี ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) โดยระยะแรกอาจไม่มีอาการ จนกระทั่งหลอดเลือดตีบแคบเกินร้อยละ 70 ของรูเดิมจึงจะแสดงอาการ ถ้าบริเวณที่ตีบแคบเกิดการอุดตันอย่างทันทีทันใด เช่น มีลิ่มเลือดไปอุดตันอย่างทันทีทันใด ทำให้หัวใจขาดเลือดทันที เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ถ้าเป็นมากหัวใจจะวายได้ เพราะกล้ามเนื้อหัวใจที่เหลืออยู่ไม่พอบีบตัวสูบฉีดเลือด ผู้ป่วยบางรายแม้จะมีกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายเป็นบริเวณแคบ แต่ก็ตายได้เพราะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

อาการ และการดำเนินโรคของภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ด้านวิทยาการระบาด และการศึกษาในชุมชนบ่งชี้ว่าระดับโคเลสเตอรอล มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีข้อมูลที่น่าสนใจต่อไปนี้

1. โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) พบอยู่ในประเทศซึ่งประชากรมีค่าเฉลี่ยของโคเลสเตอรอลในเลือดเกิน 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เช่น สหรัฐอเมริกา ประเทศในยุโรปกลาง และยุโรปเหนือ และออสเตรเลีย ในทางตรงกันข้ามประเทศซึ่งประชากรมีค่าเฉลี่ยของโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มีอุบัติการณ์ของโรคหัวใจขาดเลือดต่ำ ความชุกของโรคหัวใจขาดเลือดจะน้อยมากเมื่อประชากรมีระดับโคเลสเตอรอลเพียงร้อยละ 60 ของประชากรที่มีความชุกของโรคหัวใจขาดเลือดสูง ส่วนประชากรที่มีค่าเฉลี่ยของโคเลสเตอรอลอยู่ระหว่าง 150 - 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เช่น กรีซ อิตาลี ญี่ปุ่น ส่วนที่เป็นเขตเมืองเปอโตริโก มีอัตราการเกิดของโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่าประชากรที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

เมื่อแบ่งระดับโคเลสเตอรอลของผู้ชายชาวอเมริกัน อายุระหว่าง 40 - 64 ปี ตามควอไทล์ต่อไปนี้ ควอไทล์ที่ 1 มีระดับโคเลสเตอรอลน้อยกว่า 194 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควอไทล์ที่ 2 มีระดับโคเลสเตอรอล 195 - 218 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควอไทล์ที่ 3 มีระดับโคเลสเตอรอล 219 - 240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควอไทล์ที่ 4 มีระดับโคเลสเตอรอล 241 - 268 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และควอไทล์ที่ 5 มีระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 268 มิลลิกรัม/เดซิลิตร พบว่า ผู้ที่มีโคเลสเตอรอลอยู่ในระดับ ควอไทล์ที่ 1 และ 2 อัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ไม่ต่างกัน ส่วนผู้ที่มิโคเลสเตอรอลอยู่ในควอไทล์ที่ 3, 4 และ 5 มีอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงขึ้น โดยเมื่อเทียบกับควอไทล์ที่ 1 และ 2 อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 1.50, 1.64 และ 1.99 ตามลำดับ

การศึกษาในผู้ป่วยภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดปฐมภูมิ หรือจากพันธุกรรม (Primary Hypercholesterolemia) พบผู้ป่วยซึ่งมีระดับ แอล ดี แอล สูงกว่าปกติ เนื่องจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ระดับ แอล ดี แอล สูงกว่าปกติจะมีอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูง (Assmann and others. 1984 : 1067A - 1090A)

การศึกษาในสัตว์ทดลอง เมื่อเลี้ยงสัตว์ทดลองด้วยอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและกรดไขมันอิ่มตัวมาก จะทำให้เกิดภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด และภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Goto and others. 1984 : 1067A - 10690)

2. แขนงโหมา (Xanthoma) ปรากฏตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น เป็นเหลืองที่ข้อศอก หัวเข่าหรือที่ข้อพับต่าง ๆ แต่ถ้ามีเป็นไขมันที่หนังตา เรียกว่า แขนงที่ลาสมา (Xanthelasma) นอกจากนี้ยังอาจพบเป็นไขมันใต้ที่บริเวณเอ็นร้อยหวายด้วย หากให้มีขนาดหนาผิดปกติ

3. คอรัเนียล อาร์คัส (Corneal Arcus) เส้นโค้งสีขาวบนขอบนอกของตาดำ ซึ่งเกิดจากการมีโคเลสเตอรอลไปจับที่กระจกตาดำ ซึ่งอาจจะเป็นรูปครึ่งวงกลมหรือเต็มวงกลมก็ได้

ความผิดปกติเช่นนี้เกิดจากการมี แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลไปเกาะตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ หลักสำคัญของการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูง คือ การตรวจเลือด ในขณะที่เดียวกันการตรวจร่างกายก็มีความสำคัญ เมื่อตรวจพบว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง และจัดแบ่งประเภทของภาวะไขมันในเลือดสูงว่าเป็นชนิดใดแล้ว จะต้องหาสาเหตุที่มาของภาวะไขมันในเลือดสูงนั้นว่าเกิดจากสาเหตุใดด้วย สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงอยู่เสมอ คือ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระดับไขมันในร่างกาย เช่น การรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน การรับประทานยาบางชนิด การดื่มสุรา ทั้งโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ก็อาจทำให้พวกที่มีสาเหตุจากพันธุกรรมแสดงอาการได้ไวขึ้น

อาการ และการดำเนินโรคของภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง จากผลการศึกษา ทำให้ทราบว่า การที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด สามารถคุกคามสุขภาพได้หลายประการ ทั้งนี้ ขึ้นกับว่าไตรกลีเซอไรด์ที่สูงนั้นเกิดจากโคไลไมครอน (Chylomicron) หรือ วี แอล ดี แอล ดังต่อไปนี้ คือ

1. หลอดเลือดแดงแข็ง ถ้ามีหลอดเลือดแดงแข็งที่อวัยวะใดแล้ว ก็จะทำให้ อวัยวะส่วนนั้นได้เลือดไปเลี้ยงไม่พอ ถ้าเป็นที่หัวใจก็เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ ถ้าเป็นที่สมอง ก็เกิดอัมพาตได้ ผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนที่มีความ ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดปกติ โอกาสที่จะเป็นโรคหัวใจขาดเลือดยิ่งมากขึ้น จากการศึกษา พบว่า ไตรกลีเซอไรด์ที่มาจาก วี แอล ดี แอล เป็นตัวการสำคัญในโรคนี้ อนึ่งผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ สูงในเลือดส่วนใหญ่นั้นเกิดจาก วี แอล ดี แอล นั้นเอง

2. ต้มมีามืด ในรายที่ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงจากโคไลไมครอน อาจมีตับโต และมีามืดได้

3. ปื้นเหลืองที่ผิวหนัง (Xanthoma) ผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงจากโคไลไมครอน จะมีปื้นเหลืองตามผิวหนังได้ ปื้นเหลืองนี้จะมีลักษณะพิเศษ คือ เป็นเม็ดพุ่มงโดยตรงกลางของ เม็ดพุ่มงมีสีเหลือง ส่วนที่ฐานมีลักษณะสีแดง ปื้นเหลืองแบบพุ่มงนี้ พบต่อเมื่อไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดสูงอย่างมากแล้ว ($> 1,000$ มิลลิกรัม/เดซิลิตร)

4. ปวดท้อง ผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงมาก ๆ จากโคไลไมครอน อาจ เกิดอาการปวดท้องได้ และบางรายอาจรุนแรงถึงขั้นตับอ่อนอักเสบได้ เชื่อว่าโคไลไมครอน ไปอุดตันตามหลอดเลือดพอยท์หล่อเลี้ยงลำไส้ หรือตับอ่อน ทำให้มีอาการดังกล่าวขาดเลือดไปเลี้ยง ความผิดปกตินี้จะหายไป ถ้าสามารถควบคุมระดับโคเลสเตอรอลให้อยู่ในระดับปกติได้

การวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือด ทำได้โดยการตรวจวัดปริมาณไขมันในเลือดร่วมกับ การตรวจร่างกาย เมื่อมีอาการต่าง ๆ ที่บ่งชี้ถึงภาวะไขมันในเลือดสูง พร้อมทั้งซักประวัติ อาหาร ซึ่งจะใช้เป็นข้อบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นได้รับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์จากอาหาร มากน้อยเพียงใด สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงปริมาณไขมันของบุคคลนั้นด้วย

การตรวจวัดระดับไขมันในเลือด ต้องมีการเตรียมตัวก่อนการเจาะเลือด เพื่อให้การวัดระดับไขมันได้ผลถูกต้อง และวินิจฉัยได้แน่นอน ดังนั้นสิ่งที่แพทย์ควรแนะนำ และเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการเจาะเลือด คือ

1. ให้อุดอาหารมาเป็นเวลา 12 - 14 ชั่วโมง ก่อนการเจาะเลือด
2. การรับประทานอาหารชนิดที่รับประทานเป็นประจำตามปกติ ในระยะเวลา

2 สัปดาห์ก่อนการเจาะเลือด

3. ควรมีน้ำหนักคงที่ ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในระยะเวลาที่ทำการศึกษาเลือด
4. ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรง ในระยะที่ทำการศึกษาเลือด
5. ในผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง หรือมีภาวะเครียดทาง

จิตใจ ควรจะเจาะเลือดภายหลังจากผ่านพ้นอาการรุนแรงของโรคแล้ว ประมาณ 4 - 8

สัปดาห์

6. หยุดยาทุกชนิดที่รับประทานอยู่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ (ถ้าไม่มีข้อห้ามในการหยุดยานั้น ๆ) โดยเฉพาะยาลดไขมันในเลือด และยาที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือดชนิดอื่น ๆ รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด

เมื่อเจาะเลือดแล้วนำมาแยกเอาส่วนของซีรัม เพื่อตรวจหาระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และ เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอล พร้อมทั้งแยกซีรัมอีกส่วนหนึ่งนำมาทดสอบโคไลไมครอน เพื่อดูว่ามีระดับโคไลไมครอนสูงด้วยหรือไม่ โดยนำเอาซีรัมใส่หลอดแก้วนำไปไว้ในตู้เย็นที่ 4 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 12 - 14 ชั่วโมง จะพบว่าในซีรัมของคนปกติ หรือคนที่มีโคเลสเตอรอลสูงเพียงอย่างเดียว มีลักษณะใส แต่ถ้ามีไตรกลีเซอไรด์สูง ซีรัมนั้นจะติดปกติ คือถ้าไตรกลีเซอไรด์นั้นมาจาก วี แอล ดี แอล จะทำให้ซีรัมขุ่น และถ้าสูงมาก ๆ สีจะขุ่นเหมือนน้ำมัน แต่ถ้าไตรกลีเซอไรด์นั้นมาจากโคไลไมครอน จะพบชั้นครีมนลอยอยู่ที่ผิวหน้าชั้นบน นอกจากนี้เรายังสามารถตรวจหาระดับไลโปโปรตีนชนิดต่าง ๆ ได้โดยใช้เครื่องเนฟโวลมิเตอร์ ซึ่งวัดออกมาเป็นปริมาณของ แอล พาร์ติเคิล (L - Particle) เอ็ม พาร์ติเคิล (M - Particle) และ เอส พาร์ติเคิล (S - Particle) ซึ่งหมายถึงโคไลไมครอน วี แอล ดี แอล และ แอล ดี แอล ตามลำดับ

การเจาะเลือดหลังจากอดอาหารมาแล้ว 12 ชั่วโมง โคเลสเตอรอลที่ตรวจวัดได้นั้นจะมาจาก วี แอล ดี แอล ร้อยละ 13, แอล ดี แอล ร้อยละ 70 และ เฮช ดี แอล ร้อยละ 17 ส่วนที่ได้จากโคเลโมครอนจะมีน้อยมาก

หลังจากได้ผลของไขมันในเลือดแล้ว ต้องมีการแปลผลที่ได้ว่าผิดปกติหรือไม่ การแปลผลจะใช้การเปรียบเทียบกับค่าที่ได้จากคนปกติ โดยใช้น้ำหนักสถิติเข้ามาช่วย ถ้าหากค่าไขมันที่วัดได้อยู่ในช่วง 95 เพอร์เซนไทล์ ของค่าปกติขึ้นไป ถือว่ามีภาวะไขมันสูงในเลือด และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดต่ำกว่านี้ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติใช้การตัดสินภาวะไขมันสูงในเลือด ดังนี้

ภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด จะมีระดับโคเลสเตอรอล > 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด จะมีระดับไตรกลีเซอไรด์ > 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

อย่างไรก็ตามปัจจุบันนี้ไม่มีข้อมูลที่บ่งชี้อย่างแน่ชัดแล้วว่า ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดมีส่วนสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นการตัดสินภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด จึงยึดถือระดับที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ในด้านไตรกลีเซอไรด์ก็ใช้หลักเกณฑ์เดียวกัน ตาราง 6 แสดงถึงเกณฑ์ตัดสินระดับไขมันผิดปกติในเลือด กำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญของสมาคมภาวะหลอดเลือดแข็งแห่งยุโรป (European Artherosclerosis Society : EAS) โครงการศึกษาโคเลสเตอรอลแห่งชาติ (National Cholesterol Education Program : NCEP) สถาบันโรคหัวใจ และโลหิตวิทยาแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) สูงควรได้รับการตรวจต่อไปว่าระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล และ เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอลสูงมากน้อยเพียงใด เพื่อให้แน่ใจว่าระดับโคเลสเตอรอลรวมที่สูงขึ้นนี้เริ่ม เกิดจาก แอล ดี แอล เพราะ แอล ดี แอล เป็นปัจจัยสำคัญของการทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง โดยผู้ที่มีระดับ แอล ดี แอล สูงในเลือด โคเลสเตอรอลที่อยู่ใน แอล ดี แอล จะไปสะสมอยู่ที่เยื่อหุ้มด้านในของหลอดเลือดแดงขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง โดยจะเริ่มตีบก่อน เมื่อพยาธิสภาพมากขึ้นก็เกิดการอุดตันขึ้น ถ้าหากเกิดขึ้นที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ ก็จะทำให้หัวใจขาดเลือด ในทางตรงกันข้าม เฮช ดี แอล ทำหน้าที่ป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง โดยชน่วย

โคเลสเตอรอลที่สะสมอยู่ที่เยื่อหุ้มด้านในของหลอดเลือดแดง กลับมาเผาผลาญที่ตับให้เป็นการตุนาดี ซึ่งจะถูกขับถ่ายออกทางลำไส้เล็ก ดังนั้นผู้ที่มีระดับ เฮช ดี แอล สูงในเลือด จึงมีผลดีต่อร่างกาย โดยทั่วไปแล้วผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในซีรัมสูงกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มักเกิดจากการ มีระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลสูงในซีรัม

ผู้ที่มีทั้งระดับ แอล ดี แอล สูงในซีรัม และ เฮช ดี แอล ต่ำในซีรัมย่อมเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน มากกว่าผู้ที่มีระดับ แอล ดี แอล ในซีรัมสูงอย่างเดียว

ตาราง 6 เกณฑ์ตัดสินความผิดปกติของไขมันในเลือด (Dyslipidemia)

ไขมัน (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	อัตราเสี่ยง		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
EAS			
ไตรกลีเซอไรด์ (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	< 200	200-500	> 500
โคเลสเตอรอล	< 200	200-250	> 250
HDL-Cholesterol	-	-	< 35
NCEP			
โคเลสเตอรอล	< 200	200-239	> 240
LDL-Cholesterol	< 130	130-159	> 160

ที่มา : สมใจ วิชัยดิษฐ์ และคนอื่น ๆ. โภชนศาสตร์ประยุกต์. 2529. หน้า 80.

ในขณะที่เป็นที่ยอมรับแล้วว่าภาวะไลโปโปรตีนสูงในเลือด แบ่งได้เป็น 5 ชนิด
ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเป็นชนิดที่ 2 และ 4

ตาราง 7 การแบ่งชนิดของภาวะไขมันในเลือด ตามลักษณะทางชีวเคมี

ชนิด	ความผิดปกติที่เกิดขึ้น	ระดับไขมันในเลือดที่ตรวจพบ	ทดสอบโคเลสเตอรอล
I	โคเลสเตอรอลสูง	โคเลสเตอรอลสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง	ชั้นครีมลอยอยู่ชั้นบน ซีรัมส่วนล่างใส
IIa	LDL สูง	โคเลสเตอรอลสูง	ซีรัมใส
	VLDL ปกติ	ไตรกลีเซอไรด์ปกติ	
IIb	LDL สูง	โคเลสเตอรอลสูง	ซีรัมใส
	VLDL สูง	ไตรกลีเซอไรด์ปกติ	
III	VLDL สูง	โคเลสเตอรอลสูง	ซีรัมขุ่น
		ไตรกลีเซอไรด์สูง	
IV	VLDL สูง	โคเลสเตอรอลปกติ	ซีรัมขุ่น
		ไตรกลีเซอไรด์สูง	
V	โคเลสเตอรอล	โคเลสเตอรอลสูง	ชั้นครีมลอยอยู่ข้างบน
	VLDL สูง	ไตรกลีเซอไรด์สูง	ซีรัมส่วนล่างขุ่น

ที่มา : สมใจ วิชัยดิษฐ์ และคนอื่น ๆ. โภชนศาสตร์ประยุกต์. 2529. หน้า 85.

การตรวจร่างกาย อาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ถึงภาวะไขมันในเลือดสูงนั้น
จะสามารถตรวจได้จากอาการ และอาการแสดง ดังที่กล่าวมาแล้วได้ในบางราย

การป้องกัน และรักษาภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดสูง กล่าวคือ จากสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง ที่ทำให้เกิดโคเลสเตอรอลสูงในเลือด คือ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น การป้องกันและการรักษาโคเลสเตอรอลสูงในเลือด คือ การควบคุมอาหาร และมีข้อมูลยืนยันว่าการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง สามารถลดอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ โดยเฉพาะอาหารที่มีกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน (Polyunsaturated Fatty Acid : PUFA) และจากการศึกษาต่าง ๆ พบว่า ส่วนใหญ่ของไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน คือ กรดไลโนเลอิก ซึ่งเป็นกรดไขมันจำเป็นชนิดหนึ่ง กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดนั้น ยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกิดจากการสังเคราะห์ แอล ดี แอล ลดลง หรือการสลาย แอล ดี แอล เพิ่มขึ้น

การศึกษาต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วได้ชี้บ่งว่า ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด อาหารประเภทไขมันอิ่มตัว และโคเลสเตอรอลมาก ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น ส่วนไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน มีส่วนควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือด โดยยึดหลักข้อมูลดังกล่าวนี้ สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา และสถาบันสุขภาพแห่งชาติแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา จึงได้เสนอแนะให้ประชากรทั่วไปบริโภคอาหาร ซึ่งมีสัดส่วนของพลังงานต่อไปนี้ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 30, 55 และ 15 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับควรมาจากไขมัน คาร์โบไฮเดรต และโปรตีน ชนิดของไขมันควรได้จากไขมันอิ่มตัว (Saturated Fatty Acid : SFA) ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว (Monounsaturated Fatty Acid : MUFA) ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน อย่างละเท่ากัน คือ ร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับ ควรจำกัดปริมาณโคเลสเตอรอลที่ได้รับให้น้อยกว่า 300 มิลลิกรัม/วัน ส่วนของคาร์โบไฮเดรตควรเป็นประเภท คอเมลลิก คาร์โบไฮเดรต เช่น แป้ง ข้าว สำหรับแหล่งนำไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน ในทางปฏิบัตินั้นได้แก่ น้ำมันพืชชนิดต่าง ๆ ซึ่งมีการดัดแปลงไขมันมาก เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด เพราะมีข้อมูลสนับสนุนว่าการบริโภคน้ำมันประเภทนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายด้านอื่นต่อร่างกาย ส่วนการบริโภคน้ำมันอีโคซาเพนทาอิก (Eicosapentaenoic Acid : EPA) จำนวนมากเพื่อลดโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์นั้น ควรได้รับการวิจัยเพิ่มเติมในด้านความปลอดภัยต่อไป

การทำให้ไขมันอิ่มตัวที่ถูกต้อง เป็นสิ่งสำคัญ และเป็นก้าวแรกของการรักษาภาวะไขมันสูงในเลือด และเป็นการช่วยชลอการเสื่อมของหลอดเลือดที่มีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา ได้เสนอแนะการทำให้ไขมันอิ่มตัวสำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันสูงในเลือด โดยยึดหลักว่าการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ สามารถลดอันตรายจากโรคหัวใจขาดเลือดได้ (พบว่าเมื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลงร้อยละ 1 จะมีผลให้ลดอัตราการเกิดโรคหัวใจตีบ - ตัน ได้ร้อยละ 2)

ดังนั้น สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา ได้วางหลักเกณฑ์การใช้อาหารบำบัดภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด โดยให้ลดปริมาณไขมันที่รับประทานให้น้อยลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งไขมันที่ควรลด คือ ปริมาณไขมันทั้งหมดที่รับประทาน (Total Fat) กรดไขมันอิ่มตัว และโคเลสเตอรอลในอาหาร ขั้นตอนของการใช้อาหารบำบัดภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่หนึ่ง ที่สอง และที่สาม ความแตกต่างของแต่ละระยะอยู่ที่ ปริมาณไขมัน คาร์โบไฮเดรต และโคเลสเตอรอลที่รับประทาน

ระยะที่หนึ่งให้รับประทานอาหารซึ่งให้สัดส่วนของพลังงานดังนี้ ร้อยละ 30 จากไขมัน ร้อยละ 55 จากคาร์โบไฮเดรต (ชนิดของคาร์โบไฮเดรตควรเป็นประเภทคอมเพล็กซ์ คาร์โบไฮเดรต เช่น แป้ง ข้าว) และร้อยละ 15 จากโปรตีน และจำกัดปริมาณโคเลสเตอรอลที่รับประทานให้น้อยกว่าวันละ 300 มิลลิกรัม

ระยะที่สองให้รับประทานอาหารซึ่งให้สัดส่วนของพลังงานดังนี้ ร้อยละ 25 จากไขมัน ร้อยละ 60 จากคาร์โบไฮเดรต (ชนิดคอมเพล็กซ์ คาร์โบไฮเดรต เช่น แป้ง ข้าว) และร้อยละ 15 จากโปรตีน และรับประทานโคเลสเตอรอลเพียงวันละ 200 - 250 มิลลิกรัม

ระยะที่สามให้รับประทานอาหารซึ่งให้สัดส่วนของพลังงานดังนี้ ร้อยละ 20 จากไขมัน ร้อยละ 65 จากคาร์โบไฮเดรต (ชนิดคอมเพล็กซ์ คาร์โบไฮเดรต เช่น แป้ง ข้าว) และร้อยละ 15 จากโปรตีน ซึ่งรับประทานโคเลสเตอรอลเพียงวันละ 100 - 150 มิลลิกรัม

หลักสำคัญของการบำบัดนี้อยู่ที่การลดปริมาณไขมันที่รับประทาน โดยปริมาณไขมันในแต่ละระยะควรประกอบด้วยไขมันอิ่มตัว, ไขมันไม่อิ่มตัวชนิดเชิงเดี่ยว และเชิงซ้อนอย่างละเท่า ๆ กัน เช่น ระยะที่หนึ่งให้รับประทานไขมันทั้งหมดร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด จะประกอบด้วยกรดไขมันแต่ละชนิดร้อยละ 10 เท่ากัน ส่วนการพิจารณาเลือกอาหารระยะใดในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดขึ้นอยู่กับ

1. ความรุนแรงของภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด และ
2. ความตั้งใจ และการตอบสนองต่ออาหารของผู้ป่วย

การลดปริมาณไขมันที่รับประทานให้น้อยลง สามารถลดระดับ แอล ดี แอล ได้ จากการศึกษาด้านวิทยาการระบาด พบว่าการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำสัมพันธ์กับการลดอัตราการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด คนที่รับประทานอาหารวันละ 2,000 แคลอรี ควรรับประทานไขมันร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ ซึ่งเท่ากับไขมัน 67 กรัม

การลดปริมาณกรดไขมันอิ่มตัว การรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูงจะเพิ่มทั้งระดับ วี แอล ดี แอล และ แอล ดี แอล การลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวให้น้อยลง จะสามารถลดไขมันในเลือดได้ การศึกษาทางคลินิก พบว่า ถ้าลดปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวที่รับประทานให้น้อยลงจากร้อยละ 17 เป็นร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด จะสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ประมาณ 20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง คือ พวกเนื้อสัตว์ที่มีมันติด มันสัตว์ต่าง ๆ เช่น มันหมู นมต่าง ๆ

การเพิ่มไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน (PUFA) เมื่อลดกรดไขมันอิ่มตัวแล้วควรรับประทาน ฟี ยู เอฟ เอ มากขึ้น ในทางปฏิบัติแหล่งสำคัญที่ให้ ฟี ยู เอฟ เอ คือน้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนทั้งโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือด แต่ยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด ตลอดจนลดการจับตัวของเกล็ดเลือด และลดความดันโลหิตด้วย ตาราง 8 แสดงปริมาณกรดไขมันไม่อิ่มตัวในน้ำมันพืชที่ใช้ปรุงอาหาร ที่มีจำหน่ายในบ้านเรา ซึ่งวิเคราะห์โดยหน่วยโภชนาการ และชีวเคมีทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามธิบดี พบน้ำมันพืชที่มีขายตามท้องตลาดในประเทศไทย มีทั้งน้ำมันบริสุทธิ์ และน้ำมันผสม น้ำมันถั่วเหลือง และข้าวโพด ร้อยละ 100 มีปริมาณกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง น้ำมันถั่วลิสง และรำข้าว มีปริมาณกรดไขมันไม่อิ่มตัวปานกลาง ส่วนน้ำมันปาล์ม และมะพร้าวมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวต่ำ ดังนั้นในทางปฏิบัติควรเลือกใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวมากกว่าร้อยละ 45 ขึ้นไป การเลือกใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง จะได้กรดไขมันไม่อิ่มตัวเพียงพอ ขณะเดียวกันก็ได้รับไขมันไม่มากเกินไป เมื่อเลือกใช้น้ำมันพืชที่ดีแล้ว ควรรับประทานน้ำมันพืชนั้นเป็นประจำทุกวัน จึงจะได้ผลในการลดระดับไขมันในเลือด ซึ่งปริมาณที่ควรบริโภคนั้นขึ้นอยู่กับ การรับประทานอาหารของแต่ละคน ถ้าคนที่รับประทานอาหารวันละ 2,000 แคลอรี และต้องการกรดไขมันไม่อิ่มตัวร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด (200 แคลอรี) จะต้องรับประทานกรดไขมันไม่อิ่มตัว 22 กรัม ถ้าเลือกใช้น้ำมันถั่วเหลืองบริสุทธิ์ ซึ่งโดยทั่วไปมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวประมาณร้อยละ 50

จะต้องรับประทานน้ำมันถั่วเหลืองวันละ 44 กรัม หรือประมาณ 9 ช้อนชา การที่เราจะได้ปริมาณน้ำมันดังกล่าวได้ ควรรับประทานอาหารที่ใช้น้ำมันน้อยที่สุด และต้องมีรายการใช้น้ำมันทำอาหารเป็นประจำทุกวันจึงจะลดไขมันได้

ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการของประเทศสหรัฐอเมริกา และกลุ่มประเทศในยุโรป ได้เสนอว่าการรับประทานไตรกลีเซอไรด์ไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด และให้กรดไขมันเล็กร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด มีส่วนสำคัญต่อการลดระดับโคเลสเตอรอล และ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลในซีรัม โดยประสิทธิภาพการลดระดับโคเลสเตอรอล และ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล ขึ้นกับปริมาณโคเลสเตอรอลที่รับประทาน

ตาราง 8 ปริมาณกรดไขมันเล็กลดไขมันพืชที่ปรับปรุงอาหาร

ส่วนประกอบ	ชื่อการค้า	ปริมาณกรดไขมันเล็ค*
น้ำมันบริสุทธิ์		
ถั่วเหลืองร้อยละ 100	เบสฟูด สลัด	57
	ทิม	47
ข้าวโพดร้อยละ 100	มาโซลา	47
ถั่วลิสงร้อยละ 100	อะลาติน	37
รำข้าวร้อยละ 100	ทิม	34
	ลูกโลก	32
	คิง	31
ปาล์มร้อยละ 100	พีเจียน	13
	รอยท์	11
มะพร้าว 100	ข้างป็น	2

ตาราง 8 (ต่อ)

ส่วนประกอบ	ชื่อการค้า	ปริมาณกรด ไลโนเลอิก*
น้ำมันผสม		
ถั่วเหลืองร้อยละ 50 นุ่นร้อยละ 50	ทีพ	48
ถั่วเหลืองร้อยละ 25 นุ่นร้อยละ 25	ทีพ	48
รำข้าวร้อยละ 25 ฟ้ายร้อยละ 25		
รำข้าวร้อยละ 50 นุ่นร้อยละ 50	ทีพ	37
ถั่วเหลืองร้อยละ 40 นุ่นร้อยละ 40	ก๊วก 2	47
ฟ้ายร้อยละ 20		
ถั่วเหลืองร้อยละ 40 รำข้าวร้อยละ 40	ก๊วก 3	49
ฟ้ายร้อยละ 20		

* คิดเป็นร้อยละของกรดไขมันทั้งหมด

ที่มา : สมใจ วิชัยดิษฐ์ และคนอื่น ๆ. โภชนศาสตร์ประยุกต์. 2529. หน้า 92.

การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้น้อยลง จากการศึกษาพบว่า ถ้ารับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง จะเพิ่มระดับโคเลสเตอรอลในเลือด และถ้าลดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้น้อยลงวันละ 100 มิลลิกรัม จะลดโคเลสเตอรอลได้เฉลี่ย 7 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ดังนั้นเพื่อทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดลดลง ควรรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้น้อยลงควบคู่กับการรับประทานน้ำมันพืชดังกล่าวมาแล้ว ในทางปฏิบัติควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น สมอ เครื่องในสัตว์ต่าง ๆ ไข่แดง และไขปลา

การเพิ่มอาหาร คอมเพล็กซ์ คาร์โบไฮเดรต เมื่อลดอาหารที่มีไขมันให้น้อยลง ต้องเพิ่มอาหารคาร์โบไฮเดรตจากพวกคอมเพล็กซ์ คาร์โบไฮเดรตให้มากขึ้น คือ ผลไม้ ผักและ ธัญญาพืชต่าง ๆ ขณะเดียวกันลดน้ำตาลทรายลง การเพิ่มการรับประทานอาหารคอมเพล็กซ์ คาร์โบไฮเดรต จะทำให้ได้ใยอาหาร (Dietary Fiber) มากขึ้น ด้วยการเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับอาหารดังกล่าวนี้ มีส่วนช่วยลดกลูโคสและไขมันในเลือดด้วย

การรับประทานอาหารโปรตีน ควรรับประทานอาหารที่ทำให้โปรตีนอย่างเหมาะสม อาหารที่ทำให้โปรตีนส่วนใหญ่คือ เนื้อสัตว์ และนม ซึ่งมีการดไขมันอิ่มตัว และโคเลสเตอรอลด้วย เมื่อรับประทานเนื้อสัตว์จึงควรเลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่มีมันให้เห็น ควรรับประทานเนื้อไก่และปลา ซึ่งมีไขมันน้อยกว่าเนื้อหมูและเนื้อวัว และเลือกดื่มผงพร่องไขมันแทนนมธรรมดา

การลดพลังงานจากอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ป่วยที่อ้วน หรือมีน้ำหนักมาก เกินไปต้องมีการลดน้ำหนักตัว โดยลดพลังงานจากอาหารให้น้อยลง ร่วมกับการออกกำลังกาย การมีน้ำหนักมากเกินไปมักทำให้ระดับ วี แอล ดี แอล สูง โดยเฉพาะผู้ที่อ้วนมาก ๆ มักจะมีระดับ วี แอล ดี แอล สูง แต่ เชช ดี แอล ต่ำ การลดน้ำหนักตัว นอกจากจะลดไขมันในเลือดแล้วยังลดความดันโลหิต และทำให้ความทนทานต่อกลูโคสดีขึ้น

กล่าวโดยทั่วไป ก็คือ ผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูงจากอาหาร ถ้ามีการปรับตัว รับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด สูงคืนสู่เกณฑ์ปกติ การควบคุมอาหารก็ยังมีบทบาทสำคัญต่อการรักษาภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดจากพันธุกรรม เพราะการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ จะทำให้ภาวะ โคเลสเตอรอลสูงในเลือดจากพันธุกรรมทวีความรุนแรงขึ้น ต้องได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันควบคู่ไปกับการควบคุมอาหาร

สำหรับประเทศไทย วิชัย ตันไพจิตร (2530 : 108 - 111) ได้กล่าวไว้ว่า การป้องกันไม่ให้เกิดโคเลสเตอรอลสูงในเลือดนั้น หรือการบรรเทาความรุนแรง หรือทำให้ปกติได้ในคนที่มีปัญหาโคเลสเตอรอลสูงอยู่แล้ว ทำได้โดยวิธีหลัก 3 ประการ คือ

1. การรับประทานอาหารที่เห็นพลังงานอย่างพอเหมาะ
2. การจำกัดการรับประทานโคเลสเตอรอล
3. การเลือกรับประทานไขมันแต่ละชนิดอย่างเหมาะสม

การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานอย่างเหมาะสม ผู้ที่รับประทานอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายเป็นประจำจะเป็นโรคอ้วนในที่สุด เมื่อเป็นโรคอ้วนระดับจะสร้าง วิ แอล ดี แอล มากกว่าปกติ ซึ่งสามารถเปลี่ยนเป็น แอล ดี แอล ได้เป็นผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้น การที่จะทราบว่าอาหารที่รับประทานนั้นให้พลังงานพอเหมาะหรือไม่ โดยการพิจารณาจากดัชนีมวลกายของร่างกาย มีสูตรดังนี้คือ

$$\text{ดัชนีมวลกายของร่างกาย (BMI) = } \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ควรมีดัชนีมวลกายของร่างกายอยู่ในเกณฑ์ 20.0 - 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร² ซึ่งจัดว่ามีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายของร่างกายต่ำกว่า 20 กิโลกรัม/ตารางเมตร² จัดเป็นโรคผอมหรือน้ำหนักน้อย ถ้าถึงขั้นทำงานไม่ได้ก็เรียกว่าเป็นโรคขาดโปรตีนและพลังงาน ส่วนผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายของร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร² จัดเป็นโรคอ้วน ซึ่งค่าดัชนีมวลกายของร่างกายนี้ใช้เป็นเกณฑ์การตัดสินใจในผู้ใหญ่เท่านั้น

หลักสำคัญของการลดน้ำหนักตัวในผู้ที่ เป็นโรคอ้วน คือ ต้องทำให้ร่างกายเกิดดุลลบของพลังงาน กล่าวคือ ในแต่ละวันการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานต้องน้อยกว่าพลังงานที่ร่างกายใช้ ร่างกายจึงสามารถดึงเอาไขมันที่สะสมไว้มาเผาผลาญเป็นพลังงาน ในการปฏิบัติสามารถกระทำได้โดยการควบคุมอาหารที่รับประทาน ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

การควบคุมอาหารนั้น ต้องคำนึงถึงทั้งปริมาณและคุณภาพ ผู้ที่รับประทานมากต้องลดให้น้อยลง ของที่รับประทานควรมีประโยชน์ต่อร่างกาย อาหารที่ควรงด ได้แก่ น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน และของมันจัด ควรใช้น้ำตาลทรายในการปรุงอาหารให้น้อยที่สุด อาหารทุกมื้อควรมีผักและผลไม้ ซึ่งนอกจากจะให้พลังงานที่ต่ำแล้วยังมีวิตามิน และเกลือแร่ที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย และยังประกอบด้วยเส้นใยอาหาร ซึ่งทำให้ท้องไม่ผูกอีกด้วย และที่สำคัญ

อีกประการหนึ่งคือ ทุกมื้ออาหารต้องรับประทานอาหารที่ให้โปรตีนที่ดี เช่น ไข่ ถั่วเหลือง เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ที่ไม่ติดมัน ควรรับประทานอาหารทั้งสามมื้อ ไม่ควรงดมื้อเช้า แล้วจึงรับประทานมื้อเย็น

การลดน้ำหนักตัวจะได้ผลดีเมื่อผู้นั้นออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน คนที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนต้องค่อยทำค่อยไป การเดินก็เป็นวิธีการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง การออกกำลังกายในแต่ละช่วงควรใช้เวลาประมาณ 15 - 45 นาที โดยกระทำต่อเนื่องกันไปจนกระทั่งรู้สึกเหนื่อยจึงหยุดพัก

การจำกัดอาหารโคเลสเตอรอล ดังที่ทราบแล้วว่าโคเลสเตอรอลนั้นนอกจากจะได้มาจากอาหารที่รับประทานแล้ว ยังได้มาจากสังเคราะห์ภายในร่างกายจากสารซึ่งได้มาจากการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน หรือโปรตีน อวัยวะที่ทำหน้าที่นี้ คือ ตับ และลำไส้เล็ก

ในหนึ่งวันควรจำกัดอาหารโคเลสเตอรอลให้น้อยกว่าวันละ 300 มิลลิกรัม ในทางปฏิบัติไม่ควรรับประทานเครื่องในสัตว์ทุกวัน ไม่ควรรับประทานมันสัตว์ และหนังสัตว์ชนิดต่าง ๆ เพราะอาหารประเภทนี้มีโคเลสเตอรอลมาก แต่สำหรับไข่ นั้นไม่ควรงด เพราะเป็นอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพดี ไข่หนึ่งฟองมีน้ำหนัก 50 กรัม มีโปรตีน 7 กรัม และมีโคเลสเตอรอล 250 - 300 มิลลิกรัม ดังนั้นผู้ที่มิโคเลสเตอรอลก็ยังสามารถรับประทานได้ โดยอาจรับประทานวันเว้นวัน ครั้งละฟอง แต่ถ้ารับประทานแต่ไข่ขาวก็จะดีกว่าในผู้ที่กลัวโคเลสเตอรอลสูง เพราะไข่ขาวจะไม่มีโคเลสเตอรอลอยู่เลย

การเลือกรับประทานไขมันชนิดต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ไขมันสัตว์หรือน้ำมันพืชที่เรารับประทานกันนั้น เป็นสารเคมีที่มีชื่อว่าไตรกลีเซอไรด์ซึ่งมีกรดไขมันเป็นองค์ประกอบอยู่ ส่วนใหญ่ของกรดไขมันที่อยู่ในไขมันสัตว์ และน้ำมันมะพร้าว นั้นเป็นกรดไขมันอิ่มตัว การรับประทานไขมันมาก ยิ่งถ้าเป็นไขมันสัตว์ จะมีผลทำให้ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลสูงในเลือด ตรงกันข้ามการบริโภคน้ำมันพืชบางชนิด ได้แก่ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันเมล็ดพืช หรือน้ำมันรำ ไข่ได้วันละ 2 - 3 ช้อนโต๊ะ จะมีผลทำให้ระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลในเลือดลดลง เพราะในน้ำมันพืชประเภทดังกล่าว นอกจากมีกรดไขมันอิ่มตัวน้อยแล้ว ยังมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวประเภทไลโนเลอิก ซึ่งร่างกายสร้างไม่ได้ต้องได้จากอาหารเท่านั้น

ประสิทธิภาพของการควบคุมอาหารต่อการลดระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลในเลือดจะสัมฤทธิ์ผลเต็มที่เมื่อนานหลังทั้ง 3 ประการนี้ มาใช้ปฏิบัติประจำวันอย่างสม่ำเสมอ ถ้าหากปฏิบัติอย่างเคร่งครัดแล้วประมาณ 8 สัปดาห์ ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดยังสูงอยู่ แสดงว่าระดับโคเลสเตอรอลที่สูงนี้อาจมีสาเหตุมาจากทางพันธุกรรม ซึ่งจะเป็นต้องบำบัดด้วยยาลดไขมันจากแพทย์ต่อไป

นอกจากนั้น การทำให้ระดับ เฮช ดี แอล เพิ่มขึ้นก็เท่ากับเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโคเลสเตอรอลไปจับที่ผนังหลอดเลือดแดง โดยการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ และการออกกำลังกายจะช่วยป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด เพราะการออกกำลังกายจะช่วยลดสารไขมันในเลือด ลดความดันโลหิต และลดการเกิดเส้นเลือดแข็งตัว และการรักษาน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน งดสูบบุหรี่ ตลอดจนไม่รับประทานขนมหวานเป็นประจำ มีผลทำให้ เฮช ดี แอล มีระดับสูงขึ้นได้ (วิชัย ดันไพจิตร. 2530 : 115)

และยังมีรายงานว่าวิตามินต่าง ๆ สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล ดังที่ พอล ซิมอนด์ (เกษมศรี (นามแฝง). 2532 : 72 - 75 แปลมาจาก Paul Simond. ม.ป.ป.) ได้เขียนเอาไว้ดังนี้

วิตามินอี ผลงานวิจัยของนายแพทย์ตระกูลชูท จากแคนาดา และเป็นผลงานที่หัวใจกรูจักกันดี ทำให้ขณะนี้คนจำนวนมากรับประทานวิตามินอี เพื่อป้องกันโรคที่เกิดกับหัวใจ นายแพทย์ตระกูลชูททั้งสอง พบว่า วิตามินอีช่วยสุขภาพของหัวใจได้หลายทางที่สำคัญ ๆ มีดังนี้

1. วิตามินอี ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพระบบไหลเวียนของเลือด ที่จะนำเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจ และเป็นตัวช่วยกำหนดปริมาณออกซิเจนที่หัวใจต้องการอีกด้วย
2. วิตามินอี มีคุณสมบัติเป็นตัวต้านการจับตัวเป็นก้อนของเลือดโดยธรรมชาติ แต่จะไม่ไปเกี่ยวข้อง หรือมีผลต่อการจับตัวแข็งของเลือดที่บริเวณปากแผล เพียงแต่ช่วยไม่ให้เกล็ดเลือดในเส้นเลือดแดงจับตัวเป็นก้อน
3. วิตามินอี มีคุณสมบัติที่ยอมรับแล้วว่า เป็นตัวต้านขบวนการออกซิเดชั่น ที่ไขมันไม่อิ่มตัว ซึ่งไขมันจะดึงเอาออกซิเจนเข้าไปรวม ทำให้เกิดการเหนียวเหนียวของไขมัน
4. วิตามินอี ช่วยทำให้เส้นเลือดฝอยแข็งแรงขึ้น เส้นเลือดฝอยเป็นสิ่งที่เล็กและฉีกขาดง่าย นอกจากนี้เมื่อใดที่เส้นเลือดฝอยเกิดฉีกขาด วิตามินอีจะช่วยประสาน และสร้างขึ้นมาใหม่

5. หลังจากเกิดอาการเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจอุดตันแล้ว วิตามินอีจะช่วยทำให้เนื้อเยื่อที่ถูกทำลายไปมีลักษณะอ่อนตัวและยืดหยุ่นขึ้น

ในเลขชี้เงินจากถั่วเหลือง มีวิตามินอยู่มากแล้วตามธรรมชาติ แต่เราก้ยังหาซื้อวิตามินอีในรูปของแคปซูลได้ตามร้านที่ขายของ "อนามัย" โดยทั่วไปการหาซื้ออาหารเสริมนี้สำคัญมากในเรื่องการเลือกให้เหมาะสมถูกต้อง อาหารเสริมที่ดีมีประโยชน์ที่สุดน่าจะเป็นวิตามินอีที่มีชื่อว่า ดีอัลฟา โทโคฟีรอล (D'alpha Tocopherol) ซึ่งมีคุณค่าสูงกว่าวิตามินอีสังเคราะห์ถึงร้อยละ 36

วิตามินบี คอมเพล็กซ์ ดูเหมือนว่าวิตามินในกลุ่มนี้ทั้งหมด จะช่วยในการเผาผลาญไขมันของร่างกาย แต่ตัวที่สำคัญที่สุด คือ โคลีน และอีโนสิทอล ทั้งสองตัวนี้เป็นสารที่เราไม่ค่อยรู้จักกันนัก แต่มีมากในเลขชี้เงินจากถั่วเหลือง โดยจะเกาะอยู่กับสารไขมันฟอสโฟไลปิด โคลีนกับอีโนสิทอลเป็นสารอาหารที่ร่างกายต้องการมาก เพราะช่วยตับสร้างเลขชี้เงินขึ้นมา นอกจากนั้นยังมีรายงานว่ายังช่วยลดปริมาณโคเลสเตอรอลได้ ในเลขชี้เงินชนิดเม็ดที่สกัดได้จากถั่วเหลืองจำนวนหนึ่งช้อนชา จะให้โคลีนและอีโนสิทอลอย่างละประมาณ 115 มิลลิกรัม และเนื่องจากว่าวิตามินทุกตัวในกลุ่มนี้ ทำงานเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันหมด เราจึงควรรับประทานอาหารเสริมที่ประกอบด้วยวิตามินคอมเพล็กซ์ที่สำคัญ ๆ ในแคปซูลหรือในเม็ดเดียวกันเสียเลย

วิตามินเอ นายแพทย์เลสเตอร์ มอริสัน ได้กล่าวถึงประโยชน์ของวิตามินเอในหนังสือชื่อวิธีสร้างสุขภาพ และอายุวัฒนะโดยการลดไขมัน ส่วน อเดลล์ กล่าวถึงรายงานแพทย์ในหนังสือให้เรามีสุขภาพดีกันเถอะ ว่าวิตามินเอช่วยในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจได้อย่างไร กล่าวว่ หลังจากให้วิตามินเอจำนวนมากแก่คนไข้ทุกวันเป็นเวลา 3 - 6 เดือน ปริมาณโคเลสเตอรอลจะลดลง ในขณะที่เลขชี้เงินในเลือดจะเพิ่มขึ้นปริมาณมากขึ้น

อาหารที่อุดมไปด้วยวิตามินเอ ได้แก่ หัวผักกาดแดง หรือแครอท ผักกินใบทั้งหลาย และน้ำมันตับปลา และปัจจุบันมีอาหารเสริมที่มีวิตามินชนิดนี้วางจำหน่ายในท้องตลาดเช่นกัน

วิตามินซี เป็นตัวต้านอนุมูลอิสระออกซิเดชันอีกตัวหนึ่ง และช่วยลดปริมาณโคเลสเตอรอลด้วย แพทย์หญิงสปีดเคิล เขียนระบุไว้ในวารสารแลนเซต ว่าวิตามินซีสามารถลดการพอกตัวของโคเลสเตอรอลตรงผนังเส้นเลือดได้ โดยช่วยให้สารนี้อ่อนตัวลงจนถูกชะล้างโดยกระแสเลือดไปจนถึงที่สุด นอกจากนี้ยังกล่าวถึงการทดลองอีกชิ้นหนึ่งที่ให้ผู้รับการทดลองได้อาหาร

ที่มีไขมันสูง โดยไม่ได้รับวิตามินซีเลย กับอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับอาหารไขมันสูงเช่นกัน แต่ในขณะเดียวกันได้รับวิตามินซีควบคู่กันไป ผลปรากฏว่ากลุ่มแรกเริ่มมีอาการของโรคหัวใจปรากฏ ในขณะที่กลุ่มที่สองไม่มีอาการแสดงใด ๆ เลย

ราชัว ชนเผ่าพื้นเมืองหลายต่อหลายเผ่า เช่น เผ่าซาฮิในแอฟริกา ไม่เคยมีใครเป็นโรคหัวใจเลย ถึงแม้ว่าอาหารที่รับประทานเข้าไปมีกรดไขมันอิ่มตัวสูง นักวิจัยหลายคนลงความเห็นว่า น่าจะเป็นเพราะอาหารของคนเหล่านั้นประกอบด้วยกากใยอาหารตามธรรมชาติสูงมาก ราชัวเป็นกากใยอาหารที่ให้คุณประโยชน์มากมาย ในการช่วยบำบัดโรคของสังคมที่เจริญแล้วหลายต่อหลายโรค เพราะเป็นตัวช่วยขจัดโคเลสเตอรอลที่มีมากเกินไป ความต้องการของร่างกายออกไปอย่างได้ผล และยังเป็นแหล่งที่ให้วิตามินบีอย่างอุดมสมบูรณ์อีกด้วย

และยังมีรายงานว่า วิตามินอีจะไปเพิ่มปริมาณ เซซ ดี แอล ส่วนวิตามินซีจะไปช่วยเร่งให้ตับสังเคราะห์สารไซโตโครม พี 450 ซึ่งเป็นสารช่วยเร่งการเปลี่ยนโคเลสเตอรอลให้เป็นเม็ดถูกขับออกจากร่างกายในทางเดินอาหาร (วินส์ ดันดีบูล. 2536 : 48)

นอกจากนี้ ยังมีภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดอีก ที่มีอันตรายต่อร่างกาย ไตรกลีเซอไรด์นั้นจัดเป็นอาหารประเภทไขมันซึ่งกว่าร้อยละ 90 ของไขมันชนิดต่าง ๆ ที่เรารับประทานนั้นเป็นไตรกลีเซอไรด์ นอกจากจะได้มาจากอาหารที่เรารับประทานแล้วร่างกายยังสามารถสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ได้โดยตับ และลำไส้เล็ก 1 กรัม ของไตรกลีเซอไรด์ให้พลังงาน 9 แคลอรี

การป้องกันและรักษาภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ภาวะที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด อาจเกิดจากการมี วี แอล ดี แอล หรือโคเลสเตอรอลสูง

ภาวะที่มี วี แอล ดี แอล สาเหตุส่วนใหญ่ของการมีไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด เกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ การมีน้ำหนักมากเกินไป และการดื่มสุรามาก ดังนั้นหลักโภชนาการบำบัดในการลด วี แอล ดี แอล ประกอบด้วย

1. การลดน้ำหนักในรายที่อ้วน ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
2. ใช้หลักการเกี่ยวกับการบำบัดภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด คือ ลด

ปริมาณไขมันที่รับประทานให้น้อยลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป

3. เลิกดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุราประจำควรงดดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะจะกระตุ้นให้มีการสร้าง วิ แอล ดี แอล มากขึ้น

จากหลักการนี้ เชื่อว่าการลดอาหารที่มีไขมันให้ต่ำลง และเพิ่มอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น จะให้ผลในการลดไขมันในเลือดได้ดีกว่า ถึงแม้ว่าการเพิ่มคาร์โบไฮเดรต จะทำให้ไตรกลีเซอไรด์สูงได้ ขณะเดียวกันจะทำให้การลดน้ำหนักตัวทำได้ง่ายขึ้น และในขณะเดียวกันควรรับประทานน้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวให้มากพอด้วย

ภาวะที่มีโคเลสเตอรอลสูง ควรจำกัดไขมันที่รับประทานให้เหลือร้อยละ 5 - 10 ของพลังงานทั้งหมดเพื่อป้องกันภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute Pancreatitis) และใช้น้ำมัน เอ็ม ซี ที (MCT : Medium Chain Triglyceride) ในการปรุงอาหารแทนน้ำมันทั่วไป กรดไขมัน เอ็ม ซี ที อยู่ในสภาพที่ดูดซึมได้ง่าย โดยไม่ต้องเปลี่ยนเป็นโคเลสเตอรอลและดูดซึมผ่าน พอร์ทอล เวน เข้าสู่ตับ เพื่อเผาผลาญเป็นพลังงาน

การใช้ยาลดไขมันต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่อไปนี้ (1) ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแนวโภชนาบำบัดที่กำหนดได้ (2) ภายหลังปฏิบัติในเรื่องอาหารอย่างเคร่งครัดแล้วประมาณ 8 - 12 สัปดาห์ ระดับโคเลสเตอรอล แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ยังสูงกว่า 240, 160 และ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ตามลำดับ (3) ผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเกิดขึ้นแล้ว และ (4) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เช่น ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะโคเลสเตอรอลสูง เนื่องจากพันธุกรรม อย่างไรก็ตามการใช้ยาลดไขมันต้องหาความคู่กับการให้โภชนาบำบัดที่ถูกต้องเสมอ

ในปัจจุบันนี้ยาลดไขมันอยู่หลายชนิด โดยบางชนิดมีฤทธิ์ลดเฉพาะ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลในเลือด บางชนิดมีฤทธิ์ลดทั้ง วิ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล และ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล ดังปรากฏตามตาราง 9 ซึ่งสรุปถึงยาบางชนิดที่ทางหน่วยโภชนาการและชีวเคมีทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามธิบดี ใช้รักษาภาวะไขมันสูงในเลือด

ตาราง 9 ผลของยาลดไขมันต่อระดับไขมันในเลือด

ยาลดไขมัน	ขนาดยาต่อวัน	ค่าที่ลดเป็นร้อยละ	
		โคเลสเตอรอล	ไตรกลีเซอไรด์
Cholestyramine	16-20 กรัม	20-30	-
Probucol	1,000 มิลลิกรัม	10-29	-
Garlic Concentrate	10 กรัม	10	-
Bezafibrate	600 มิลลิกรัม	3-31	37-58
Gemfibrozil	1,200 มิลลิกรัม	16-25	35-39
Pantethine	540 มิลลิกรัม	10	26

ที่มา : วิชัย ต้นโพธิ์จิตร. โภชนศาสตร์คลินิก. 2530. หน้า 91.

เมื่อให้การรักษาดังกล่าวด้วยยาลดไขมันร่วมกับการทำให้โภชนบำบัดที่ถูกต้องแก่ผู้ที่มีภาวะไขมันสูงในเลือดแล้ว ต้องติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ โดยตรวจวัดระดับไขมันสูงในเลือดทุก 8 - 12 สัปดาห์ ถ้าหากผลการรักษายังไม่เป็นที่น่าพอใจอาจพิจารณาเปลี่ยนยาหรือให้ยา 2 ชนิดร่วมกัน เช่น การให้โคเลสเตอรามีน (Cholestyramine) ร่วมกับโพรบูคอลล (Probucol) เป็นต้น

สำหรับผู้ที่มีการไขมันสูงในเลือดจากสาเหตุทางพันธุกรรม ต้องรับประทานยาลดไขมันตลอดชีวิต ถ้าหากภาวะไขมันสูงในเลือดเกิดจากสาเหตุอื่นเมื่อให้ยาลดไขมันแล้ว 6 เดือน อาจลองหยุดยา 2 เดือน เพื่อดูว่าระดับไขมันนั้นยังสูงอยู่หรือไม่ ถ้าหากไขมันในเลือดยังสูงอยู่ก็พิจารณาให้ยาลดไขมันใหม่

2. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior)

พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviors) ดังนั้นก่อนที่จะกล่าวถึงพฤติกรรมการป้องกันโรค จะขอกล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพก่อน

พฤติกรรมสุขภาพ มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไป แต่จะเน้นเฉพาะเรื่องสุขภาพของบุคคลเป็นสำคัญ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านด้วยกัน คือ

ธนาวรรณ อิมสมบุญ (2528 : 60) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้เป็น 2 นัย คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมต่างๆ (Health - Related Behavior)
2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะที่เจ็บป่วย หรือรู้สึกว่าเป็นผู้ป่วย (Sickness Behavior)

ประภาณี สุวรรณ (2526 : 15) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถจะสังเกตหรือวัดได้โดยตรงและทางอ้อม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกตมองเห็นได้นั้น อาจแยกประเภทได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การปฏิบัติตามปกติวิถีชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค อีกประการหนึ่งคือ การปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติตนโดยทั่วไป และการไปรับบริการรักษาพยาบาลและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรทางสาธารณสุข

สุชาติ โสภประยูร (2525 : 33) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อให้ครอบคลุมแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ จึงแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด (ประภาณี สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2536 : 93 - 94) คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Perventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเฝินเฉย การถามเฝินเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick - Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การลด หรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น

เอ็ดมพร ทองกระจาย (2530 : 3 - 4) ได้ให้ความหมาย ของพฤติกรรม สุขภาพไว้ว่าเป็นพฤติกรรมใดๆก็ตาม ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงหรือลดความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งครอบคลุมกว้างขวางทั้งพฤติกรรมการป้องกัน (Preventive Health Behavior) และพฤติกรรมการรักษา (Curative Health Behavior)

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรม สุขภาพ ที่เป็นพฤติกรรมของบุคคล หรือเป็นกิจกรรมในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับเรื่อง สุขภาพที่บุคคลแสดงออกทั้งในด้านความรู้ เจตคติ หรือค่านิยม ความเชื่อต่างๆ และการปฏิบัติตน ของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค

2.1 ความรู้ (Knowledge) ได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้ต่าง ๆ กัน หลายท่านดังต่อไปนี้คือ

กู๊ด (Good. 1973 : 325) ได้ให้ความจำกัดความของความรู้ว่า ความรู้ เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้

อรุณศิริ เอกวิทย์โยภาส (2526 : 25) กล่าวว่า ความรู้เป็นความสามารถ ในการใช้ข้อเท็จจริง (Facts) หรือเนื้อหา ความรู้ ความคิด การหยั่งรู้หยั่งเห็น (Insight) หรือสามารถเชื่อมโยงความคิดได้กับเหตุการณ์

บลูม (Bloom, 1975 : 65-167) ได้แยกระดับความรู้ไว้ 6 ระดับ คือ

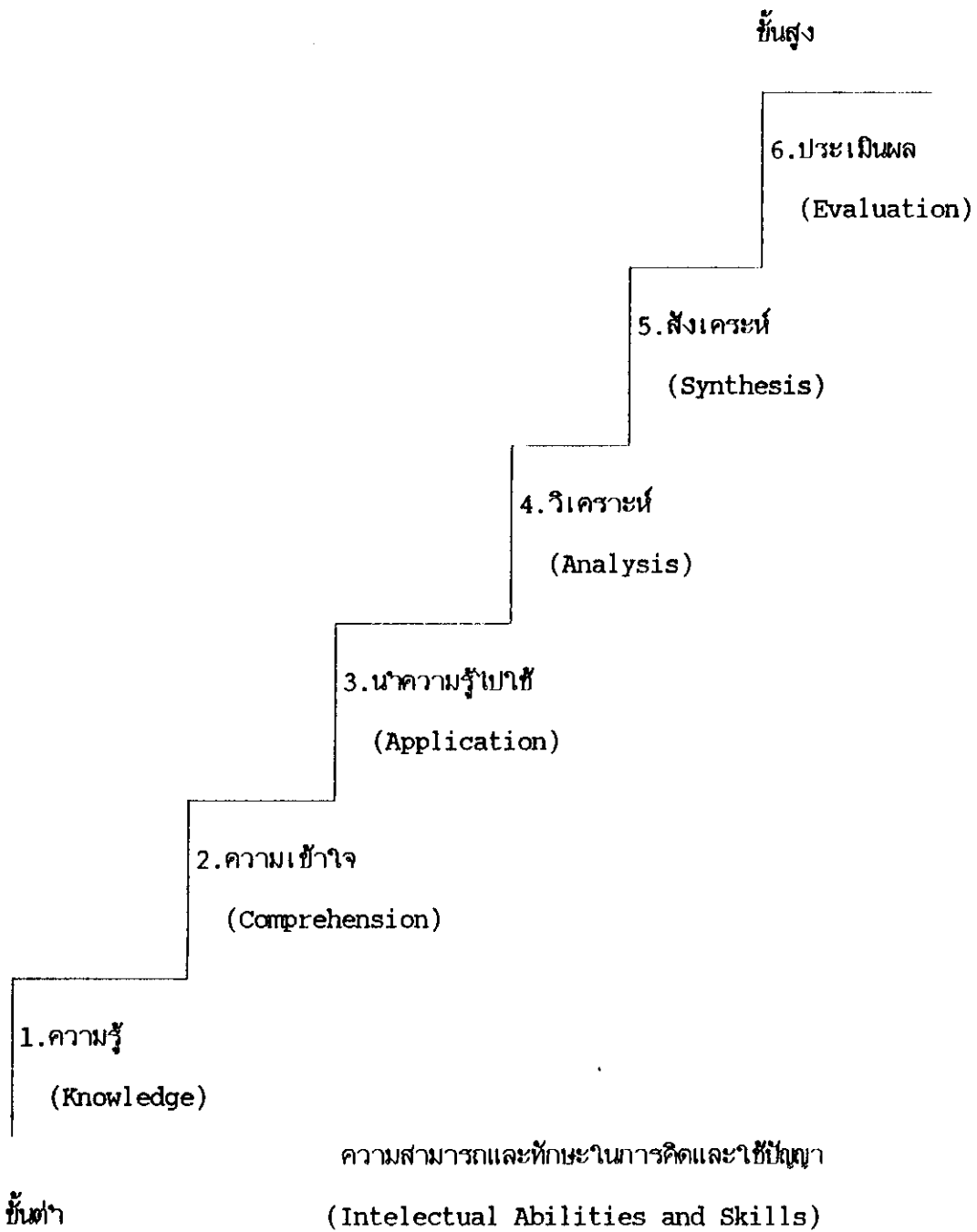
1. ระดับที่ระลึกได้ (Recall) หมายถึง การเรียนรู้ในลักษณะที่จำเรื่องเฉพาะวิธีปฏิบัติ กระบวนการและแบบแผน ได้รับความสำเร็จในระดับนี้ คือความสามารถในการนำข้อมูลที่จำออกมาได้
2. ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) หมายถึง บุคคลสามารถทำบางสิ่งอย่างได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถที่จะเขียนข้อความเหล่านั้นได้ด้วยถ้อยคำของตนเอง สามารถแสดงให้เห็นด้วยภาพ (Illustration) ให้ความหมาย แปลความ และเปรียบเทียบความคิดเห็นอื่น ๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้
3. ระดับการนำไปใช้ (Application) เป็นระดับที่ผู้เรียนสามารถนำเอาข้อเท็จจริง ตลอดจนความคิดที่เป็นนามธรรมไปปฏิบัติได้จริงอย่างรูปธรรม
4. ระดับการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นระดับที่สามารถใช้ความคิดในรูปของการนำแนวความคิดมาแยกเป็นส่วน ประเภท หรือนำเอาข้อมูลต่าง มาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติของตนเอง
5. ระดับการสร้างเคราะห์ (Synthesis) คือ การนำข้อมูล และแนวความคิดต่างๆ มาประกอบกันแล้วนำไปสู่การสร้างสรร (Creating) ซึ่งเป็นสิ่งใหม่จากเดิม
6. ระดับของการประเมินผล (Evaluation) คือ ความสามารถในการใช้ความรู้ เพื่อจัดตั้งเกณฑ์การรวบรวมข้อมูล การวัดข้อมูลมาตรฐาน เพื่อให้ข้อตัดสินถึงระดับของประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

ประกาเญญ สุวรรณ (2526 : 16-19) ได้เสนอว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้หรือโดยการมองเห็นได้ขั้นที่จำได้ ความรู้ขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ คำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีแก้ปัญหา เหล่านี้เป็นต้น

ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการคิดและใช้ปัญญาของบุคคล แบ่งได้

6 ชั้น ดังนี้

1. ความรู้ ความจำ (Knowledge - Memory)
2. ความเข้าใจ (Comprehension)
3. นำความรู้ไปใช้ (Application)
4. วิเคราะห์ (Analysis)
5. สังเคราะห์ (Synthesis)
6. ประเมินผล (Evaluation)



ภาพประกอบ 1 แสดงระดับการวัดทางปัญญา

ที่มา : บุญเชิด วิทยุออนไลน์ตงษ์. การวัดและการประเมินผลการศึกษา. 2519. หน้า 102.

จากภาพประกอบ 1 สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้คือ

1. ความรู้ - ความจำ (Knowledge - Memory) เป็นความสามารถในการรักษาเรื่องราวทั้งหมดของประสบการณ์ที่ผ่านมา และสิ่งที่สัมพันธ์กับประสบการณ์ด้วย

การแสดงออก ผู้เรียนสามารถระลึก และถ่ายทอดเรื่องราวนั้นๆออกมาได้อย่างถูกต้อง อาจแสดงออกโดยการพูด การท่อง การเขียนบรรยาย หรือแสดงกิริยาท่าทาง

วิธีวัดผล ใช้วิธีซักถาม วิธีสังเกต ใช้แบบทดสอบให้เขียนเล่า

ความรู้ - ความจำทางด้านสุขศึกษา คือ การสอนสุขศึกษาเพื่อให้เกิดความรู้ความจำ จึงมีการใช้กรรมวิธีต่างๆ เพื่อให้ผู้เรียนระลึกนึกถึงเรื่องราวต่างๆ ทางด้านสุขภาพอนามัยที่เคยพบ เคยเห็น เคยได้ยิน หรือเคยมีประสบการณ์มาแล้วได้

2. ความเข้าใจ (Comprehention) เป็นความสามารถในการจับใจความสำคัญของเรื่อง ได้แก่ การแปลความแล้วเปรียบเทียบ และย่อเอาแต่ใจความสำคัญออกมา

การแสดงออก ผู้เรียนสามารถแปลความ ตีความ และขยายความเรื่องราวนั้นๆได้

วิธีวัดผล ใช้วิธีสังเกต สัมภาษณ์ ใช้แบบทดสอบให้อธิบาย

ความเข้าใจทางด้านสุขศึกษา คือ การสอนให้ผู้เรียนสามารถจับใจความสำคัญ หรือแปลความหมายของสิ่งของ หรือสัญลักษณ์ที่พบเห็นได้ถูกต้อง ความเข้าใจเป็นความสามารถที่จะช่วยย่อใจความสำคัญของสิ่งนั้น ตลอดจนสามารถตีความ และจินตนาการ

เหตุการณ์ที่พบเห็นได้กว้างขวางถูกต้อง เช่น สามารถตีความหมายของภาพได้ว่าหมายถึงอะไรกันแน่ หรือสามารถแปลการกระทำของบุคคลได้ว่าหมายถึงอะไร อย่างไร เช่น การเรียนลักษณะคนเป็นลมหน้ามืดไปแล้ว เมื่อพบบุคคลมีอาการหน้าซีด ตัวเย็น และเสียการทรงตัวในสิ่งแวดล้อมที่เขาดูกิจ ก็สามารถรู้ได้ว่าผู้นั้นกำลังจะเป็นลม

3. การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำหลักการ กฎเกณฑ์ และวิธีดำเนินการต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้มาแก้ปัญหาในลักษณะเดียวกันได้

การแสดงออก ผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่เรียนมาไปใช้ในเรื่องราวใหม่ ๆ ด้วยตนเอง

วิธีวัดผล การสังเกต ใช้แบบทดสอบที่เหมาะสม

การนำไปใช้ทางด้านสุขศึกษา คือ การสอนให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้หรือความเข้าใจในสิ่งที่รู้เห็นมานั้น ไปแก้ไขปัญหาใหม่ได้ เช่น การเรียนเรื่องวิธีปฐมพยาบาลคนเป็นลมหน้ามืดแล้ว เมื่อไปพบคนเป็นลมก็สามารถปฐมพยาบาลจนฟื้นขึ้นมาได้

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกเรื่องราวข้อเท็จจริง หรือเหตุการณ์ใดออกมาเป็นส่วนย่อยๆ ได้ บอกได้ว่าส่วนย่อยๆ นั้นมีความสำคัญ และสัมพันธ์กันอย่างไร รวมทั้งทราบหลักการที่มีอยู่ร่วมกัน

การแสดงออก ผู้เรียนสามารถแยกเรื่อง หาความสำคัญ และบอกความสัมพันธ์ของส่วนที่แยกออกมาได้ บอกได้ว่าความสัมพันธ์นั้นเกิดจากหลักการใด

วิธีวัดผล การสังเกต การซักถาม แบบทดสอบ

การวิเคราะห์ทางด้านสุขศึกษา เป็นการสอนที่ทำให้ผู้เรียนสามารถแยกแยะเรื่องราวต่างๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ ได้ว่า สิ่งนั้นประกอบไปด้วยส่วนย่อยๆ อะไรบ้าง ส่วนใดเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด แต่ละส่วนย่อยๆ นั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างไร สัมพันธ์กันด้วยถือหลักการใด หรือทฤษฎีใด เช่น ความสามารถในการวิเคราะห์ข่าวสุขภาพจากหนังสือพิมพ์ ความสามารถที่รู้เจตนาของผู้เขียนบทความ โดยวิเคราะห์จากบทความนั้น หรือความสามารถที่ค้นหาได้ว่าผู้เขียนบทความนั้นเพราะมีความเชื่อในทฤษฎีใด เป็นต้น ตัวอย่างพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น ข่าวการระบาดของแผลปากหมูในโรงเรียนประถมศึกษา เขตอำเภอศรีราชา ทราบว่าการระบาดเป็นผลจากเชื้อแบคทีเรียที่มีแมลง หรือสัตว์เป็นพาหะ และผู้เป็นแผลมีพฤติกรรมอนามัยไม่ถูกต้อง

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวมส่วนย่อยๆ เป็นส่วนใหญ่อีกครั้งหนึ่ง ผลจากการรวมจะเกิดสิ่งใหม่ที่มีรูปร่างใหม่ หน้าที่ใหม่

การแสดงออก ผู้เรียนสามารถที่จะเรียบเรียงจัดลำดับเรื่องราว วางโครงการ และจัดรูปสิ่งต่างๆ ขึ้นมาตามแนวใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีวัดผล การจัดอันดับคุณภาพ และวิธีอื่นที่เหมาะสม เช่น การบรรยาย การเล่า หรือรวมส่วนย่อยๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้ได้ผลใหม่ที่สมบูรณ์หรือแปลกกว่าเดิม การสังเคราะห์ คือ สมรรถภาพในการคิดริเริ่มสร้างสรรค์นั่นเอง เช่น ความสามารถในการวางแผน วางโครงการมากมาย เพื่อนำสิ่งย่อยเหล่านั้นมาสร้างเป็นแผนงาน ความสามารถในการสร้างสูตร ทฤษฎี ความสามารถในการเขียนหนังสือ เขียนบทความ การเขียนเรียงความ

เหล่านี้ล้วนแต่เป็นความสามารถที่จะสรุปการเกิดโรค การรักษา การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพ
หลังจากนักเรียนหายจากโรคแผลปากหนู และตั้งมาตรการการป้องกันการระบาดของแผลปากหนู
มาให้ระบาดซ้ำในโรงเรียนขึ้นมาอีก

6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการวินิจฉัยที่
ราคา โดยสรุปอย่างมีหลักเกณฑ์ สิ่งที่ดีราคาอาจเป็นวัสดุ สิ่งของ ผลงานที่เป็นรูปธรรม หรือ
ความคิดเห็นที่เป็นนามธรรม

การแสดงออก ผู้เรียนสามารถหาหลักเกณฑ์ตัดสินเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
อย่างมีเหตุผล สามารถวิจารณ์สรุปที่ราคาคุณภาพว่าสอดคล้องกับหลักเกณฑ์หรือไม่

การประเมินค่าทางสุขศึกษาเป็นความสามารถสูงสุดด้านสมองของ
ผู้เรียนสามารถวิจารณ์ตัดสินเรื่องราว หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่าดีหรือไม่ดีเหมาะสมหรือไม่
อย่างถูกต้องพร้อมด้วยเหตุผล การประเมินค่าเป็นความสามารถในการประเมินคุณภาพของสิ่ง
ต่าง ๆ ด้วยปัญญา เช่น การนำความรู้เรื่องเกณฑ์ต่างๆ มาตัดสินผลงานหรือการกระทำอย่าง
เหตุผล ตัวอย่างเช่น เมื่อมีผู้มาโฆษณาโดยเอาวิตามินบีรวมมาขาย เพื่อโฆษณาว่าสามารถรักษา
แผลปากหนูให้หายขาดได้ในราคาถูก ก็ตัดสินใจไม่เชื่อโฆษณานั้น เพราะแผลปากหนูถ้าหาความ
สะอาดแผลอย่างถูกต้องตามหลักปราศจากเชื้อ โดยใช้น้ำเกลือ เช็ดทำความสะอาดแล้วปิดแผล
ด้วยผ้ากอสม์สเตอไรต์ที่สะอาดภายใน 1 สัปดาห์ แผลจะดีขึ้นไม่เรื้อรังแล้วจะหายได้เอง รวมทั้ง
ต้องมีพฤติกรรมอนามัย โดยล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง ชักเสื้อผ้าให้สะอาด ทาลาย
แหล่งแมลงหรือสัตว์พาหะของเชื้อ

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ความรู้นั้นเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการรู้
ข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งพัฒนาไปสู่ความสามารถ และทักษะต่างๆในการใช้สติปัญญา ความคิด
วิจารณ์ญาณ เพื่อประกอบการตัดสินใจเป็นลำดับเป็นขั้นไปตามระดับความยากง่าย

2.2 ความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief) ผู้วิจัยใช้แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) นำมาเป็นกรอบ ทฤษฎี ในการศึกษา (Conceptual Framework) เนื่องจากความเชื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์ จึงน่าที่จะมีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตนในการรักษาสุขภาพ และป้องกันโรคด้วย หรืออาจกล่าวได้ว่า การแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่าง ๆ กัน ขึ้นอยู่กับพื้นฐานความเชื่อทางสุขภาพที่แตกต่างกัน

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึกริक्तคิด ความเข้าใจ หรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา (Phipp, Long and Woods. 1983 : 127)

คิง (King. 1984 : 53) กล่าวว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะปฏิบัติตนแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่าใช้จ่าย

พันธุทิพย์ รามสูตร (2531 : 401) กล่าวว่า ความเชื่อของบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ที่เขามีกับข้อมูลข่าวสารที่เขาได้รับจากแหล่งที่เขาเชื่อถือ โดยความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมอีกต่อหนึ่ง นั่นคือบุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใด ตามความเชื่อของเขา หรือความเชื่อจะเป็นตัวเสริมกำลังพฤติกรรมอย่างที่เขาได้ทำไปแล้ว ให้เกิดความคงทนยิ่งขึ้น

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ทั้งความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นตัวที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคได้ ในการศึกษาครั้งนี้จึงนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นตัวแปรหนึ่งที่ศึกษาด้วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ มีแนวคิดพื้นฐานที่พัฒนามาจากทฤษฎีทางด้านสังคมจิตวิทยาหลายทฤษฎี ซึ่งพยายามอธิบายพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกกระทำของบุคคล โดยมีสมมติฐานว่า พฤติกรรมของมนุษย์ถูกกำหนดจากการให้คุณค่าต่อสิ่งที่บุคคลจะได้รับ และความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการกระทำนั้น ซึ่งได้มาจากแนวความคิด และทฤษฎีของเคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบังคับพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะเกิดผลดีกับตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ซึ่งโรเซนสโตก (Rosenstock) ได้พัฒนารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพอนามัย โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1. ความพร้อมของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม (State of Readiness to Take Action) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสภาวะสุขภาพ ซึ่งถูกกำหนด โดยการรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ที่เป็นผลมาจากการได้เผชิญโรคนั้น

2. การประเมินความเป็นไปได้และประสิทธิภาพของการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยของบุคคล (Evaluation of Health Behavior of its Feasibility and Efficaciousness) เช่น ผลได้ (Benefit) ที่เกิดจากการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือความรุนแรงของโรค เช่น ค่าใช้จ่าย (Cost) และอุปสรรค (Barrier) ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค

3. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ที่ทำให้บุคคลมีความพร้อมในทางปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วยสิ่งชักนำภายใน (Internal) เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสภาวะร่างกาย (Perception of Bodily States) และสิ่งชักนำภายนอก (External) ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Interaction) การติดต่อ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (Mass Media Communication)

นอกจากนี้ โรเซนสต็อก (Rosenstock) ได้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive) โดยมีแนวคิดหลักคือ การรับรู้และคาดหวังของบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเราพอสมควร
3. การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะให้ผลดีแก่เราในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของผู้ป่วย เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด ความอาย เป็นต้น

ต่อมาเบคเกอร์ และคนอื่นๆ (Becker and others. 1975 : 12) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

โรคได้เพิ่มปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ได้แก่

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ดังนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมกาปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของบุคคล

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือการกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม

การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จะไม่เกิดขึ้นได้แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้ห่างจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หาย หรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ

โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติตน พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษต่าง ๆ

ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สบาย หรือการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้ต่ออุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรค

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ฯลฯ ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ปฏิกริยาของบุคคลรอบข้าง คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ฯลฯ เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆให้เกิดการร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานทางด้านประชากรและจิตวิทยาสังคม ปัจจัยด้านเวชกรรมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมกำป้องกันรักษาสุขภาพด้วยเช่นกัน

2.3 การรับรู้ (Perception) ได้มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

โกลเดนสัน (Goldenson. 1984 : 543) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าหมายถึง การรับรู้ถึงวัตถุสิ่งของ ความสัมพันธ์ และเหตุการณ์ต่างๆ โดยการสัมผัส และกิจกรรมเหล่านี้ ทำได้โดยใช้อวัยวะสัมผัสและแปลความหมายของสิ่งเหล่านั้น

คริสทาล (Kristal. 1982 : 178) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าการรับรู้ในสูงกว่าการสัมผัส เป็นขบวนการที่สมองแปลความหมายสิ่งเร้าซึ่งรับมาจากอวัยวะสัมผัสว่าสิ่งเร้าเหล่านั้นคืออะไร

ลินด์เกรน และแฮร์วี (Lindgren and Harvey. 1981 : 292) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า "การรับรู้" คือ การตอบสนองโดยการแสดงออกซึ่งเป็นผลมาจากการสัมผัส และในการแสดงออกนั้นต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการแปลความหมายจากสัมผัสนั้น

วัชรี ทรัพย์มณี (2526 : 42) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็น การตีความของการสัมผัสออกเป็นสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีความหมาย ซึ่งการตีความนั้นจะต้องอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้

ไพบุลย์ เทวรักษ์ (2523 : 22) กล่าวว่า การรับรู้ คือ กระบวนการตีความสิ่งเร้าจากการสัมผัสของอวัยวะสัมผัสต่างๆ ทั้งนี้ต้องอาศัยประสบการณ์เดิม หรือการเรียนรู้ หรือการคิด

สุรางค์ จันทร์เอม (2524 : 107) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้เป็นข้อ ๆ ดังนี้

1. การรับรู้ คือ การจัดระบบรวบรวม และตีความหมายจากการสัมผัส
2. การรับรู้ คือ ขบวนการที่สิ่งมีชีวิตรับเอาเรื่องราวต่างๆโดยใช้อวัยวะสัมผัสเป็นสื่อกลาง
3. การรับรู้ หมายถึง ขบวนการที่เกิดขึ้นอยู่ระหว่างสิ่งเร้า และการตอบสนองสิ่งเร้า ดังนี้

สิ่งเร้า (Stimulus) --- การรับรู้ (Perception) ---
การตอบสนอง (Response)

สภิต วงศ์สุวรรณค์ (2525 : 77) ได้กล่าวถึง ลำดับขั้นของขบวนการรับรู้ไว้ว่า การรับรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องเป็นไปตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 สิ่งเร้ามากระทบสัมผัสของอินทรีย์

ขั้นที่ 2 กระแสประสาทสัมผัสวิ่งไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีศูนย์กลางอยู่ที่สมอง

ขั้นที่ 3 สมองแปลความหมายออกมาเป็นความรู้เข้าใจโดยอาศัยความรู้เดิม ประสบการณ์เดิม ความจำ เจตคติ ความต้องการ ปทัสถาน บุคลิกภาพ เช่าวโนบาย

การรับรู้ เป็นสภาพทางจิตวิทยา เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล และไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง กระบวนการของการรับรู้จึงเป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่าง ความเข้าใจ การคิด การรู้สึก (Sensing) ความจำ (Memory) การเรียนรู้ (Leraning) การตัดสินใจ (Decision Making) และการแสดงพฤติกรรม

สุชาติ สุธรรมาภรณ์. (2531 : 149) กล่าวว่า การเกิดกระบวนการรับรู้ขึ้นได้นั้น ต้องประกอบด้วยสิ่งที่สำคัญ 4 ประการคือ การสัมผัส หรืออาการสัมผัส ชนิด และธรรมชาติของสิ่งเร้า การแปลความหมาย กระบวนการรับสัมผัส และการใช้ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิม เมื่อแปลความหมาย กระบวนการรับสัมผัส เป็นกระบวนการขั้นแรกของการรับรู้ ซึ่งบุคคลจะมีความใส่ใจในการเลือก (Selction) ที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัว มีการนำข้อมูลต่าง ๆ ของสิ่งเร้านี้เข้าสู่กระบวนการของการรับรู้ โดยผ่านทางประสาทสัมผัสของร่างกายภายหลัง จากได้รับข้อมูลก็จะนำมาตีความหรือแปลความหมายของข้อมูล (Interpretation) อันเป็นขั้นต่อไปของการรับรู้ เมื่อข้อมูลถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว จะมีการจัดระบบของข้อมูล มีกระบวนการจดจำการตีความ หรือแปลความหมายเกิดขึ้นโดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวของบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจ ความคาดหวัง เจตคติ ประสบการณ์ ความรู้เดิม ค่านิยม เป็นต้น เป็นตัวกลางในการกลั่นกรองและแปลความหมายข้อมูลนั้น ทำให้บุคคลตัดสินใจ และประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยพฤติกรรมแสดงออกตามคุณค่าที่ได้ตัดสินใจไป (กันยา สุวรรณแสง. 2532 : 129)

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ ลักษณะของผู้รับรู้กับลักษณะของสิ่งเร้า (สภิต วงศ์สุวรรณค์. 2525 : 79 - 105)

1. ลักษณะของผู้รับรู้ การที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งใดก่อนหลังมากน้อย อย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะผู้รับรู้ ปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะผู้รับรู้ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านกายภาพ และด้านจิตวิทยา

1.1 ด้านกายภาพ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ทำให้การรับรู้ต่างกันออกไป และยังพิจารณาอวัยวะรับสัมผัสต่างๆปกติหรือไม่ ถ้าผิดปกติหรือหย่อนสมรรถภาพก็ย่อมทำให้การรับรู้ผิดไป เช่น หูตึง เป็นหวัด สายตาสั้น ยาว เอียง การรับรู้จะสามารถทำให้มีคุณภาพดีขึ้นได้ ถ้าเราใช้อวัยวะสัมผัสหลายชนิดช่วยกัน เช่น ใช้ลิ้นกับจมูกร่วมกันในการรับรูรส หรือใช้ตากับหูสัมผัสเหตุการณ์ต่าง ๆ ในเวลาเดียวกันทำให้เราสามารถแปลความหมายได้ถูกต้องขึ้น

1.2 ด้านจิตวิทยา ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของตน ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ มีหลายประการเช่น ความจำ ความพร้อม สติปัญญา การสังเกตพิจารณา ความสนใจตั้งใจ ทักษะค่านิยม วัฒนธรรม ฯลฯ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้เดิม แต่ สกิด วงศ์สวรรค์ ได้กำหนดปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ไว้ดังนี้

- 1.2.1 ความรู้เดิม
- 1.2.2 ความต้องการ ความปรารถนา (Need) หรือแรงขับ
- 1.2.3 ภาวะของอารมณ์
- 1.2.4 เจตคติ
- 1.2.5 อิทธิพลของสังคม (Social factor)
- 1.2.6 ความตั้งใจที่จะรับรู้ (attention)
- 1.2.7 ความสนุกสนานเพลิดเพลิน
- 1.2.8 แรงจูงใจ
- 1.2.9 การเห็นคุณค่า และความสนใจ
- 1.2.10 ความดึงดูดในทางสังคม
- 1.2.11 เชี่ยวปัญญา
- 1.2.12 การสังเกตพิจารณา
- 1.2.13 ความพร้อมหรือการเตรียมพร้อมที่จะรับรู้
- 1.2.14 การคาดหวัง (Expectancy)

2. ลักษณะสิ่งเร้า คุณสมบัติของสิ่งเร้าเป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้คนเราเกิดความสนใจที่จะรับรู้ หรือทำให้การรับรู้ของคนเราคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ได้แก่

- 2.1 ความใกล้ชิดกับสิ่งเร้า
- 2.2 ความคล้ายคลึงกันของสิ่งเร้า
- 2.3 ความต่อเนื่องกันของสิ่งเร้า
- 2.4 สภาพและพื้นฐานการรับรู้

ประเภทของการรับรู้ทางสังคม การรับรู้ทางสังคม แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ (กมลรัตน์ หล้าสว่าง, 2527 : 228 - 239)

1. การรับรู้ทางอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ เช่น รู้สึกดีใจ เสียใจ ตื่นเต้น รัก เกลียด ชื่นชม เป็นต้น
2. การรับรู้ลักษณะของบุคคล ต้องอาศัยข้อมูล 3 ประเภทมาประกอบ คือ
 - 2.1 ลักษณะทางกายภาพ เช่น รูปร่าง หน้าตา ลักษณะแขนขา เพ่า สีผิว ฯลฯ
 - 2.2 พฤติกรรม เช่น การพูดคุย การยิ้ม การหัวเราะ การเดิน ฯลฯ
 - 2.3 คำบอกเล่า เช่น คำบอกเล่าจากญาติพี่น้อง จากเพื่อน จากผู้ใกล้ชิด
3. การรับรู้ภาพพจน์ของกลุ่มบุคคล หมายถึง มโนภาพหรือมโนคติของสิ่งต่าง ๆ ตามที่บุคคลรับรู้ เป็นภาพที่อยู่ในความคิดหรือจินตนาการของบุคคล และ บุคคลสามารถบอกลักษณะของภาพเหล่านั้นให้ผู้อื่นทราบได้ด้วย
4. การรับรู้ปรากฏการณ์ทางสังคม เป็นการตีความหรือแปลความหมายสิ่งต่าง ๆ หรือปรากฏการณ์ต่างๆ หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในสังคมตามความเชื่อของตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และอธิบายสิ่งต่างๆเหล่านั้นได้ การรับรู้ปรากฏการณ์ทางสังคมขึ้นอยู่กับสาเหตุ 2 ประเภท คือ
 - 4.1 ระดับการรับรู้ หมายถึง บุคคลมีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ เข้าใจปัญหาหรือความเฉลียวฉลาดแตกต่างกัน ย่อมจะตีความหรือแปลความหมายต่อสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกันไป

4.2 การเปลี่ยนการรับรู้ คือ ถ้าผู้มีการรับรู้ต่ำโดยมีโอกาสนทนาหรืออภิปรายกับผู้ที่มีการรับรู้สูง ก็อาจจะถูกผู้ที่มีการรับรู้สูงเปลี่ยนแนวความคิดหรือแนวการรับรู้ได้

ความสำคัญของการรับรู้ การรับรู้มีความสำคัญโดยทั่วไปอยู่ 2 ประการคือ

1. การรับรู้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้ การเรียนรู้ก็เกิดขึ้นไม่ได้ สังเกตได้จากขบวนการ ดังนี้

สิ่งเร้า ---- ประสาทสัมผัสกับสิ่งเร้า ---- ตีความหมายและรู้ความหมาย -----
การรับรู้ ---- เกิดสิ่งกับเป็นการเรียนรู้

ในทางตรงกันข้าม การเรียนรู้ก็มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจากความรู้อาจจะช่วยแปลความหมายให้ทราบว่า คืออะไร

2. มีความสำคัญต่อ เจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรมเมื่อรับรู้แล้ว ย่อมเกิดความรู้สึกและมีอารมณ์พัฒนาเป็นเจตคติ แล้วพฤติกรรมก็ตามมานานที่สุด (สภิต วงศ์สวรรค์. 2525 : 105)

จากการตีความหมายของการรับรู้ สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง การแปลความหมายหรือให้ความหมายกับสิ่งที่เขาได้รับ โดยผ่านประสาทสัมผัส และนำไปสู่การกระทำต่าง ๆ ของแต่ละพฤติกรรมของบุคคลนั้น ตามกระบวนการรับรู้ดังนี้

1. สิ่งเร้าหรือข้อมูลกระทบอวัยวะสัมผัส ส่งผ่านเข้าสู่สมอง
2. สมองแปลความ หรือให้ความหมายออกมาเป็นความรู้ ความเข้าใจ

โดยอาศัย

2.1 ปัจจัยภายใน อันได้แก่ คุณสมบัติที่อยู่ในตัวของผู้รับรู้ เช่น เพศ อายุ ฐานะการศึกษา ความต้องการคุณค่า ความสนใจ ประสบการณ์เดิม

2.2 ปัจจัยภายนอก ได้แก่ คำแนะนำ คำสั่งสอน

2.4 การปฏิบัติ (Practice) ได้มีผู้ให้ความหมายของการปฏิบัติไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

บลูม (Bloom. 1975 : 7-8) กล่าวว่า การปฏิบัติเป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา หรือเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน

บุญเยี่ยม ตรีกุลวงศ์ (2528 : 167) กล่าวว่า การปฏิบัติเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่แสดงออกทางร่างกายเป็นความเข้าใจ หรือท่าทีแสดงออกว่าจะปฏิบัติในอนาคต

ประภาณี สุวรรณ (2526 : 27) กล่าวว่า การปฏิบัติหรือพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งหรือเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันทีแต่คาดว่าจะปฏิบัติได้ในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งจะต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่าง ๆ ทางด้านความรู้ และเจตคติเป็นส่วนประกอบพฤติกรรมด้านนี้ เมื่อแสดงออกจะประเมินได้ง่ายกว่ากระบวนการที่จะทำให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งอาศัยเวลา และการตัดสินใจในหลายขั้นตอน กระบวนการทางการศึกษาจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

วาริ ระกิติ (2530 : 705 - 708) กล่าวว่า การปฏิบัติเป็นพฤติกรรมที่มีความรู้และทัศนคติ ส่งเสริมให้พฤติกรรมด้านนี้แสดงออกให้เห็นทางร่างกาย

เอื้อมพร ทองกระจาย (2530 : 3) กล่าวว่า การปฏิบัติ หรือพฤติกรรมเป็นกิจกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำเป็นลักษณะการแสดงออกที่สังเกตเห็นได้ และไม่อาจสังเกตเห็นโดยอาศัยพื้นฐานทางจิตวิทยา มีความเชื่อว่าพฤติกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำย่อมมีสาเหตุมีจุดมุ่งหมาย เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ เมื่อถึงจุดมุ่งหมายแล้วพฤติกรรมนั้นจะสิ้นสุดลง มนุษย์อยู่ในภาวะสมดุลย์ (Homeostasis)

เนื่องจากมนุษย์มีความต้องการ มีการปรับตัวและการโต้ตอบกับสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา ดังนั้นจึงใช้คำว่า ฮีโมไดนามิก (Hemodynamic) มากกว่า โฮมิโอสเตซิส (Homeostasis) มนุษย์มีความตื่นรับเปลี่ยนแปลง เพื่อรักษาสมดุลของตนเอง ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ กระบวนการเกิดพฤติกรรมจึงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาที่มนุษย์มีชีวิตอยู่

จากการทำความเข้าใจของการปฏิบัติต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาพอจะสรุปได้ว่าการปฏิบัติในด้านสุขภาพนั้น ถือว่าเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย หรือเป็นเป้าหมายสุดท้ายที่จะช่วยให้นักบุคคลที่สุขภาพดีหายจากโรค และป้องกันมิให้เกิดโรค แต่การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ จะขึ้นอยู่กับพื้นฐานความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief) เป็นสำคัญด้วย ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทน ซึ่งสามารถประเมินผลได้ และกระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนั้นต้องอาศัยระยะเวลา และการตัดสินใจในหลายขั้นตอน โดยในการเกิดการปฏิบัตินั้นแยกย่อยเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกตัวแบบ หรือตัวอย่างที่สนใจ

ขั้นที่ 2 การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ

ขั้นที่ 3 การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่เห็นว่าถูกต้อง

ขั้นที่ 4 การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องอย่าง เป็นเรื่องเป็นราวต่อเนื่อง

ขั้นที่ 5 การกระทำตามธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

การวิจัยในประเทศ

กลัด และคนอื่นๆ (Glueck and others. 1980 : 62-69) ได้ศึกษาถึงไขมันในซีรัมต่อผลของความอ้วนในเพศหญิง และเพศชาย พบว่าความอ้วนกับระดับของ เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอล (HDL-C) มีความสัมพันธ์ตรงกันข้ามทั้งในเพศหญิง และเพศชาย โดยในกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวมากจะมีระดับของ เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอลต่ำกว่าร้อยละ 10 -15 ของในกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

กอตโต และคนอื่นๆ (Gotto and others.1981 : 181-185) ได้ทำการศึกษาถึงผลของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ต่อ เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอล (HDL-C) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไข้โรคหัวใจขาดเลือด โดยให้ออกกำลังกายที่กำหนดขึ้นขจรร้อยละ 70 ของอัตราสูงสุด วันละ 20 - 40 นาที 3 วัน ต่อสัปดาห์ เป็นเวลานาน 3 เดือน ผลของการศึกษาพบว่าความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุด และอัตราส่วนระหว่าง เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอล/โคเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปริมาณโคเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ น้ำหนักตัว และโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL-C) มีการเปลี่ยนแปลงไปแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คูเปอร์ (Cooper. 1981 : 35) ได้ทำการศึกษาพบว่า การวิ่งสัปดาห์ละ 11 ไมล์ สามารถเพิ่มโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (HDL-C) ให้ร่างกายได้มากขึ้น ร้อยละ 35 และพบว่าความสัมพันธ์ของร่างกายมีค่าสัมพันธ์กับอัตราส่วนของโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (HDL-C) ค่อนข้างสูง

คอสซี (Cozzi. 1988 : 706 - 714) ได้ศึกษาถึง ความสัมพันธ์ระหว่างเมตาโบลิซึมของผนังหลอดเลือดแดงกับความรุนแรง และความต้านทานต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง โดยนำส่วนของหลอดเลือดแดงและแขนงของมันมาเปรียบเทียบกับัน โดยดูลักษณะและจำนวนของแผ่นไขมันที่เกาะ การแลกเปลี่ยนก๊าซของผนังหลอดเลือดแดง และการเผาผลาญน้ำตาล ในระยะห่าง 30 ตัว โดยให้รับประทานอาหารที่กำหนดไว้ หรืออาหารที่หาเห็นั่งของหลอดเลือดแดงใหญ่เพิ่มขึ้น ในระยะ 3 เดือนต่อมา พบว่า ความดันเลือดในหลอดเลือดแดงใหญ่เพิ่มขึ้น และมีแผ่นไขมัน

มาเกาะร้อยละ 98 + ร้อยละ 28 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 57 + ร้อยละ 4 สำหรับความดันที่หลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนปลายยังคงไม่เปลี่ยนแปลง แต่การเกาะของแผ่นไขมัน ลดลง ร้อยละ 5 + ร้อยละ 4 ในขณะที่กลุ่มควบคุมลดลง ร้อยละ 30 + ร้อยละ 27 ในขบวนการเมตาบอลิซึม พบว่ากลุ่มควบคุมไม่มีการเพิ่มขึ้นของการเผาผลาญน้ำตาล แต่การที่มีความดันเลือดสูง ทำให้เพิ่มขบวนการเมตาบอลิซึม และการเผาผลาญน้ำตาลในหลอดเลือดแดงส่วนต้นด้วย

ซู และปาร์มเลย์ (Zhu and Parmley. 1990 : 168-178) ได้ทำการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่าง รับประทานน้ำมันปลา แล้วดูอาการทางคลินิกของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง พบว่า น้ำมันปลาช่วยลดการก่อตัวของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งในสัตว์ทดลองที่กินอาหารที่มีโคเลสเตอรอล และลดการก่อตัวของโรคระบบหัวใจ และหลอดเลือดในคน ข้อมูลเกี่ยวกับทางด้านนี้ยังไม่แพร่หลายนัก แต่ก็พบว่าในสัตว์ทดลอง, อาสาสมัครที่เป็นคนปกติ, คนไข้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะมีปฏิกิริยาตอบสนองคล้ายกันเมื่อรับประทานน้ำมันปลา ผลที่สำคัญของน้ำมันปลาต่อซีรัมไลโปโปรตีน คือ สามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ แต่ไม่ลดระดับโคเลสเตอรอล และ เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอล (HDL-C)

เดรสเลอร์ และคนอื่น ๆ (Dressler and others. 1992 : 757 - 762) ได้ศึกษา ความไม่สมดุลของสภาพการดำเนินชีวิตกับระดับซีรัมโคเลสเตอรอล ในคนอังกฤษที่มีโคเลสเตอรอลสูงจำนวน 54 คน โดยดูรูปแบบของการดำเนินชีวิต (การบริโภค, พฤติกรรมส่งเสริมการดำรงชีวิต) โดยจะเน้นมากกว่าการประกอบอาชีพ ความไม่สมดุลของการดำเนินชีวิตสัมพันธ์กับระดับซีรัมโคเลสเตอรอลที่สูง โดยการศึกษาความสัมพันธ์นี้ไม่เกี่ยวกับ อายุ เพศ ขนาดร่างกาย ประวัติครอบครัวที่เป็นโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ การดื่มแอลกอฮอล์ และการหมดประจำเดือน

นีกูเลสโก และคนอื่น ๆ (Negulesco and others. 1989 : 174 - 188) ได้ทดลองใช้ไดเอทโคเรแคปไซซิน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในหนูตะเภาที่กินอาหารเสริมโคเลสเตอรอล โดยแบ่งหนูตะเภาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มที่กินอาหารมาตรฐานไร้โคเลสเตอรอลกับกลุ่มที่กินอาหารเสริมโคเลสเตอรอลร้อยละ 0.5 ไม่มีวิตามินซี นาน 6 สัปดาห์ ครั้งหนึ่งของแต่ละกลุ่มได้รับยาตัวนี้วันละ 8 มิลลิกรัม การรับประทานยานี้จะทำให้เปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของไตรกลีเซอไรด์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แซนด์สโตรม และคนอื่น ๆ (Sandstorm and others. 1992 : 95 - 109) ได้ศึกษาถึงอาหารชนิดที่มีไขมันต่ำ เส้นใยมาก ที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด และความดันโลหิต ในกลุ่มประชากรที่เป็นคนหนุ่มสาวมีสุขภาพดี เป็นเพศชายจำนวน 18 คน เพศหญิง จำนวน 12 คน อายุโดยเฉลี่ย 24 ปี โดยอาหารที่ได้รับประทานมีพลังงานจากไขมันร้อยละ 30 แยกเป็นอิ่มตัวร้อยละ 10 และมีเส้นใยอาหารสูงมากกว่า 3 กรัม/มิลลิจูล ภายในระยะเวลาควบคุมนาน 8 เดือน โดยทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเพศชาย 17 คน เพศหญิง 8 คน มีการเจาะเลือดมาตรวจ วัดความดันโลหิต และชั่งน้ำหนักเป็นระยะๆ และเดือนละครั้ง ตลอดการทดลองพบว่า มีการลดลงของระดับโคเลสเตอรอลรวมทั้งในเพศหญิง และเพศชาย และพบว่า ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) จะมีค่าลดลงที่ละน้อยพบว่า ค่าที่น้อยที่สุด = 6 มิลลิเมตรปรอท ที่ต่ำกว่าค่าความดันโลหิตเดิม หลังจากที่มีการควบคุมอาหาร นาน 6 เดือนในกลุ่มทดลอง

เบอร์กี (Burke. 1991 : 22-23) ได้ศึกษา การจัดการอาหารสำหรับภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลมีผลต่อเส้นเลือดแดง และระดับของ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคระบบหัวใจ และหลอดเลือด มีผู้ที่เคยศึกษาวิจัยหลักของการจัดการอาหารในภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเน้นหลักของการรักษาด้วยอาหารควบคู่กับการรักษาทางคลินิก โดยการแนะนำมีความมุ่งหมายให้ลดไขมัน โคเลสเตอรอล และพลังงาน ส่วนรูปแบบที่จะให้คนไข้ยอมรับ และปรับปรุงพฤติกรรมมารับประทานอาหารยังคงต้องศึกษากันต่อไป

บรีเออร์ และคนอื่น ๆ (Breier and others. 1985 : 316 - 319) ได้ศึกษาถึง แอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง (HDL-C) พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในเพศชาย โดยศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเพศชายที่มีสุขภาพดี 10 คน กลุ่มทดลองมี 3 กลุ่ม กลุ่มแรกมี 9 คน ที่ดื่มสุราจัดแล้ว มีภาวะไขมันในเลือดสูง ชนิดที่ 5 กลุ่มที่ 2 มีจำนวน 7 คน มีประวัติดื่มสุรามาน้อย 6 เดือน แต่ปัจจุบันไม่ได้ดื่มอย่างหนัก และมีระดับไขมันในเลือดปกติ กลุ่มที่ 3 มีจำนวน 7 คน มีการดื่มสุราอย่างหนัก แต่ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยนำกลุ่มทดลองทั้งหมดมาตรวจไขมันในพลาสมาและไลโปโปรตีน พบว่าใน 2 กลุ่มที่มีการดื่มหนักมีค่า เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอลต่ำกว่า ในกลุ่มที่ 1 และ 2 ที่ดื่มแอลกอฮอล์พบมีภาวะไขมันในเลือดสูง

บุท และคนอื่น ๆ (Bush and others. 1988 : B60-70) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นของไตรกลีเซอไรด์กับการสูบบุหรี่ พบว่า ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่สูบบุหรี่จะมีระดับความเข้มข้นของไตรกลีเซอไรด์มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในเพศชาย ไตรกลีเซอไรด์ที่ตรวจพบในกลุ่มที่สูบบุหรี่มากจะมีสูงกว่าปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ และกลุ่มที่สูบบุหรี่น้อย และพบว่า การเพิ่มขึ้นของระดับความเข้มข้นของไตรกลีเซอไรด์ ขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของปริมาณบุหรี่ที่สูบ

ประจักษ์ และคนอื่น ๆ (Pajak and others. 1990 : 454 - 458) ได้ศึกษาถึงระดับของไขมันในเลือด และระดับไลโปโปรตีน ของคนในเมือง และในชนบทในประเทศโปแลนด์ ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคของเส้นเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจ พบว่า ความแตกต่างกันของระดับโคเลสเตอรอลรวม แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ความดันโลหิต ขึ้นอยู่กับความถี่ของการสูบบุหรี่ โรคหัวใจ ระดับการศึกษา การดื่มแอลกอฮอล์ เขตที่อยู่อาศัย และมีความสัมพันธ์ตามกันกับการเพิ่มขึ้นของระดับโคเลสเตอรอลรวม แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ แต่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับเฮช ดี แอล โคเลสเตอรอล

ปีเตอร์สัน (Peterson. 1981 : 2562 - A) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของการออกกำลังกายแบบการฝึกแอโรบิค กับแอโรดิเนติกที่มีผลต่อไขมัน และส่วนประกอบระหว่างไขมันกับโปรตีนในเลือด ของกลุ่มทดลองที่เป็นนักศึกษาหญิงอายุ 18 - 28 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง ใช้เวลาฝึกนาน 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ฝึกแบบแอโรบิคด้วยการวิ่ง จะมีผลต่อประสิทธิภาพของระบบไหลเวียน สัดส่วนของร่างกาย โคเลสเตอรอลในเลือด ไตรกลีเซอไรด์ในเลือด และส่วนประกอบของไขมันกับโปรตีนในเลือด เปลี่ยนแปลงไปอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ผลการทดสอบของกลุ่มควบคุมทั้งก่อน และหลังการฝึกไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อทำการทดสอบของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และยังพบอีกว่าการฝึกแอโรบิคด้วยการวิ่งนั้น จะมีผลดีกว่าการฝึกแบบแอโรดิเนติกในเรื่องของเปอร์เซ็นต์ของไขมันในร่างกาย น้ำหนัก และไตรกลีเซอไรด์

แมคแคนซี (McCance, 1983 : 68 - 69) ได้ศึกษาถึงการเพิ่มสูงขึ้นของ แอล ดี แอล และโคเลสเตอรอลในกระแสเลือด เป็นตัวที่ใช้ทำนายปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวนำของการเกิดหลอดเลือดหัวใจ ในทางกลับกัน เซซ ดี แอล เป็นตัวที่ใช้ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูงจากโรคอื่นๆ อาหารเป็นสิ่งสำคัญที่จะเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของไขมันในพลาสมา การจำกัดการบริโภคไขมันอิ่มตัว เพิ่มการรับประทานไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน และลดอาหารโคเลสเตอรอล เป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะไขมันในเลือดสูงที่จะเพิ่ม แอล ดี แอล รวมทั้ง การลดน้ำหนัก ลดการดื่มแอลกอฮอล์ และในบางคนการจำกัดน้ำตาลเชิงเดี่ยวก็เป็นขั้นตอนของการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง

ลา และคนอื่นๆ (La and others, 1987 : 832-843) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเพศหญิงอายุน้อยกว่า 55 ปี ที่ประเทศอิตาลีตอนเหนือ 168 คน ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และ 251 คน เป็นกลุ่มควบคุม พบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างสูงกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (มากกว่า 25 มวนต่อวัน) ส่วนปัจจัยอื่นที่มีโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง การมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจมากกว่าระดับ 1 และพบได้ในเพศหญิงที่คลอดบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อย (< 20 ปี) ผู้ที่รับประทานไขมันอิ่มตัวอย่างไรก็ตามปัจจัยที่คาดว่าเป็นสาเหตุเหล่านี้ก็ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ แต่การที่มีประวัติทางคลินิกว่าเป็นไขมันในเลือดสูง มีภาวะความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ ผู้ที่ดื่มกาแฟมาก จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แต่การดื่มแอลกอฮอล์ก็ยังไม่อยู่ระหว่างการวิเคราะห์อยู่

วัตส์ และคนอื่นๆ (Watts and others, 1988 : 235 - 237) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการลดไขมัน รวมถึงอาหารประเภทเนื้อสัตว์ต่อไขมันในพลาสมา และไลโปโปรตีนในเพศชาย 15 คน ซึ่งมีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยให้รับประทานอาหารไขมันที่มีปริมาณพลังงานและอัตราส่วนของกรดไขมันอิ่มตัวต่างกัน 3 ชนิด และแต่ละชนิดมีปริมาณโปรตีน 180 กรัม/วัน พบว่าอาหารชนิดที่มีไขมันน้อย และอัตราส่วนของกรดไขมันอิ่มตัวต่อกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง จะตรวจพบโคเลสเตอรอล แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลน้อยกว่า ซึ่งจะลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจจากภาวะหลอดเลือดแข็ง

สแตมฟอร์ด และคนอื่นๆ (Stamford and others, 1984 : 585 - 590) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงที่ยังอยู่ในวัยที่ยังไม่หมดประจำเดือน จำนวน 164 คน ซึ่งใช้วิธีเลือกมาโดยการสุ่ม พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างไขมันในเลือด และไลโปโปรตีน

กับตัวแปร คือ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่ มีระดับ เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอล (10.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ต่ำกว่า กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ และกลุ่มที่ดื่มสุราน้อยจะมีระดับ เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอล สูงกว่า วัตถุประสงค์เท่ากับ 2.8 มิลลิกรัม/เดซิลิตร กลุ่มที่ออกกำลังกายมากกว่าจะมีระดับ เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอลสูงกว่า วัตถุประสงค์ 8.6 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และเมื่อศึกษาปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน พบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ที่มีการออกกำลังกายปกติ หรือดื่มแอลกอฮอล์จะมีระดับ เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอล ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ที่มีกิจกรรมการออกกำลังกายเหมือนกลุ่มแรก และกลุ่มที่มีการออกกำลังกาย และดื่มแอลกอฮอล์ด้วย จะมีระดับ เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอลสูงกว่ากลุ่มที่มีการดื่มแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียว

แอสฮิม และคนอื่นๆ (Ashim and others, 1992 : 106) ได้ศึกษาผลของการลดไขมัน และเส้นใยอาหารต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือด พบว่าการลดอาหารโคเลสเตอรอล ให้ต่ำกว่า 300 มิลลิกรัม/วัน จะมีผลต่อภาวะเสี่ยงของโรคหัวใจ และหลอดเลือด ถ้าจำกัดลง ให้เหลือ 200 มิลลิกรัม/วันจะอยู่ในภาวะเสี่ยงระดับกลาง - สูง มีปัจจัยที่จะช่วยลดภาวะเสี่ยงนี้ได้โดยการลดการรับประทานกรดไขมันอิ่มตัว ให้น้อยกว่าร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับในระยะแรก ในระยะต่อมาให้เหลือร้อยละ 6 - 8 ควรบริโภคกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว (กรดไลโนเลอิกเป็นส่วนใหญ่) ให้มากกว่าร้อยละ 10 - 15 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด และต่อมาเพิ่มเป็นร้อยละ 20 และควรเป็นอาหารประเภทกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน ประมาณร้อยละ 7 ของพลังงานที่ได้รับ ควรบริโภคเส้นใยอาหาร 10 - 20 กรัม/วัน จะทำให้ระดับไขมันลดลง ซึ่งสรุปได้เป็น 3 ประเด็นคือ

1. การลดการรวมตัวกันของไลโปโปรตีน ลดการดูดซึมโคเลสเตอรอล ลดการขนส่งไขมันรวม
2. เพิ่มสัดส่วนที่เป็นตัวเคลื่อนย้ายโคเลสเตอรอล (ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว ลดบริโภคอาหารโคเลสเตอรอล และเพิ่มกรดไขมันดี, อาหารเส้นใย)
3. ป้องกันการเปลี่ยนแปลงของไลโปโปรตีน (เพิ่มตัวป้องกันการออกซิไดซ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วิตามินอี, เอ และน้ำนมหมัก)

โอบอลสก้า และเซมแลนสกี (Okolska and Zeimlanski. 1989 : 89 - 99) กล่าวถึงเรื่องการแนะนำเรื่องการบริโภคอาหารไขมัน การวิจัยบทบาทของกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว โดยเน้นปริมาณไขมันในอาหารของคนที่มีสุขภาพแข็งแรง, คนไข้ และบทบาทของกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว ซึ่งพบได้ในน้ำมันมะกอก น้ำมันจากเมล็ดพืช โดยอาจจะเข้าไปแทนที่กรดไขมันอิ่มตัว เพื่อลดระดับซีรัมโคเลสเตอรอล เช่นเดียวกับดอกทานตะวันจะลดระดับของซีรัมโคเลสเตอรอล

ฮอดกัซัน และคนอื่น ๆ (Hodgson and others. 1993 : 228 - 234) ได้ศึกษาว่า กรดไขมันเล็กลีพิดต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจริงหรือไม่ โดยศึกษาในผู้ป่วย 226 คน โดยอาศัยจากการดูภาพถ่ายเอ็กซเรย์ของเส้นเลือดที่มาจากหัวใจ (Coronary Angiography) พบว่า ระดับของกรดไขมันเล็กลีพิดมีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือดในทางตรงกันข้าม

ฮาร์ริส และคนอื่น ๆ (Harris and others. 1991 : 220 - 227) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของกรดไขมันชนิด n - 3 ขนาดต่างกัน 4 ขนาด ในคนไข้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงระยะเวลา 6 เดือน โดยให้รับประทานน้ำมันปลา และเปรียบเทียบผลต่อระดับไขมันในพลาสมา ระดับไลโปโปรตีน โคเลสเตอรอล ระยะเวลาที่เลือดแข็งตัว ความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง และกรดไขมัน โดยสุ่มตัวอย่างคนไข้ที่มีระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์สูงสุ่มมาจำนวน 28 คน ให้รับประทานน้ำมันปลาจำนวน 3, 6, 9, 12 แคปซูล เป็นระยะเวลา 6 เดือน หลังระยะเวลา 1 เดือนแรกไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับโคเลสเตอรอลรวมใน ทุก ๆ ขนาด แต่ระดับแอล ดี แอล โคเลสเตอรอล กับ เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอลมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์สุดท้ายพบว่าอัตราส่วนระหว่างแอล ดี แอล โคเลสเตอรอลกับ เฮช ดี แอล โคเลสเตอรอลจะลดต่ำลงในทุกขนาด ยกเว้นขนาดต่ำสุด

เฮอส์คาฟท์ (Herschaft. 1985 : 337 - 343) ได้ศึกษาถึงการป้องกันความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือดของเส้นเลือดภายในสมอง พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงของเส้นเลือดในสมองแตกถึง 4 เท่า ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวจะเปลี่ยนแปลงไป 5 - 10 เท่า โรคเบาหวานก็ทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยง 3 เท่ารวมถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานด้วย (ความดันโลหิตสูง, ย้วน, ไขมันในเลือดสูง) ภาวะไขมันในเลือดสูง โคเลสเตอรอลในเลือดสูง

และไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ทำให้เพิ่มการเกิดสโตรค (Stroke) 2 - 3 เท่า การบริโภค นีโคติน ทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อเส้นเลือดสมองแตก ที่มีความสัมพันธ์กับอายุ 3-5 เท่า รวมถึงการ รับประทานฮอร์โมนจากยาคุมกำเนิด การมีน้ำหนักเกิน

การวิจัยในประเทศไทย

โชติรส ฉัตรแก้ว (2533 : i - ii) ได้ศึกษาผลของการสูบบุหรี่ต่อระดับไขมัน ในเลือดของพนักงานการประปานครหลวงแห่งประเทศไทย พบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่มีระดับของไขมัน เชน ดี แอล ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การบริโภคไขมันจากมะพร้าว (กะทิ) การบริโภคไข่ ทำให้มีผลเสริมกับการสูบบุหรี่ ทำให้ระดับ ของไขมัน เชน ดี แอล ต่ำกว่าพวกที่บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง บริโภคไขมันจากมะพร้าว และ บริโภคไข่อย่างเดี่ยวแต่ไม่สูบบุหรี่

พานิช ไชยศรี (2530 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาถึงผลของการออกกำลังกาย ในระดับความถี่ต่างกัน ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ในกลุ่มตัวอย่างเป็น นักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย นำมาให้ออกกำลังกายโดยการวิ่งจักรยาน วัตงานใน ระดับความถี่ 2 ระดับคือ ระดับ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ระดับ 5 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ครั้งละ 10 - 20 นาที ทำการทดสอบข้อมูลสรีรวิทยาหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และหลังการฝึก สัปดาห์ที่ 8 ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณโคเลสเตอรอล ในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง ของแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่ผลทดสอบก่อนการฝึก หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และหลังการฝึก สัปดาห์ที่ 8 ของทุกช่วงเวลาของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือ แสดงว่าการออกกำลังกาย มีผลทำให้ปริมาณโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง เพิ่มขึ้น และในช่วงระยะเวลาการฝึก 4 สัปดาห์ก็เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปริมาณ โคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง

เรืองเดช เขิดนุทธ (2523 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการวิ่ง 12 นาที โดยการฝึกหน้าสลับเบาที่มีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ น้ำหนักตัว ความดันโลหิต และ ไขมันในเลือด กลุ่มศึกษาเป็นนักศึกษาหญิงจำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง

วัง 12 นาที โดยการฝึกหนักสลับเบา ใน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และกลุ่มควบคุมไม่ต้องการเข้ารับการฝึก ผลการศึกษาพบว่า

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

การวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพเรื่องโรค และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

ในการศึกษาการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคนั้น ผู้วิจัยได้แยกศึกษาตามตัวแปรต่าง ๆ คือ อายุ เพศ ฐานะเศรษฐกิจ ส่วนตำแหน่ง และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งนั้น เท่าที่ผู้วิจัยได้ศึกษามา ยังไม่พบว่ามีผลมาจากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ดังนั้นในที่นี้ผู้วิจัยจึงขอลำถึงเฉพาะตัวแปรด้าน อายุ เพศ และฐานะเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

ความรู้เรื่องโรค

อายุ

นิชิต นิทักซ์เทพสมบัติ (2531 : 100 - 150) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการวางแผนครอบครัวของเยาวชนไทย อายุ 15 - 24 ปี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคเอดส์

ยง ภูววรรณ และคนอื่น ๆ (2529 : 99 - 108) ได้ศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และการยอมรับบริการในสตรีตั้งครรภ์ โดยการสัมภาษณ์สตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการตรวจครรภ์เป็นครั้งแรกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 314 คน พบว่า สตรีมีครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีมากกว่าสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาดังต่อไปนี้

บุษมา ศิริชัย (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสามี : ศึกษาที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 จังหวัดราชบุรี พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

วรรณิกา เรืองสัจ (2533 : ก - ข) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชนไทย อายุ 15-24 ปี ในประเทศไทย พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

ศศธร พันธุ์เมธิศร์ (2533 : ก) ได้ศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ของสตรีมีครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า สตรีมีครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่แตกต่างกัน

ศิริพร พงษ์โภคา (2532 : 73 - 75) ได้ศึกษา ความรู้ เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่แตกต่างกัน

เพศ

นิชิต นิหัทธเกศมบัณฑิต (2531 : 100-150) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับเอดส์ และการวางแผนครอบครัวของเยาวชนไทย อายุ 15 - 24 ปี พบว่าเพศต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกัน

วรรณิกา เรืองสัจ (2533 : ก - ข) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชนไทย อายุ 15-24 ปี ในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องการติดต่อ และการป้องกัน

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ (2532 : 1 - 50) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ของเยาวชนไทย อายุ 15 - 24 ปี ในปีพุทธศักราช 2531 พบว่าปัจจัยด้านเพศมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค

ศิริวรรณ หาญวีรกุล (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคเอดส์ ของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงในสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล พบว่า เพศที่ต่างกันมีผลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษาเพศชายมีความรู้ดีกว่านักศึกษานหญิง

ฐานะเศรษฐกิจ

บุษบา ศิริชัย (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสามี : ศึกษาที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 จังหวัดราชบุรี พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิชิต นิทัศน์เทพสมบัติ (2531 : 100 - 150) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการวางแผนครอบครัวของเยาวชนไทย อายุ 15 - 24 ปี พบว่า เยาวชนไทยที่มี ฐานะเศรษฐกิจที่ต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วีระสิทธิ์ สิทธิไตรย์ (2532 : 1 - 50) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ของเยาวชนไทยอายุ 15-24 ปี ในปี พุทธศักราช 2531 พบว่า เยาวชนไทยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 73 - 74) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน จะมีความรู้เรื่องโรคต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน จะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่ำกว่า

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาดังต่อไปนี้

ยง ภู่วรรณ และคนอื่น ๆ (2529 : 99 - 108) ได้ศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และการยอมรับบริการในสตรีตั้งครรภ์ โดยการสัมภาษณ์สตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการตรวจครรภ์เป็นครั้งแรก ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 314 คน พบว่า ฐานะเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

ศศธร พันธเมธีศรี (2533 : ก - ข) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ของสตรีมีครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า สตรีที่มีรายได้ของครอบครัว 6,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีความรู้ไม่แตกต่างกับสตรีมีครรภ์ที่มี รายได้ของครอบครัวต่ำกว่านี้

ความเชื่อทางสุขภาพ

อายุ

วิสเฟลด์ และคนอื่น ๆ (Weissfeld and others. 1990 : 141 - 155) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมและประชากร และความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า จะมีความเชื่อทางสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า

เอลเซ็น และคนอื่น ๆ (Elsen and others. 1985 : 185 - 210) ได้ทำ การวิจัย โดยทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษาตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในเรื่อง การป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาดังต่อไปนี้

นิตยา ภาสโนนธ์ (2529 : ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ

ศิริพร พงษ์นาคา (2532 : 76 - 77) ได้ศึกษาความรู้ เรื่องโรค ความเชื่อด้าน สุขภาพ และการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดต่อของโรค ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรค ไวรัสตับอักเสบบี ที่โรงพยาบาลศิริราช รามาริบัติ และจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532 : 77) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะโรคในหญิงอาชีพพิเศษ เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ พบว่า อายุไม่เป็นผลให้ความเชื่อ ด้านสุขภาพของหญิงอาชีพพิเศษแตกต่างกัน

เอื้อมพร กาญจนรังสิขัย (2532 : ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้าน สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัย เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพ เฮโรอีนทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการบำบัดขึ้นตอนพิเศษ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างในด้านอายุ มีความเชื่อทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

เพศ

เอลเซ็น และคนอื่นๆ (Elsen and others. 1985 : 185 - 210) ได้ทำการวิจัย โดยทดลองจัดโปรแกรมสุขภาพตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาต่อไปนี้

นิตยา ภาสโนน (2529 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ

เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย (2532 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัย เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการรักษาขึ้นก่อนพิษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เพศต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ฐานะเศรษฐกิจ

ศิริพร พงษ์ภักดา (2532 : 76-77) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่โรงพยาบาลศิริราช รามาธิบดี และจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างด้านฐานะเศรษฐกิจ มีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนสูง จะมีความเชื่อด้านสุขภาพสูง

อังคณา จิราจันต์ (2530 : ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ฐานะเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อทางสุขภาพ

เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย (2532 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัย เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการรักษาขึ้นก่อนพิษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีความเชื่อทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

อายุ

อัลลาร์ด (Allard. 1989 : 448 - 452) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของประชาชน อายุ 18 - 65 ปี ที่อาศัยอยู่ใน Montreal ประเทศอเมริกา พบว่า ประชาชนที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์มากกว่า

เอลเซิน และคนอื่น ๆ (Elsen and others. 1985 : 185 - 210) ได้ทำการวิจัย โดยทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษาตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์

จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : ก - ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และเจตคติต่อโรค กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่น ในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

นงมล สิ้นสุนทรณ (2528 : ก - ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดา ในการพาเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรค ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า มารดาที่มีอายุ 15 - 19 ปี จะมีการป้องกันโรคมากกว่าอายุ 20 ปีขึ้นไป

มลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ กับสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดเชียงราย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

ศศธร พันธุ์เมธิศร์ (2533 : ก) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของสตรีมีครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติตนแตกต่างกัน

สุวิชา จันทรสุริยกุล (2536 : ก - ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : ข) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีไวรัสซี ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบบีไวรัสซี

แสงโสม ศิริพานิช (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มชายที่ประกอบอาชีพ และกลุ่มนักศึกษาชายในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ คือ อายุ

สำเร็จ แสงซื่อ และคนอื่นๆ (2531 : ก) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่ต่างกันมีความสัมพันธ์กับ อายุ

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาต่อไปนี้

จารุณี สุดดี (2537 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อทางสุขภาพกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดจันทบุรี พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์

ประวีต ส่วงวัฒนา และวัลยา คุโรปรภรณ์พงศ์ (2531 : 352) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของประชาชนที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ไม่แตกต่างกัน

พนมศรี เสาร์สาร (2532 : 54) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของหญิงบริการในเขต กรุงเทพฯ พบว่าอายุของหญิงบริการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

ยมศิริ นาวานุรักษ์ (2535 : ก - ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษา ที่มีต่อพฤติกรรมมารดา ในการป้องกันการกลับซ้ำของโรคทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก กองตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลภูมิพล พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของมารดาเพื่อ ป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก

สุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532 : 77) ได้ศึกษาความเชื่อทางสุขภาพและการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ พบว่าอายุไม่เป็นผลให้หญิงอาชีพพิเศษมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคแตกต่างกัน

เอ็อมพร กาญจนรังสิขัย (2532 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดในทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการรักษายาขึ้นตอนมีจำนวน 100 คน พบว่า ผู้เสพยาเสพติดที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

เพศ

เอลเซ็น และคนอื่น ๆ (Elsen and others. 1985 : 185 - 210) ได้ทำการวิจัยโดยทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษา ตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันการตั้งครรภ์

เน็ญประภา ศิริโรจน์ (2536 : ก - ข) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน ของเด็กนักเรียนในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน

สุวิชา จันทร์สุริยกุล (2536 : ก - ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : ข) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีไวรัสซี ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบบีไวรัสซี

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาต่อไปนี้

เอ็อมพร กาญจนรังสิขัย (2532 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดในทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการรักษายาขึ้นตอนมีจำนวน 100 คน พบว่า ผู้เสพยาเสพติดที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ไม่แตกต่าง

ฐานะเศรษฐกิจ

แก้วตะวัน ต่วนชะเอม (2536 : ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี พบว่ารายได้ของครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์

จารุณี สุดดี (2537 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดจันทบุรี พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นงมล สิ้นสุพรรณ (2528 : ก - ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารดา ในการพาเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรค ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า มารดาที่มีเศรษฐกิจค่อนข้างดี จะพาบุตรไปรับวัคซีนจนครบมากกว่า

พัชรินทร์ บางท่าไม้ (2535 : ก - ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของพนักงานและคนงานชาย ในโรงงานอุตสาหกรรม ในจังหวัดสระบุรี พบว่ารายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของโรคเอดส์

มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดเชียงราย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

คันสนิ นันธิศรี (2536 : ก - ข) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มนักศึกษาชายระดับปริญญาตรี วิศวกรรมศาสตร์ สาขาชีวศึกษา และสายอุดมศึกษา เขตกรุงเทพฯ พบว่า ปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

สมทรง ศุภศิลป์ (2526 : ก - ข) ได้ศึกษาความเชื่อ และปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 286 คน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทิศทางเดียวกัน คือ รายได้ครัวเรือนต่อปีของมารดา

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : ข) ได้ศึกษาความรู้ เรื่องโรค ความเชื่อทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ในกลุ่มมารดาของผู้ป่วยโรคตับอักเสบ บี ณ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค

แสงโสม ศิริพานิช (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาความรู้ หักคนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มนักศึกษา และกลุ่มประกอบอาชีพในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ คือ รายได้

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาต่อไปนี้

จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรค กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในวัยรุ่น

พนมศรี เสาร์สาร (2532 : 54) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงบริการ ในเขตกรุงเทพฯ พบว่ารายได้ของหญิงบริการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

ยมศิริ นาวานุรักษ์ (2535 : ก - ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโครงการสุศึกษาที่มีพฤติกรรมมารดา ในการป้องกันการกลับซ้ำของโรคหอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก กองตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำของเด็ก

ศศธร ภัทร์เมธิศร์ (2533 : ก - ข) ได้ศึกษาความรู้ หักคนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า สตรีมีครรภ์ที่มีรายได้ครอบครัว 6,001 บาท ต่อเดือนขึ้นไปมีการปฏิบัติตนไม่แตกต่างกับสตรีมีครรภ์ที่มีรายได้น้อยกว่านี้

เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย (2532 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการรักษาในสถานพิษ พบว่า ผู้เสพยาเสพติดที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

แก้วตะวัน ต่วนชะเอม (2536 : ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พนมศรี เสาร์สาร (2532 : ก) ได้ศึกษานฤติกรรมกาป้องกันกาติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงบริการ ในเขตกรุงเทพฯ พบว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัชรินทร์ บางท่าไม้ (2535 : ก - ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของพนักงาน และคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสระบุรี พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัฒนา วุฒิวรรณ (2532 : 62) ได้ศึกษาการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันกาโรค และโรคเอดส์ ในกลุ่มชายที่มีอัตราเสี่ยงสูง ณ ศูนย์กาโรค เขต 3 จังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย

ศิริพร พงษ์นาคา (2532 : 87) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค ในมารดาหลังคลอดที่เป็นมาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่โรงพยาบาลศิริราช รมากิจบดี และจุฬาลงกรณ์จำนวน 200 คน พบว่า ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรรงค์กฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2534 : ก - ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้คุมกน ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในจังหวัดลาปาง พบว่า การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้

สุมาลี โพธิ์ทอง (2528 : ข) ได้ศึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันโรคของนักเรียนชาย เปรียบเทียบระหว่างนักเรียนอาชีวศึกษา กับนักเรียนมัธยมปลาย ในกรุงเทพฯ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอาชีวศึกษา และนักเรียนมัธยมศึกษา มีผลต่อการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัย

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : 8) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความรู้ทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรค ในกลุ่มมารดาของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำเร็จ แสงชื่อ และคนอื่นๆ (2531 : 66) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของชายที่มารับบริการตรวจรักษาโรค ที่ศูนย์ ความโรคเขต 3 จังหวัดชลบุรี พบว่ากลุ่มชายที่ใช้ถุงยางอนามัยมีความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาดังต่อไปนี้

บุษมา ศิริชัย (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสามี ที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 พบว่า ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

นิยุष्มา มั่นเกษตรกิจ (2535 : ง - ฉ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในทหารเกณฑ์กองบิน 41 จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์ในการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

คันสนีย์ นันธิศรี (2536 : ก - ข) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มนักศึกษาชายระดับปริญญาตรี วิศวกรรมศาสตร์ สาย อาชีวศึกษา และสายอุดมศึกษา ในเขตกรุงเทพฯ พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

อัญชลี สิงหนุต (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของนักศึกษาชายระดับอาชีวศึกษา ในเขต กรุงเทพฯ พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

คummings (Cumming. 1979 : 639 - 649) ได้ศึกษาเรื่องการตัดสินใจไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่า ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

จารุณี สุดดี (2537 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของหญิงอาชีพพิเศษ ในจังหวัดจันทบุรี พบว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิตยา อังกาบบุรณะ (2527 : 83) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจวาย พบว่า ความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนแบบทิศทางเดียวกัน

พนมศรี เสาร์สาร (2532 : ก) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงบริการในเขตกรุงเทพฯ พบว่า ความเชื่อทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฐชนา มั่นเกษตรกิจ (2535 : ง - จ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในทหารเกณฑ์กองบิน 41 จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความเชื่อทางสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : 35) ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตความรับผิดชอบของสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จำนวน 218 คน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เญ็ญประกาย ศิริโรจน์ (2536 : ก - ข) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน ของเด็กวัยเรียน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน

ศิริพร พงษ์โกคา (2532 : 79) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรค ไวรัสตับอักเสบบี ที่โรงพยาบาลศิริราช รามาธิบดี และจุฬาลงกรณ์จำนวน 200 คน พบว่า ความเชื่อทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุัญญา แรงคำพิชัย (2532 : ก - ข) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : ข) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี ที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมฤดี ธีระปาละ (2536 : ก - ข) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ของประชาชนบ้านโคกสะแบง จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า องค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ

ธีธัมพร กาญจนรังสฤษดิ์ (2532 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดในทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการรักษายันตอนนิษ จำนวน 100 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ดังต่อไปนี้

บ็อบเดนไฮเมอร์ และคนอื่น ๆ (Bodenheimer and others. 1986 : 252 - 255) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันตับอักเสบบี ในบุคคลากรทางการแพทย์ พบว่า ความรู้เรื่องวัคซีน ความรู้เกี่ยวกับโรคตับอักเสบบี ไม่มีผลต่อการยอมรับการฉีดวัคซีน และไม่มีผลต่อสาหรับผู้ปฏิเสธการฉีดวัคซีน

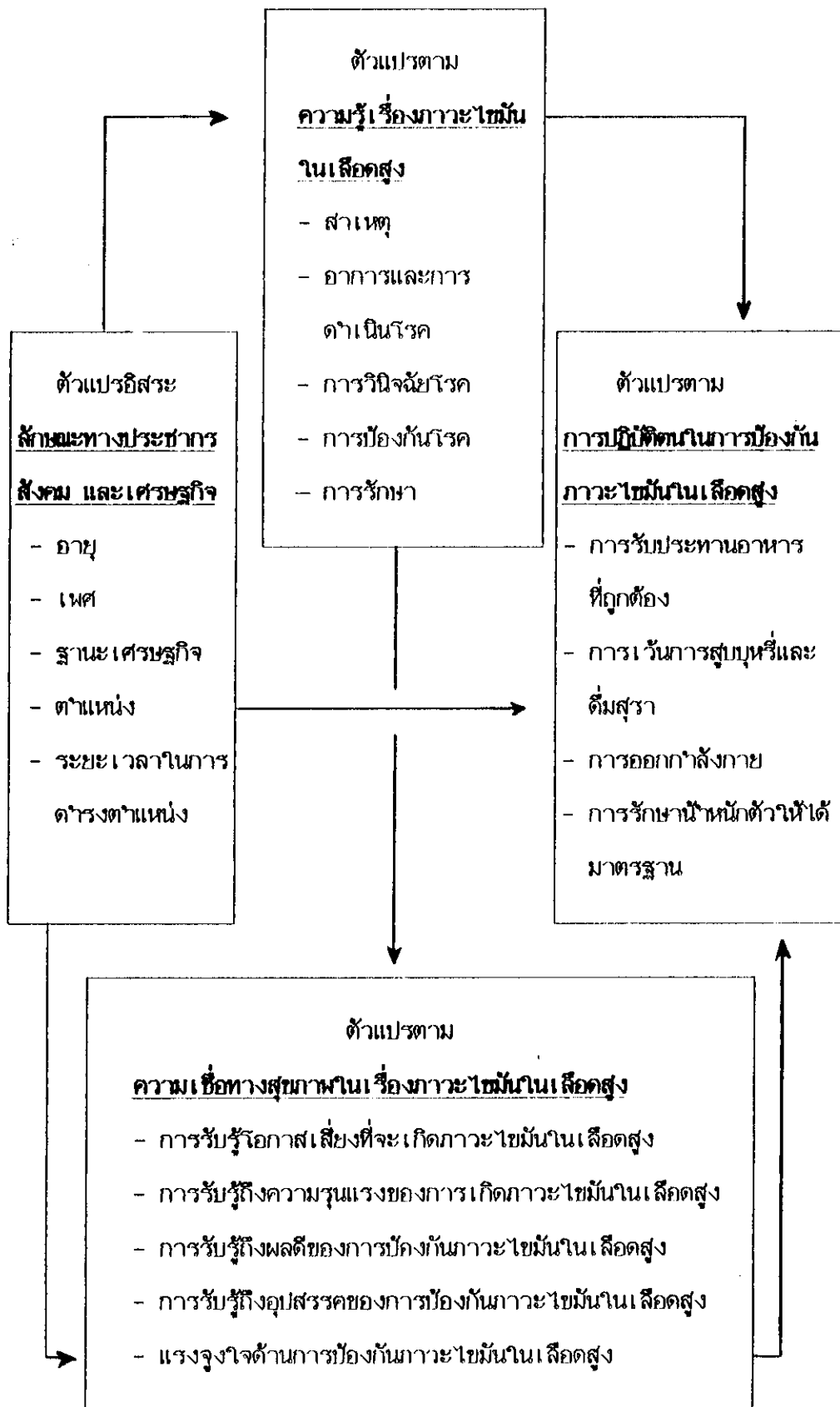
นิมพรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่นๆ 2531 : 67-69) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ความต้องการทางสุขภาพ กับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ในเขตกรุงเทพฯ ซึ่งพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มผู้ติดยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคเอดส์ สำหรับหญิงอาชีพพิเศษ และกลุ่มชายอาชีพพิเศษ

สรรงค์กัญณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม สุขศึกษา ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้นำชุมชน ในการป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อำเภอสามง่าม จังหวัดลำปาง พบว่า ความเชื่อทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคกับความเชื่อทางสุขภาพ

พิภุชณา มั่นเกษตรกิจ (2535) : ง - จ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการติดเชื้อโรคเอดส์ ในทหารเกณฑ์กองบิน 41 จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หรรษา เทียนทอง (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์ กับการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ดี จะมีการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ที่ต่ำด้วย



ภาพประกอบ 2 กรณศึกษาในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารการวิจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทย ทำให้ผู้วิจัยสามารถนำมาตั้งสมมติฐานได้ดังต่อไปนี้

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
2. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
3. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
4. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีเพศต่างกัน มีความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
5. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีเพศต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
6. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
7. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
8. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
9. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
10. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีตำแหน่งต่างกัน มีความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
11. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีตำแหน่งต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
12. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีตำแหน่งต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

13. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
14. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
15. ผู้บริหารโรงเรียนที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีกาปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
16. ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
17. ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
18. ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขต กรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ หรือ อาจารย์ใหญ่ หรือ ครูใหญ่ ผู้ช่วยฝ่ายบริหาร ผู้ช่วยฝ่ายวิชาการ ผู้ช่วยฝ่ายธุรการ และ ผู้ช่วยฝ่ายปกครอง รวมโรงเรียนละ 5 คน โรงเรียนมัธยมศึกษาทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร มีพุทธศักราช 2537 มีจำนวน 115 โรงเรียน รวมเป็นประชากรทั้งหมด 575 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขต กรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ประจำปีพุทธศักราช 2537 โดยการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของ ยามาเน่ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2533 : 96 ; อ้างอิงมาจาก Yamanae. 1967 : 886) ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ .05 ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทนขนาดของกลุ่มประชากร

e แทนความคลาดเคลื่อนเท่าที่จะยอมรับได้ (ในการศึกษานี้ = 0.05)

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า} \quad n &= \frac{575}{1 + 575(0.05)^2} \\ &= 236 \end{aligned}$$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. การแบ่งกลุ่มโรงเรียนมัธยมศึกษา ของกรมสามัญศึกษา (ส่วนกลาง) กระทรวงศึกษาธิการ เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ในปทุมศักราช 2537 เป็น 8 กลุ่มโรงเรียน มีจำนวนกลุ่มโรงเรียนละ 12-19 โรงเรียน ซึ่งในแต่ละกลุ่มโรงเรียนนั้น จะมีพื้นที่ที่อยู่เขตใกล้เคียงกันเป็นเกณฑ์ ไม่ได้ยึดลักษณะเฉพาะต่างๆของโรงเรียน จึงถือได้ว่าในแต่ละกลุ่มโรงเรียนมีลักษณะใกล้เคียงกัน เนื่องจากลักษณะต่างๆของโรงเรียนมีการกระจายทั่ว ๆ ไปในกลุ่มประชากรทั้งหมด ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา
(ส่วนกลาง) จำแนกตามกลุ่มโรงเรียน

กลุ่มโรงเรียน	ประชากร		กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวนโรงเรียน	จำนวนผู้บริหาร	จำนวนโรงเรียน	จำนวนผู้บริหาร
กลุ่ม 1	15	75	15	75
กลุ่ม 2	13	65	-	-
กลุ่ม 3	12	60	12	60
กลุ่ม 4	14	70	14	70
กลุ่ม 5	19	95	-	-
กลุ่ม 6	15	75	-	-
กลุ่ม 7	15	75	15	75
กลุ่ม 8	12	60	-	-
รวม	115	575	56	280

2. คำนวณกลุ่มโรงเรียนที่จะศึกษา โดยนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างหารด้วย 5 (โรงเรียนละ 5 คน) จะได้จำนวนโรงเรียน $\frac{236}{5} =$ ประมาณ 47 โรงเรียน คิดเป็นจำนวนกลุ่มโรงเรียนที่ต้องสุ่มตัวอย่างออกมานในการศึกษาคั้งนี้ เท่ากับประมาณ 4 กลุ่มโรงเรียน ดังปรากฏตามตาราง 10 แต่เมื่อได้คัดเลือกแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ ปรากฏว่า ได้กลุ่มตัวอย่าง 208 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อคำถาม (10 คน) อีกส่วนหนึ่งไม่ส่งแบบสอบถามกลับมา (45 คน) และเคยตรวจพบระดับไขมันในเลือดสูง (17 คน) คิดเป็นแบบสอบถามที่สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้ร้อยละ 88.14

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ ฐานะเศรษฐกิจ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งลักษณะแบบทดสอบเป็นคำถามที่ให้นักกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ (ข้อสอบปรนัย) แต่ละข้อมีตัวเลือก 4 ตัว ให้เลือกตอบข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว ข้อคำถามประกอบด้วย สาเหตุของโรค อาการ และการดำเนินโรค การวินิจฉัยโรค การป้องกันโรค และการรักษาโรค รวมทั้งสิ้น จำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ ไมแมน และคนอื่นๆ (Maiman and others) และแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker) เป็นพื้นฐานและแนวทางในการสร้าง มี 5 อันดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบข้อละ 1 อันดับ มีทั้งข้อความในด้านบวกและลบ ประกอบด้วย 5 ด้านคือ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ถึงผลดีของการป้องกันโรค ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านการป้องกันโรค รวมทั้งสิ้น 16 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติตน ในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมี 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่เคยปฏิบัติเลย ประกอบด้วยข้อคำถามการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การออกกำลังกาย และการรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการป้องกันโรค ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ การรับรู้ และการปฏิบัติ นำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีสร้างแบบสอบถาม จากหนังสือและเอกสาร
3. สร้างแบบสอบถาม แล้วนำแบบสอบถามที่สร้างไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาในขั้นต้นตรวจ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข และหาคุณภาพของเครื่องมือ

เกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบทดสอบความรู้ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด หรือไม่ตอบจะให้เป็น 0 คะแนน
2. แบบสอบถามความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ให้คะแนนเป็นรายข้อดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเลย ถ้าข้อความที่มีความหมายทางบวกได้ 1 คะแนน มีความหมายทางลบได้ 5 คะแนน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบ ถ้าข้อความมีความหมายทางบวกได้ 2 คะแนน มีความหมายทางลบได้ 4 คะแนน

ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ ถ้าข้อความที่มีความหมายทางบวก จะได้ 3 คะแนน เท่ากับข้อความที่มีความหมายทางลบ

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ ถ้าข้อความมีความหมายทางบวกจะได้ 4 คะแนน ถ้ามีความหมายทางลบได้ 2 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบอย่างยิ่ง ถ้าข้อความมีความหมายทางบวกได้ 5 คะแนน ถ้ามีความหมายทางลบได้ 1 คะแนน

3. แบบสอบถามการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ให้คะแนนเป็นรายข้อดังนี้

	การปฏิบัติทางบวก	การปฏิบัติทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	1	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0	2

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ตามลำดับ ต่อไปนี้ คือ

1. นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 5 ท่าน โดยใช้เกณฑ์กำหนดคะแนนความคิดเห็นดังนี้

- คะแนน 1 สำหรับแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา
- คะแนน 0 สำหรับแบบสอบถามที่ไม่แน่ใจว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา
- คะแนน -1 สำหรับแบบสอบถามที่ไม่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละข้อ แล้วนำไปหาค่าตรงรชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

2. ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำเสนอให้อาจารย์ผู้ควบคุมปริญญาโทตรวจสอบพิจารณาอีกครั้ง

3. การหาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา (ส่วนกลาง) กระทรวงศึกษาธิการ ในกลุ่มโรงเรียนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำแบบทดสอบความรู้ที่ผ่านการทดลองแล้วมาตรวจให้คะแนน ทำการวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) เพื่อหาค่าความยาก (Difficulty) และหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยการตรวจให้คะแนน ข้อที่ถูกทำให้ 1 คะแนน แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้เทคนิค 50 - 50 มาหาค่าความยากและค่าอำนาจจำแนก โดยใช้เกณฑ์ค่าความยากของข้อสอบที่ใช้ได้คือ 0.20 - 0.80 ค่าอำนาจจำแนกที่ใช้ได้ คือ ค่าตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป นำแบบสอบถามวัดความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติ มาหาค่าอำนาจจำแนกของคำถามเป็นรายข้อ โดยใช้เทคนิคร้อยละ 25 ของเอ็ดเวิร์ด (Edward) แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t - test) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่ใช้ได้ คือ ข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับหรือมากกว่า 1.75 ขึ้นไป

4. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

4.1 นำแบบทดสอบความรู้ที่มีค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับโดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.70

4.2 นำแบบสอบถามความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติ มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.67 และ 0.72 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยัง กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ เพื่อส่งหนังสือแนบพร้อมกับแบบสอบถามไปยังผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา (ส่วนกลาง)

เฉพาะในเขตกรุงเทพฯ 4 กลุ่มโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่ม 1, 3, 4 และ 7
เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมกับหนังสือไปทางไปรษณีย์ พร้อมกับซองที่ติดแสตมป์แล้ว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างส่งกลับมายังผู้วิจัย
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำผลมาวิเคราะห์

วิธีการหาข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม แล้วคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อความแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุด ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ในการคำนวณค่าความถี่ และร้อยละ แยกตามเพศ อายุ ฐานะ เศรษฐกิจ ตำแหน่ง และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง นำมาเสนอในตารางประกอบความเรียง
4. แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ที่ตรวจสอบให้คะแนนแล้ว นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ รวมคะแนนที่ได้หาค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) นำมาเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

การประเมินระดับความรู้ ผู้วิจัยยึดเกณฑ์การประเมินผลของกรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ พุทธศักราช 2521 (ฉบับปรับปรุง 2532) (2532 : 420 - 421) ว่าด้วยระเบียบการประเมินผลการเรียนตามหลักสูตรประถมศึกษา พุทธศักราช 2521 หมวด 2 วิธีการประเมินผลการเรียน ในข้อ 5 ซึ่งกำหนดระดับผลการเรียนไว้ดังนี้

ระดับ 4 ดีมาก	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ระดับ 3 ดี	ได้คะแนนระหว่าง 70 - 79
ระดับ 2 ค่อนข้างดี	ได้คะแนนระหว่าง 60 - 69
ระดับ 1 พอใช้	ได้คะแนนระหว่าง 40 - 59
ระดับ 0 ควรแก้ไข	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 40

5. แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อทางสุขภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) นำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง การประเมินระดับความเชื่อทางสุขภาพโดยส่วนรวม อาศัยคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของ เบสท์ (Best. 1963 : 257) มาดัดแปลงใช้กับความเชื่อทางสุขภาพ ดังนี้

ระดับความเชื่อทางสุขภาพ	
ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00	ดีมาก
ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49	ดี
ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49	ค่อนข้างดี
ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49	พอใช้
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49	ควรแก้ไข

6. แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ผู้วิจัยนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) นำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง การประเมินระดับการปฏิบัติโดยส่วนรวม อาศัยคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของ เบสท์ (Best. 1963 : 159) มาใช้ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	
ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00	ดีมาก
ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.33	พอใช้
ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66	ควรปรับปรุง

7. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตน ตามตัวแปร เพศ อายุ ฐานะเศรษฐกิจ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง โดยการทดสอบค่าสถิติที (t - test) และทดสอบค่าสถิติเอฟ (F - test)

8. หาคความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติตน ความเชื่อทางสุขภาพกับการปฏิบัติตน และความรู้กับความเชื่อทางสุขภาพ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 หาค่าเฉลี่ย โดยใช้สูตร (คูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 74)

$$\bar{x} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ \bar{x} แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.2 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2531 : 259)

$$p = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ p แทน ร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยวิธีสูตร (บุตรี วงศ์รัตน์. 2534 : 79)

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

- เมื่อ S.D. แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum x)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงผิวนิจ (Face Validity) โดยวิธีสูตร (นางรัตน์ ทวีรัตน์. 2533 : 124)

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

- เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
 $\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดของผู้เชี่ยวชาญ
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าความยาก (Difficulty) ของแบบทดสอบความรู้ โดยวิธีสูตร (นางรัตน์ ทวีรัตน์. 2533 : 136)

$$P = \frac{R}{N}$$

- เมื่อ P แทนค่า ความยาก
 R แทนค่า จำนวนคนที่ทำข้อนั้นถูก
 N แทนค่า จำนวนคนที่ทำข้อนั้นทั้งหมด

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบวัดความรู้ โดยผู้ใช้เทคนิคร้อยละ 50 โดยผู้ใช้สูตร (อุทุมพร จามรมาร. 2535 : 61)

$$r = \frac{H - L}{n_1}$$

- เมื่อ r แทนค่า อำนาจจำแนก
 H แทนค่า จำนวนคนตอบถูกในกลุ่มคะแนนสูง
 L แทนค่า จำนวนคนตอบถูกในกลุ่มคะแนนต่ำ
 n₁ แทนค่า จำนวนคนในกลุ่มคะแนนสูงหรือต่ำกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

2.4 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้ทั้งฉบับโดยผู้ใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (ระวีวรรณ ชินะตระกูล. 2533 : 60 - 61)

$$r_{tt} = \frac{K}{K-1} \left| 1 - \frac{pq}{S_t^2} \right|$$

- เมื่อ r_{tt} แทน ความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ
 K แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม
 S_t² แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ
 p แทน สัดส่วนของการตอบถูกในแต่ละข้อ

$$p = \frac{\text{จำนวนคนที่ตอบถูก}}{\text{จำนวนคนทั้งหมด}}$$

 q แทน สัดส่วนของการตอบผิดในแต่ละข้อ หรือเท่ากับ 1-p

2.5 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดความเชื่อทางสุขภาพและการปฏิบัติตน โดยใช้เทคนิคร้อยละ 25 ของเอ็ดเวิร์ด (Edward) แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t - test) โดยใช้สูตร (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 114 - 116)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2 + S_L^2}{n}}}$$

- เมื่อ \bar{X}_H แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้คะแนนสูง
 \bar{X}_L แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำ
 S_H แทน ความแปรปรวนของกลุ่มที่ได้คะแนนสูง
 S_L แทน ความแปรปรวนของกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำ
 n แทน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละกลุ่มซึ่งเท่ากัน

2.6 หาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามวัดความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (ระวีวรรณ ชินะตระกูล. 2533 : 63)

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

- เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
 K แทน จำนวนข้อสอบ
 S_i แทน ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
 S_t แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ
 $\sum S_i$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตน ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4, 5, 6 คือ การทดสอบค่าสถิติที (t - test) โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 177)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} \right] + \left[\frac{s_2^2}{n_2} \right]}{\frac{1}{n_1 - 1} + \frac{1}{n_2 - 1}}$$

t	แทน ค่าเฉลี่ยที่ใช้พิจารณาใน t - Distribution
\bar{X}_1, \bar{X}_2	แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
s_1, s_2	แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
n_1, n_2	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
df	แทน ชั้นของความอิสระ

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติ ของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1,2,3,7,8,9,10,11,12,13,14 และ 15 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 249)

$$F = \frac{MS_b}{MS_w}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F - Distribution
 MS_b แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกยกกำลังสอง (Mean Square) ระหว่างกลุ่ม
 MS_w แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกยกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน - คูลส์ (Newman - Kuels Method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 268)

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

เมื่อ q แทน q - Statistic ที่ได้จากตาราง
 MS_w แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม
 \tilde{n} แทน จำนวนคนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่นำมาเทียบ

3.3 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติตน ความเชื่อทางสุขภาพกับการปฏิบัติตน และความรู้กับความเชื่อทางสุขภาพ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยใช้ทดสอบสมมติฐานที่ก 16,17 และ 18 (คู่มือวิจัยทางสังคม. 2534 : 322)

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

- ให้ r แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร 2 ตัว
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด X
 $\sum Y$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด Y
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง
 $\sum Y^2$ แทน ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
 $\sum XY$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y
 N แทน จำนวนคน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกันในการแปลความหมายการวิเคราะห์

ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

\bar{X}	แทน ค่าเฉลี่ย
N	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
S.D.	แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบที (t - distribution)
F	แทน ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบเอฟ (F - distribution)
df	แทน ชั้นแห่งความอิสระ
SS	แทน ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
q	แทน q - Statistic
r	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวของเพียร์สัน
*	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
***	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส พี ซี (SPSS/PC⁺ : Statistical Package for the Social Sciences/ Personal Computer Plus) ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร เสนอเป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 11

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร โดยแสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแสดงระดับความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ดังปรากฏตามตาราง 12

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และฐานะเศรษฐกิจ โดยการทดสอบค่า t (t - test) และค่าสถิติเอฟ (F - test) ดังปรากฏตามตาราง 13 - 22

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 23

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และฐานะเศรษฐกิจ

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	138	66.30
หญิง	70	33.70
รวม	208	100.00
อายุ		
20 - 30 ปี	2	1.00
31 - 40 ปี	15	7.20
41 - 50 ปี	79	38.00
51 ปีขึ้นไป	112	53.80
รวม	208	100.00

ตาราง 11 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
ผู้อำนวยการ หรืออาจารย์ใหญ่ หรือครูใหญ่	26	12.50
ผู้ช่วยวิชาการ	48	23.10
ผู้ช่วยฝ่ายบริการ	44	21.20
ผู้ช่วยฝ่ายธุรการ	45	21.60
ผู้ช่วยฝ่ายปกครอง	45	21.60
รวม	208	100.00
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง		
น้อยกว่า 5 ปี	70	33.70
5 - 9 ปี	39	18.80
10 - 15 ปี	38	18.30
15 ปีขึ้นไป	61	29.30
รวม	208	100.00

ตาราง 11 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ฐานะเศรษฐกิจ		
น้อยกว่า 12,000 บาทต่อเดือน	1	0.50
12,000 ขึ้นไป - 16,000 บาทต่อเดือน	16	7.70
16,000 ขึ้นไป - 20,000 บาทต่อเดือน	28	13.50
20,000 ขึ้นไป - 24,000 บาทต่อเดือน	38	18.30
มากกว่า 24,000 บาทต่อเดือน	125	60.10
รวม	208	100.00

จากตาราง 11 แสดงว่า เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร มีจำนวน 208 คน เป็นผู้ชาย 138 คน คิดเป็นร้อยละ 66.30 ผู้หญิง 70 คน คิดเป็นร้อยละ 33.70 ด้านอายุของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา พบว่า มีช่วงอายุ 51 ปีขึ้นไป 112 คน คิดเป็นร้อยละ 53.80 ซึ่งเป็นจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ ช่วงอายุ 41 - 50 ปี 79 คน คิดเป็นร้อยละ 38.00 ช่วงอายุ 31 - 40 ปี 15 คน คิดเป็นร้อยละ 7.20 ช่วงอายุ 20 - 30 ปี 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.00 ด้านตำแหน่งของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา พบว่า มีตำแหน่งผู้ช่วยฝ่ายวิชาการ 48 คน คิดเป็นร้อยละ 23.10 ซึ่งเป็นจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ช่วยฝ่ายธุรการและผู้ช่วยฝ่ายปกครอง มีจำนวนตำแหน่งละ 45 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 21.60 ตำแหน่งผู้ช่วยฝ่ายบริการ มีจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 21.20 ตำแหน่งผู้อำนวยการ หรืออาจารย์ใหญ่ หรือครูใหญ่ มีจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 ด้านระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง พบว่า มีระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 33.70 ซึ่งเป็นจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ ระยะเวลา 15 ปีขึ้นไป มีจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 29.30 ระยะเวลา 5 - 9 ปี

มีจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 18.80 ระยะเวลา 10 - 15 ปี มีจำนวน 38 คน คิดเป็น ร้อยละ 18.30 ด้านฐานะเศรษฐกิจ พบว่า มีรายได้มากกว่า 24,000 บาทต่อเดือน จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 60.10 ซึ่งเป็นจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ รายได้ 20,000 ขึ้นไป - 24,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 18.30 รายได้ 16,000 ขึ้นไป - 20,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 13.50 รายได้ 12,000 ขึ้นไป - 16,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70 และรายได้น้อยกว่า 12,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.50

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และการประเมินระดับความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตนของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร

ตาราง 12 คะแนนเต็ม ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนรวมเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร

พฤติกรรม	คะแนนเต็ม	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความรู้	13	11.96	1.04	6.24	2.08	พอใช้
ความเชื่อทางสุขภาพ	5	4.75	3.00	3.83	0.34	ดี
การปฏิบัติ	2	1.83	0.76	1.26	0.24	พอใช้

จากตาราง 12 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 208 มีค่าเท่ากับ 6.24 จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 12 คะแนน คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 1 คะแนน ด้านคะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง มีค่าเท่ากับ 3.83 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.75 คะแนน คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 คะแนน และด้านคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือด เลือดสูงมีค่าเท่ากับ 1.26 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 1.83 และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 0.75 นั่นคือ ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา มีคะแนนความรู้ และการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนคะแนนด้านความเชื่อทางสุขภาพอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งและฐานะเศรษฐกิจ

ตาราง 13 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่อง ภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ระหว่างผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาเพศชาย และเพศหญิง

เพศ	N	\bar{X}	S.D.	t
ความรู้ (ร้อยละ)				
ชาย	138	45.71	15.66	-2.51*
หญิง	70	51.65	16.98	
ความเชื่อทางสุขภาพ				
ชาย	138	3.82	0.35	-0.92
หญิง	70	3.87	0.33	
การปฏิบัติ				
ชาย	138	1.20	0.25	-5.22**
หญิง	70	1.36	0.19	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.013$)

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = 0.000$)

จากตาราง 13 แสดงว่า ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาชายและหญิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ โดยหญิงมีความรู้ และการปฏิบัติดีกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 และ 6 ที่ว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีเพศต่างกัน มีความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ส่วนความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาชายและหญิง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีเพศต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

ตาราง 14 แสดงความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกเป็นจำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามกลุ่มอายุของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา

อายุ	N	\bar{X}	S.D.
ความรู้ (ร้อยละ)			
20 - 30 ปี	2	46.15	0.00
31 - 40 ปี	15	48.72	19.65
41 - 50 ปี	79	50.73	17.87
51 ปีขึ้นไป	112	45.47	14.55
รวม	208	47.71	16.32
ความเชื่อทางสุขภาพ			
20 - 30 ปี	2	3.94	0.62
31 - 40 ปี	15	3.76	0.22
41 - 50 ปี	79	3.83	0.39
51 ปีขึ้นไป	112	3.84	0.33
รวม	208	3.83	0.34
การปฏิบัติ			
20 - 30 ปี	2	1.42	0.24
31 - 40 ปี	15	1.23	0.26
41 - 50 ปี	79	1.23	0.23
51 ปีขึ้นไป	112	1.28	0.25
รวม	208	1.26	0.24

จากตาราง 14 แสดงว่า เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรอายุ พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีอายุ 51 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากที่สุดคือ 112 คน มีคะแนน ความรู้ร้อยละ 45.47 (S.D. = 14.55) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.84 (S.D. = 0.33) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.28 (S.D. = 0.25) รองลงมาคือช่วงอายุ 41 - 50 ปี มีจำนวน 79 คน มีคะแนนความรู้ร้อยละ 50.73 (S.D. = 17.87) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.83 (S.D. = 0.37) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.23 (S.D. = 0.23) ช่วงอายุ 31 - 40 ปี มีจำนวน 15 คน มีคะแนนความรู้ร้อยละ 48.72 (S.D. = 19.65) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.76 (S.D. = 0.22) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.23 (S.D. = 0.26) ช่วงอายุ 20 - 30 ปี มีจำนวน 2 คน มีคะแนนความรู้ร้อยละ 46.15 (S.D. = 0.09) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.94 (S.D. = 0.62) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.42 (S.D. = 0.24) ซึ่งทุกกลุ่มอายุ เมื่อประเมินระดับความรู้แล้ว พบว่าอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อประเมินระดับความเชื่อทางสุขภาพแล้ว พบว่าอยู่ในระดับดี และเมื่อประเมินระดับการปฏิบัติตนแล้ว พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้นกลุ่มอายุ 20 - 30 ปี อยู่ในระดับดีมาก

ตาราง 15 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพใน เรื่องภาวะ
ไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหาร
โรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีอายุต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	3	1304.19	434.73	1.65
ภายในกลุ่ม	204	53815.29	263.80	
รวม	207	55119.48		
ความเชื่อทางสุขภาพ				
ระหว่างกลุ่ม	3	0.11	0.04	0.31
ภายในกลุ่ม	204	24.08	0.12	
รวม	207	24.19		
การปฏิบัติตน				
ระหว่างกลุ่ม	3	0.16	0.05	0.90
ภายในกลุ่ม	204	11.88	0.06	
รวม	207	12.04		

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีอายุต่างกัน มีคะแนนความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1, 2 และ 3 ที่ว่าผู้บริหารโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพใน เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

ตาราง 16 แสดงความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกเป็นจำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามตำแหน่งของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา

ตำแหน่ง	N	\bar{X}	S.D.
ความรู้ (ร้อยละ)			
ผู้อำนวยการ หรืออาจารย์ใหญ่ หรือครูใหญ่	26	47.34	17.09
ผู้ช่วยฝ่ายวิชาการ	48	49.04	16.23
ผู้ช่วยฝ่ายบริการ	44	45.28	17.81
ผู้ช่วยฝ่ายธุรการ	45	51.11	16.82
ผู้ช่วยฝ่ายปกครอง	45	45.47	13.70
รวม	208	47.71	16.32
ความเชื่อทางสุขภาพ			
ผู้อำนวยการ หรืออาจารย์ใหญ่ หรือครูใหญ่	26	3.86	0.31
ผู้ช่วยฝ่ายวิชาการ	48	3.83	0.33
ผู้ช่วยฝ่ายบริการ	44	3.83	0.36
ผู้ช่วยฝ่ายธุรการ	45	3.86	0.31
ผู้ช่วยฝ่ายปกครอง	45	3.86	0.39
รวม	208	3.83	0.34

ตาราง 16 (ต่อ)

ตำแหน่ง	N	\bar{X}	S.D.
การปฏิบัติตน			
ผู้อำนวยการ หรืออาจารย์ใหญ่ หรือครูใหญ่	26	1.31	0.27
ผู้ช่วยวิชาการ	48	1.25	0.24
ผู้ช่วยฝ่ายบริการ	44	1.23	0.25
ผู้ช่วยฝ่ายธุรการ	45	1.27	0.24
ผู้ช่วยฝ่ายปกครอง	45	1.24	0.22
รวม	208	1.26	0.24

จากตาราง 16 แสดงว่า เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่าง ตามตัวแปรตำแหน่ง พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีตำแหน่งผู้ช่วยฝ่ายวิชาการ มีจำนวนมากที่สุด คือ 48 คน มีคะแนนความรู้ร้อยละ 49.04 (S.D. = 16.23) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.83 (S.D. = 0.33) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.25 (S.D. = 0.24) รองลงมาคือ ตำแหน่งผู้ช่วยฝ่ายธุรการ และผู้ช่วยฝ่ายปกครอง มีจำนวน 45 คนเท่ากัน ผู้ช่วยฝ่ายธุรการ มีคะแนนความรู้ร้อยละ 51.11 (S.D. = 16.82) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 36.86 (S.D. = 0.31) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.27 (S.D. = 0.24) ผู้ช่วยฝ่ายปกครอง มีคะแนนความรู้ร้อยละ 45.47 (S.D. = 13.70) มีคะแนนความเชื่อสุขภาพ 3.81 (S.D. = 0.39) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.24 (S.D. = 0.22) ตำแหน่งผู้ช่วยฝ่ายบริการมีคะแนนความรู้ร้อยละ 45.28 (S.D. = 17.81) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.83 (S.D. = 0.36) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.23 (S.D. = 0.25) ตำแหน่งผู้อำนวยการ หรือ อาจารย์ใหญ่ หรือครูใหญ่ มีจำนวน 26 คน มีคะแนนความรู้ร้อยละ 47.34 (S.D. = 17.09) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.86 (S.D. = 0.31) มีคะแนนการปฏิบัติตน

1.31 (S.D. = 0.27) ซึ่งทุกตำแหน่ง เมื่อประเมินระดับความรู้แล้ว พบว่าอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อประเมินระดับความเชื่อทางสุขภาพแล้ว พบว่าอยู่ในระดับดี และเมื่อประเมินระดับการปฏิบัติแล้ว พบว่าอยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 17 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีตำแหน่งต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	4	1094.51	273.63	1.03
ภายในกลุ่ม	203	54024.97	266.13	
รวม	207	55119.48		
ความเชื่อทางสุขภาพ				
ระหว่างกลุ่ม	4	0.07	0.02	0.14
ภายในกลุ่ม	203	24.13	0.12	
รวม	207	24.19		
การปฏิบัติตน				
ระหว่างกลุ่ม	4	0.12	0.03	0.49
ภายในกลุ่ม	203	11.92	0.06	
รวม	207	12.04		

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีตำแหน่งต่างกัน มีคะแนนความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10, 11 และ 12 ที่ว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีตำแหน่งต่างกัน มีความรู้ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

ตาราง 18 แสดงความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกเป็นจำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา

ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง	N	\bar{X}	S.D.
ความรู้ (ร้อยละ)			
น้อยกว่า 5 ปี	70	50.44	17.70
5 - 9 ปี	39	45.56	18.79
10 - 15 ปี	38	45.34	12.99
15 ปีขึ้นไป	61	47.41	14.67
รวม	208	47.71	16.32
ความเชื่อทางสุขภาพ			
น้อยกว่า 5 ปี	70	3.86	0.35
5 - 9 ปี	39	3.81	0.35
10 - 15 ปี	38	3.84	0.31
15 ปีขึ้นไป	61	3.82	0.35
รวม	208	3.83	0.34

ตาราง 18 (ต่อ)

ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง	N	\bar{X}	S.D.
การปฏิบัติตน			
น้อยกว่า 5 ปี	70	1.27	0.21
5 - 9 ปี	39	1.25	0.25
10 - 15 ปี	38	1.24	0.24
15 ปีขึ้นไป	61	1.26	0.27
รวม	208	1.26	0.24

จากตาราง 18 แสดงว่า เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งน้อยกว่า 5 ปี มีจำนวนมากที่สุดคือ 70 คน มีคะแนนความรู้ร้อยละ 50.44 (S.D. = 17.70) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.86 (S.D. = 0.35) มีคะแนนการปฏิบัติ 1.27 (S.D. = 0.21) รองลงมาคือ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง 15 ปีขึ้นไป มีจำนวน 61 คน มีคะแนนความรู้ร้อยละ 47.41 (S.D. = 14.67) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.82 (S.D. = 0.35) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.26 (S.D. = 0.27) ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง 5 - 9 ปี มีจำนวน 39 คน มีคะแนนความรู้ร้อยละ 45.56 (S.D. = 18.79) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.81 (S.D. = 0.35) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.25 (S.D. = 0.25) ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง 10 - 15 ปี มีคะแนนความรู้ร้อยละ 45.34 (S.D. = 12.99) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.84 (S.D. = 0.31) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.24 (S.D. = 0.24) ซึ่งทุกตัวแปรของระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง เมื่อประเมินระดับความรู้แล้ว พบว่าอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อประเมินระดับความเชื่อทางสุขภาพแล้ว พบว่าอยู่ในระดับดี และเมื่อประเมินระดับการปฏิบัติตนแล้ว พบว่าอยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 19 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	3	919.46	306.49	1.15
ภายในกลุ่ม	204	54200.01	265.69	
รวม	207	55119.48		
ความเชื่อทางสุขภาพ				
ระหว่างกลุ่ม	3	0.09	0.03	0.25
ภายในกลุ่ม	204	24.10	0.12	
รวม	207	24.19		
การปฏิบัติตน				
ระหว่างกลุ่ม	3	0.02	0.01	0.10
ภายในกลุ่ม	204	12.02	0.06	
รวม	207	12.04		

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีคะแนนความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13, 14 และ 15 ที่ว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

ตาราง 20 แสดงความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกเป็นจำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามฐานะเศรษฐกิจของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา

ฐานะเศรษฐกิจ	N	\bar{X}	S.D.
ความรู้ (ร้อยละ)			
น้อยกว่า 16,000 บาทต่อเดือน	17	45.25	13.01
16,000 ขึ้นไป - 20,000 บาทต่อเดือน	28	46.43	20.13
20,000 ขึ้นไป - 24,000 บาทต่อเดือน	38	46.15	15.38
มากกว่า 24,000 บาทต่อเดือน	125	48.80	16.14
รวม	208	47.71	16.32
ความเชื่อทางสุขภาพ			
น้อยกว่า 16,000 บาทต่อเดือน	17	3.76	0.35
16,000 ขึ้นไป - 20,000 บาทต่อเดือน	28	3.73	0.41
20,000 ขึ้นไป - 24,000 บาทต่อเดือน	38	3.78	0.28
มากกว่า 24,000 บาทต่อเดือน	125	3.89	0.34
รวม	208	3.83	0.34
การปฏิบัติตน			
น้อยกว่า 16,000 บาทต่อเดือน	17	1.11	0.29
16,000 ขึ้นไป - 20,000 บาทต่อเดือน	28	1.27	0.20
20,000 ขึ้นไป - 24,000 บาทต่อเดือน	38	1.20	0.23
มากกว่า 24,000 บาทต่อเดือน	125	1.29	0.24
รวม	208	1.26	0.24

จากตาราง 20 แสดงว่า เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรฐานะเศรษฐกิจ พบว่าผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 24,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนมากที่สุดคือ 125 คน มีคะแนนความรู้ร้อยละ 48.50 (S.D. = 16.14) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.89 (S.D. = 0.34) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.29 (S.D. = 0.24) รองลงมาคือ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 20,000 ขึ้นไป - 24,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 38 คน มีคะแนนความรู้ร้อยละ 46.15 (S.D. = 15.38) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.78 (S.D. = 0.28) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.20 (S.D. = 0.23) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 16,000 ขึ้นไป - 20,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 28 คน มีคะแนนความรู้ร้อยละ 46.43 (S.D. = 20.13) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.37 (S.D. = 0.41) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.27 (S.D. = 0.20) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 16,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 17 คน มีคะแนนความรู้ร้อยละ 45.25 (S.D. = 13.01) มีคะแนนความเชื่อทางสุขภาพ 3.76 (S.D. = 0.35) มีคะแนนการปฏิบัติตน 1.11 (S.D. = 0.29) ซึ่งทุกตัวแปรของฐานะเศรษฐกิจ เมื่อประเมินระดับความรู้แล้ว พบว่าอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อประเมินระดับความเชื่อทางสุขภาพแล้ว พบว่าอยู่ในระดับดี และเมื่อประเมินระดับการปฏิบัติตนแล้ว พบว่าอยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 21 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะ
ไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหาร
โรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	3	389.45	129.83	0.48
ภายในกลุ่ม	204	54730.10	268.28	
รวม	207	55119.48		
ความเชื่อทางสุขภาพ				
ระหว่างกลุ่ม	3	0.86	0.29	2.51
ภายในกลุ่ม	204	23.33	0.11	
รวม	207	24.19		
การปฏิบัติตน				
ระหว่างกลุ่ม	3	0.62	0.21	3.71**
ภายในกลุ่ม	204	11.41	0.06	
รวม	207	12.04		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = 0.123$)

จากตาราง 21 แสดงว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีฐานะเศรษฐกิจครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีความรู้ และความเชื่อทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 และ 8 ที่ว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้ และความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ส่วนทางด้านการปฏิบัติตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 ที่ว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman - Keuls) ดังปรากฏตาม ตาราง 22

ตาราง 22 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ของคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตนในการ
ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน

ฐานะเศรษฐกิจ	\bar{X}	น้อยกว่า 20,000		มากกว่า 20,000	
		น้อยกว่า 16,000	16,000 - 24,000	16,000 - 20,000	20,000 - 24,000
(บาทต่อเดือน)		1.11	1.20	1.27	1.29
น้อยกว่า 16,000	1.11	-	0.09	0.16	0.18*
20,000 ขึ้นไป - 24,000	1.20		-	0.07	0.09
16,000 ขึ้นไป - 20,000	1.27			-	0.02
มากกว่า 24,000	1.29				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 24,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ดีกว่าผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 16,000 บาทต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา

ตาราง 23 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	ความรู้	ความเชื่อทางสุขภาพ	การปฏิบัติตน
ความรู้	1.00	0.32***	0.27***
ความเชื่อทางสุขภาพ		1.00	0.30***
การปฏิบัติตน			1.00

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p = 0.000$)

จากตาราง 23 แสดงว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา มีคะแนนความรู้กับความเชื่อทางสุขภาพ ความรู้กับการปฏิบัติตน และความเชื่อทางสุขภาพกับการปฏิบัติตน สัมพันธ์กันเชิงนิมิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั่นคือ ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิตแสดงว่า คนที่มีความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงดี ย่อมมีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงดี ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 16, 17 และ 18

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อทราบถึงพฤติกรรมทางด้าน ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
2. เพื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ จำแนกตาม อายุ เพศ ฐานะเศรษฐกิจ ตำแหน่ง และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง
3. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง กับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และความรู้กับความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 208 คน เป็นเพศชาย 138 คน เพศหญิง 70 คน ที่ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาเป็นแบบสำรวจรายการ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบทดสอบมี 4 ตัวเลือก ให้เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส พี ซี (SPSS/Pc+ : Statistical Package for the Social Sciences/Personal Computer Plus) ได้ดำเนินการวิเคราะห์ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา มีการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ นำเสนอเป็นรูปตารางประกอบด้วยคำบรรยาย

2. วิเคราะห์ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ประเมินระดับความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติโดยรวม คิดเป็นค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ นำเสนอในรูปตารางประกอบด้วยคำบรรยาย

3. วิเคราะห์ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ประเมินระดับความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตน จำแนกตามตัวแปรอิสระแต่ละตัว คิดเป็นค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ นำเสนอในรูปตารางประกอบด้วยคำบรรยาย

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพใน เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ตามตัวแปร เพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และฐานะเศรษฐกิจ ดังนี้

4.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4, 5 และ 6

4.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มขึ้นไป โดยการทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว แบบมี 1 ตัวประกอบ (One - Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 และ 15

4.3 เมื่อทดสอบค่าสถิติเอฟ (F-test) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้ค่าสถิติ คิว (q-Statistic) แบบนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls Method)

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ ในเรื่อง ภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง โดยใช้การ ทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 16, 17 และ 18

สรุปผลการค้นคว้า

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารเพศชาย ร้อยละ 66.30 เป็นผู้บริหาร เพศหญิง ร้อยละ 33.70 ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.80 มีอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.10 มี ตำแหน่งเป็นผู้ช่วยฝ่ายวิชาการ ร้อยละ 33.70 มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 60.10 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 24,000 บาทต่อเดือน

สำหรับด้านความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการ ปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ปรากฏผล ดังนี้

1. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่มีความรู้และการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับดี
2. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ชายและหญิง มีความรู้ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีความรู้ดีกว่าเพศชาย
3. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ชายและหญิง มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน
4. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ชายและหญิง มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเพศหญิงมีการปฏิบัติตนดีกว่าเพศชาย
5. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน
6. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน
7. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน
8. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน
9. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน
10. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้บริหารที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 24,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติตนดีกว่าผู้บริหารที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 16,000 บาทต่อเดือน
11. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีตำแหน่งต่างกัน มีความรู้ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน
12. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีตำแหน่งต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน

13. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีตำแหน่งต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน
14. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีความรู้ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน
15. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน
16. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน
17. ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
18. ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
19. ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตกับความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา จะเห็นได้ว่า

1. ลักษณะทั่วไปของประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 51 ปีขึ้นไป มีตำแหน่งเป็นผู้ช่วยฝ่ายวิชาการ มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งน้อยกว่า 5 ปี รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 24,000 บาทต่อเดือน

จากการศึกษาผลการวิเคราะห์ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัศึกษามีความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 46.15 (คะแนนเฉลี่ย = 6.20)

ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์พอใช้ แสดงว่าผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษายังขาดความรู้ความเข้าใจในระดับที่ดีพอ ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจาก ได้รับการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารทางด้านนี้ไม่มากนัก เนื่องจากมีข้อจำกัดของการร่วมมือประสานงานกันของกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงศึกษาธิการ เหตุผลอาจเป็นเพราะขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่จะออกมาเผยแพร่ความรู้ หรือให้คำแนะนำนอกสถานที่ได้ และผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาเองก็ต้องใช้เวลาราชการในการปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถเข้าไปรับทราบข้อมูลข่าวสารจากแหล่งบริการสาธารณสุขได้ ประกอบกับสื่อความรู้ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหนังสือ เอกสาร แผ่นพับต่างๆ ที่รวิทย์ ฯลฯ ยังมีการเผยแพร่ความรู้ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่มากนัก หรืออาจจะมีมากพอระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ได้รับความสนใจมากนัก อาจเนื่องมาจากผู้บริหารเองยังไม่ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงมากนัก เพราะถึงแม้ว่าภาวะไขมันในเลือดสูงจะก่อให้เกิดโรคร้ายแรง ที่ทำให้มีอันตรายต่อสุขภาพถึงขั้นเสียชีวิตได้ แต่ก็ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่นโรคติดเชื้อต่าง ๆ หรืออาจเป็นเพราะว่าผู้บริหารมีความเคยชินในการปฏิบัติหน้าที่ในเวลาราชการ จึงทำให้ใช้เวลาว่างที่เหลือในการพักผ่อนทางสมองมากกว่าที่จะหาความรู้ในเรื่องนี้

ด้านความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 3.84 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ดี แสดงว่ามีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และแรงจูงใจด้านการป้องกันโรค โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี แสดงว่าผู้บริหารโรงเรียนมัศึกษามีการรับรู้ที่ดี อาจเนื่องมาจากผู้บริหารโรงเรียนมัศึกษามีการศึกษาที่จัดอยู่ในระดับสูง คือ ระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีการคิดอย่างมีเหตุผล และมีวิจรรย์ญาณที่ดีพอในการเลือกรับรู้สิ่งต่าง ๆ ในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ก่อให้เกิดความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงที่ดีได้

✓ ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา มีคะแนนการปฏิบัติตนเฉลี่ย 1.26 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์พอใช้ แสดงว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ยังไม่มีการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเว้นการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐานโดยรวม อยู่ในระดับที่ดีพอ

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นเรื่องของกิจวัตรประจำวัน หรือการดำเนินชีวิตที่อาจ จะปฏิบัติกันจนเคยชิน ยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้อย่างง่ายๆ เช่นผู้บริหารโรงเรียนอาจจะมีความ ทอรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มีไขมันอิ่มตัว มีเวลาน้อย จึงไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย มีงาน เลี้ยงที่ต้องพบปะสังสรรค์กันบ่อย ทำให้มีโอกาสในการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา เป็นต้น

2. ผลการเปรียบเทียบ ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ เพศ สถานะเศรษฐกิจ ตำแหน่ง และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง

2.1 ผลการเปรียบเทียบ ผู้บริหารโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เรื่องภาวะ ไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้บริหารโรงเรียนที่มีอายุ ต่างกัน มีความรู้ เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณิกา เรืองสีจ (2533 : ก - ข) ที่ทำการศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชนไทย พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร พันธุ์เมธีศรี (2533 : ก) ที่ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ หัดคนคิด และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของสตรีมีครรภ์ พบว่าสตรีมีครรภ์ที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พงษ์รัตนา (2532 : 76 - 77) ที่ทำการศึกษาเรื่องความรู้เรื่องโรค ความเชื่อทางสุขภาพ และการ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากผลการศึกษาค้นคว้านี้ พอจะสรุปได้ว่าอายุ ไม่เข้าปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความรู้ เนื่องจากอาจต้องมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ระดับการศึกษา หรือประสบการณ์ที่ได้รับมาจากบุคคล หรือสื่อต่าง ๆ และในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้ทำการศึกษาใน ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาใกล้เคียงกันมาก มีประสบการณ์ หรือ สภาพแวดล้อมในการทำงานคล้ายคลึงกัน คือทำงานในการบริหารการศึกษาเหมือนกัน ประกอบ กับในการศึกษาค้นคว้านี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุใกล้เคียงกันมาก คือ มีอายุ 51 ปี ขึ้นไป ถึงร้อยละ 53.80 ซึ่งจากที่กล่าวมา อาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ได้ผลการศึกษาค้นคว้าว่า ผู้บริหารโรงเรียน ที่มีอายุ ต่างกัน มีความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.2 ผลการเปรียบเทียบ ผู้บริหารโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อทาง สุขภาพ ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2

ที่ว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ คิริพร พงษ์นิศา (2532 : 76 - 77) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ณรงวิทย์ (2532 : 77) ที่ศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะโรค ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่า อายุไม่เป็นผลให้ความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ พอจะสรุปได้ว่า อายุไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความเชื่อด้านสุขภาพ อาจเนื่องมาจากผู้บริหารมีวัยที่ใกล้เคียงกัน คือ มีกลุ่มอายุ 51 ปีขึ้นไป มีถึงร้อยละ 53.80 หากไม่มีพัฒนาการทางความคิดอยู่ในขั้นเดียวกัน หรือไม่แตกต่างกันมากนัก และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกันมาก คือ ระดับปริญญาตรี ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ความเชื่อทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อความเชื่อทางสุขภาพ และความเชื่อเองก็เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยาก แม้ว่าอายุจะเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจากที่กล่าวมาอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้บริหารโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.3 ผลการเปรียบเทียบ ผู้บริหารโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประณีตา ส่งวัฒนา และวัฒนา คุโรบะทิมังค์ (2531 : 352) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของผู้ป่วยนอก พบว่า ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ณรงวิทย์ (2532 : 77) ที่ศึกษาความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะโรค ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่า อายุไม่เป็นผลให้การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคภาวะโรคแตกต่างกัน ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พอจะสรุปได้ว่า อายุไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตน อาจต้องมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ประสบการณ์ การศึกษา ร่วมด้วย แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาใกล้เคียงกันมาก และมีประสบการณ์ หรือลักษณะการทำงานที่เป็นงานบริหารทางการศึกษาล้ายุคถึงกัน และอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 51 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 53.80

ทำให้ความแตกต่างของกลุ่มอายุมีน้อย และอายุก็ไม่ได้มีความสัมพันธ์ หรือมีบทบาทต่อพฤติกรรมอนามัยเสมอไป (Phijai sanit and others. 1983 : 29) จากที่กล่าวมา จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ได้ผลการศึกษาว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันันเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.4 ผลการเปรียบเทียบ ผู้บริหารโรงเรียนที่มีเพศต่างกัน มีความรู้เรื่องภาวะไขมันันเลือดสูงแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีความรู้ ($\bar{X} = 51.65$) ต่ำกว่าเพศชาย ($\bar{X} = 45.71$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 และ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิชิต พิทักษ์เทศสมบัติ (2531 : 100 - 105) ที่ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการวางแผนครอบครัวของเยาวชนไทย พบว่าเพศต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่างกัน ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ พอจะสรุปได้ว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความรู้ ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจาก เพศหญิงมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องการดูแลร่างกาย หรือสุขภาพมากกว่า จึงพยายามที่จะหาความรู้เพิ่มเติมมากกว่าเพศชาย ซึ่งจากที่กล่าวมา อาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ได้ผลการศึกษาว่า ผู้บริหารที่มีเพศต่างกัน มีความรู้เรื่องภาวะไขมันันเลือดสูงแตกต่างกัน

2.5 ผลการเปรียบเทียบ ผู้บริหารโรงเรียนที่มีเพศต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันันเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีเพศต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันันเลือดสูงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร กาญจนรังสีชัย (2532 : ก - ข) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัย เพื่อป้องกันโรคเอดส์ ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการรักษาในสถานนิษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันด้านเพศ มีความเชื่อทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านเพศ ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความเชื่อทางสุขภาพ เพราะอาจต้องมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย (Modifying Factors) ที่เป็นองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานทางประชากรและจิตวิทยาสังคม (Becker and others. 1975 : 12) องค์ประกอบอื่น ได้แก่ ปัจจัยด้านการศึกษา ที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อของบุคคลด้วย แต่เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกันมาก

ด้านความรู้ จากที่กล่าวมา จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ได้ผลการศึกษาว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีเพศต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.6 ผลการเปรียบเทียบ ผู้บริหารโรงเรียนที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีการปฏิบัติตน ($\bar{X} = 1.36$) ดีกว่าเพศชาย ($\bar{X} = 1.20$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 สอดคล้องกับการศึกษาของเอลเซ็น และคนอื่นๆ (Elsen and others, 1985 - 210) ที่ได้ทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษา ตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีอิทธิพลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญประกาย ศิริโรจน์ (2536 : ก - ข) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของเด็กนักเรียนในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน ซึ่งจากผลการศึกษาดังนี้พอจะสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านเพศมีผลโดยตรงกับการปฏิบัติตน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลที่ว่า เพศหญิง และเพศชายได้รับการอบรมเลี้ยงดูมาตั้งแต่เด็กแตกต่างกัน ทั้งการปลูกฝังด้านการประพฤติปฏิบัติตนด้วย โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การแสวงหา การดูแลรักษาสุขภาพ และการใช้บริการการป้องกันโรค (สุรีย์ จันทรมณี และคณะ, 2525 : 31 - 45) จากที่กล่าวมาจึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ได้ผลการศึกษาว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

2.7 ผลการเปรียบเทียบ ผู้บริหารโรงเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าผู้บริหารโรงเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศธร พันธุ์เมธิศร์ (2533 : ก - ข) ที่ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ของสตรีมีครรภ์ พบว่า สตรีที่มีรายได้ของครอบครัว 6,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไป มีความรู้ไม่แตกต่างกับสตรีมีครรภ์ ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่านี้ ซึ่งจากผลการศึกษาดังนี้ พอจะสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านฐานะเศรษฐกิจไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความรู้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่แตกต่างกันเด่นชัด คือ มีรายได้มากกว่า 24,000 บาท ต่อเดือน ถึงร้อยละ 60.10

ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างมีสภาพแวดล้อมการทำงานคล้ายคลึงกันมาก จึงทำให้มีโอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารด้านความรู้ใกล้เคียงกัน และระดับการศึกษาที่จะเป็นปัจจัยพื้นฐานในการส่งเสริมการเรียนรู้ที่จะได้รับจากสื่อต่าง ๆ ก็ไม่แตกต่างกันมากนัก จึงมีส่วนทำให้ความรู้ไม่แตกต่างกันจากที่กล่าวมา จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ได้ผลการศึกษว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.8 ผลการเปรียบเทียบ ผู้บริหารโรงเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เขื่อนพร กาญจนรังสิตย์ (2532 : ก - ข) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ พอจะสรุปได้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความเชื่อทางสุขภาพ อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้บริหารส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่แตกต่างกันมาก คือส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 24,000 บาทต่อเดือน ถึงร้อยละ 60.10 ประกอบกับระดับการศึกษาที่น่าจะมีผลชักนำให้เกิดความคิด ความเชื่อของบุคคลก็ไม่ต่างกันมากนัก จากที่กล่าวมา จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ได้ผลการศึกษว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.9 ผลการเปรียบเทียบ ผู้บริหารโรงเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 โดยผู้บริหารโรงเรียนที่มีรายได้มากกว่าจะมีคะแนนการปฏิบัติตนสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ สมทรง ศุภศิลป์ (2526 : ก - ข) ที่ศึกษาความเชื่อ และปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในทิศทางเดียวกันคือ รายได้ครัวเรือนต่อปีของมารดา และสอดคล้องกับการศึกษาของ แสงโสม ศิริมานิช (2534 : ก - ข) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มนักศึกษา และกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพ พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์คือรายได้

ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พอจะสรุปได้ว่า ฐานะเศรษฐกิจเป็นปัจจัยมีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค อาจเนื่องมาจากรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ถ้ามีรายได้น้อยก็จะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ และความสามารถมุ่งไปในการหาเลี้ยงชีพและครอบครัวมากกว่า ไม่ค่อยมีเวลาในการระวังรักษาสุขภาพของตนเอง ซึ่งตรงกันข้ามกับคนมีรายได้มาก ซึ่งมีสิ่งที่เป็นความจำเป็นพื้นฐานเพียงพอแล้ว ก็จะมีเวลาหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้กับตนเอง รวมทั้งมีเวลาในการคิดหรือรักษาสุขภาพของตนเองได้มากกว่า เนื่องจากมีโอกาสในการแสวงหาความรู้อย่างที่มากตนเองได้ และมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้มากกว่าด้วย ซึ่งจากที่กล่าวมา อาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ได้ผลการศึกษาว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไข้มันในเลือดสูงแตกต่างกัน

2.10 ผลการเปรียบเทียบ ผู้บริหารโรงเรียนที่มีตำแหน่งต่างกัน มีความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไข้มันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไข้มันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10, 11 และ 12 ที่ว่าผู้บริหารโรงเรียนที่มีตำแหน่งต่างกัน มีความรู้เรื่องภาวะไข้มันในเลือดสูงแตกต่างกัน ผู้บริหารโรงเรียนที่มีตำแหน่งต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไข้มันในเลือดสูงแตกต่างกัน และผู้บริหารโรงเรียนที่มีตำแหน่งต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไข้มันในเลือดสูง แตกต่างกัน ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พอจะสรุปได้ว่า ตำแหน่งไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรง ต่อความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทุกตำแหน่งมีสภาพแวดล้อม และประสบการณ์การทำงานใกล้เคียงกันมาก และโอกาสต่าง ๆ ที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารในที่ทำงานก็ไม่ได้แตกต่างกัน ประกอบกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างก็ใกล้เคียงกันมาก และปัจจัยด้านตำแหน่งก็ไม่ได้เป็นปัจจัยที่รวมอยู่ในความหมายของปัจจัยร่วมของ เบกเกอร์ (Becker) และคณะ ที่กล่าวว่าปัจจัยร่วมด้านพื้นฐานทางด้านประชากร จิตวิทยาและสังคม ปัจจัยด้านเวชกรรม จะส่งผลต่อความเชื่อ และพฤติกรรมในการป้องกันรักษาสุขภาพ (Becker and others. 1975 : 12) ซึ่งจากที่กล่าวมา อาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ได้ผลการศึกษาว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีตำแหน่งต่างกัน มีความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไข้มันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไข้มันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.11 ผลการเปรียบเทียบ ผู้บริหารโรงเรียนที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไข้มันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการ

ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13, 14 และ 15 ที่ว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกันมีความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ผู้บริหารโรงเรียนที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน และผู้บริหารโรงเรียนที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งในด้าน การปฏิบัติตนนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี สุดดี (2537 : 87) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางสุขภาพกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคเอดส์ ของหญิงอาชีพพิเศษ พบว่า ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งจากผล การศึกษาค้นคว้านี้จะสรุปได้ว่า ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อ ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลเดียวกันกับตัวแปร ด้านตำแหน่งข้อ 2.10 จึงอาจเป็นเหตุผลเดียวกันที่ทำให้ได้ผลการศึกษาว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มี ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันใน เลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.12 ผลการเปรียบเทียบ ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 โดยมีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ แก้วตะวัน ต่วนชะเอม (2536 : ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค เอดส์ ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกคา (2532 : 87) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการ ติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรค พบว่า ความรู้เรื่องโรคมี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้อง กับการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนต์ศรี (2534 : 8) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ในคู่สมรสของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี พบว่า ความรู้เรื่องโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ พอลสรุป ได้ว่า ความรู้เรื่องโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค อาจเนื่องมาจาก ความรู้เรื่องโรค จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลได้ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยง หรือความรุนแรงของโรค

ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อในประสิทธิภาพของการปฏิบัติตนในการป้องกัน ทำให้มีพฤติกรรมอนามัยที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ยง ภูววรรณ (2529 : 205) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ ที่ทราบอันตรายของโรคไวรัสตับอักเสบบี และทราบการติดต่อจากมารดาสู่ทารก จะยินดีที่มารับบริการตรวจคัดกรองเลือด และขอรับการฉีดวัคซีนให้ทารกอย่างครบถ้วน กล่าวคือ ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย (ประภาณี ภูววรรณ. 2526 : 35) เนื่องจาก เมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องหนึ่งเรื่องใดดีแล้ว ก็ย่อมก่อกำเนิดการประพฤติปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม นั่นคือ ถ้ามีความรู้ในเรื่องภาวะไขมนันเลือดสูงแล้ว ก็จะช่วยในการคิด หรือตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่จะเอื้ออำนวยถึงการป้องกันโรค เนื่องจากตระหนักถึงว่าเป็นปัญหาสุขภาพ ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีอาการของโรค จากที่กล่าวมา จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ได้ผลการศึกษาว่า ความรู้เรื่องภาวะไขมนันเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมนันเลือดสูง

2.13 ผลการเปรียบเทียบ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมนันเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมนันเลือดสูง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 17 โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r = 0.30$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี สุดดี (2537 : ก - ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของหญิงอาชีพพิเศษ พบว่า ความเชื่อทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นนทศรี เสาร์สาร (2532 : ก) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของหญิงบริการ พบว่า ความเชื่อทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภูษณา มั่นเกษตรกิจ (2535 : ง - จ) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในทหาร พบว่า ความเชื่อทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พงษ์นาคา (2532 : 79) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : ข) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรค

ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อยोगกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบมี พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อยोगกันโรคอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมฤดี อัญญาสิต (2536 : ก - ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ในตับ พบว่าองค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ในตับ ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ พอจะสรุปได้ว่า ความเชื่อทางสุขภาพมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อยोगกัน อาจเนื่องมาจากความเชื่อทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบ ด้านจิตวิทยา ที่จะกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ ตามความคาดหวัง และการเห็นคุณค่าของการปฏิบัติ (Becker, MH. 1975 : 21) ที่ว่าความเชื่อมีอิทธิพลต่อการ แสดงออกของมนุษย์ อาจเพราะว่าความเชื่อมีความเกี่ยวข้องกับกลไกจิตกับความนึกคิด ความเข้าใจ การตัดสินใจของบุคคล เมื่อบุคคลมีความเชื่อหรือถูกชักจูงให้เชื่อต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด เขาก็จะมีแนวโน้ม ที่จะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ คิง (King. 1984 : 53) ที่ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจ และการกระทำของบุคคลในการป้องกัน โรค ละการให้ความร่วมมือในการรักษา จากที่กล่าวมาจึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ได้ผลการศึกษา ว่า ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตน ในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

2.14 ผลการเปรียบเทียบ ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 18 โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r = 0.32$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภูษณา มั่นเกษตรกิจ (2535 : ง - จ) ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในทหารเกณฑ์ พบว่า ความรู้ เรื่องโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรษา เทียนทอง (2535 : ก - ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์ กับการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็น โรคเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ พบว่า ถ้ามีความรู้เรื่องโรคเอดส์ดี จะมีการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยง ของการเป็นโรคเอดส์ที่ต่ำ ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ พอจะสรุปได้ว่า ความรู้เรื่องโรคมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อทางสุขภาพ อาจเนื่องมาจาก ความรู้เรื่องโรคเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ บุคคลได้เข้าใจถึงลักษณะของโรค หากมีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความ

รุนแรงของโรค และประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องหรือการป้องกัน คือ จะ เชื่อก ตระหนัก ถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพอนามัยที่ดี ก่อให้เกิดความ เชื่อทางสุขภาพในทาง ที่ถูกต้อง จากที่กล่าวมา จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทําให้ได้ผลการศึกษาว่า ความรู้ เรื่องภาวะไขมันใน เลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันใน เลือดสูง

ข้อเสนอแนะ

หลังจากได้ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้แล้ว ควรนำมาวางแผนในการให้สุศึกษา และ ประชาสัมพันธ์ใน เรื่องภาวะไขมันใน เลือดสูง โดยใช้รูปแบบหรือกลวิธีที่เหมาะสม เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพในการให้สุศึกษา และประชาสัมพันธ์ โดยอาศัยความร่วมมือประสานงานกันของ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข โดยในรายละเอียดของรูปแบบที่จะให้สุศึกษา อาจเป็นการจัดอบรม จัดนิทรรศการเผยแพร่ความรู้ และบริการตรวจวัดระดับไขมันใน เลือด และ มีการส่งเอกสารมาเผยแพร่ความรู้อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นต้น เพื่อส่งผลให้เกิดความ เชื่อทางสุขภาพที่ดี จะได้ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันใน เลือดสูงได้อย่างถูกต้อง มากขึ้น เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามกลับมา 208 คน นั้น เคย ไปรับบริการตรวจระดับไขมันใน เลือดเพียง 50 คน และในกลุ่มที่เคยได้รับการตรวจหาระดับ ไขมันใน เลือดนี้ พบว่า มีระดับไขมันใน เลือดสูงถึง 17 คน (มากกว่า 1 ใน 4) ประกอบกับ ความรู้ เรื่องภาวะไขมันใน เลือดสูง และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันใน เลือดสูง ยังอยู่ใน ระดับแค่พอใช้ และยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความ เชื่อทางสุขภาพใน เรื่องภาวะไขมันใน เลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันใน เลือดสูงด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรนำผลของคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันใน เลือดสูง โดยรวม ทั้งหมด มาหาความสัมพันธ์กับระดับไขมันใน เลือด

2. ความนำผลของการศึกษา เรื่องการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ในครั้งนี้ มาแบ่งเป็นด้าน ๆ คือ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเว้น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน มาแบ่งให้คะแนนในแต่ละด้าน แล้ว นำมาหาความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือด โดยนำมาหาความสัมพันธ์กันในแต่ละด้าน แล้ว เปรียบเทียบว่าด้านใดมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดมากกว่ากัน และนำมาหาว่าการ ปฏิบัติตนในแต่ละด้าน ด้านใดบ้างที่สามารถร่วมกันทานายระดับไขมันในเลือดได้ และได้มากน้อย เพียงใด

3. ควรมีการทดลองเปรียบเทียบรูปแบบสื่อ หรือการให้สุขศึกษา ว่ารูปแบบใดที่จะ มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการ ปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้ดีกว่ากัน

מגדל המזרח

บรรณานุกรม

- กมล สินธวานนท์ และคนอื่นๆ. หัวใจของเรา. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์จำกัด, 2534.
- กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : ภาควิชาแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527.
- กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บำรุงสาสน์, 2532.
- แก้วตะวัน ต่วนชะเอม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ ว.ท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
อัดसानา.
- คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์. โภชนาการกับชีวิตมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : นากนก, 2527.
- จันทร์วิวัฒน์ เกษมสันต์. คู่มือการดูแลสุขภาพหัวใจด้วยตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : แปลงพับลิชชิงจำกัด, 2535.
- จารุณี สุดดี. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
อัดसानา.
- จินตนา เหลืองสุวาลัย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
อัดसानา.
- ชลิตา อุ่นภาเนต. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้บริหารและภาวะโภชนาการเกิน. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
อัดसानา.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติในการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2534.
- โชติรส ฉัตรแก้ว. ผลของการสูบบุหรี่ต่อระดับไขมันในเลือด ของพนักงานการประปานครหลวง แห่งประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
อัดसानา.

- ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ "การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน: กระบวนการวิเคราะห์
 อย่างเป็นระบบ," วารสารสุขศึกษา, 8(29) : 60 ; มกราคม - เมษายน
 2528.
- นฤมล สิ้นสุนทรณ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการพาเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรค
 ในชนบท ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.
 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- นันทยา ชนะรัตน์. สารไขมันในเลือด. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2532.
- นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแล
 ตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์
 วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- นิตยา อังกาบฐานะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย
 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
 2527. อัดสำเนา.
- นิภารัตน์ ชัยรุ่งเรือง. ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำตาลกับไตรกลีเซอไรด์ โคลเลสเตอรอล
 LDL โคลเลสเตอรอล HDL โคลเลสเตอรอลในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาฯ.
 วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- บึงอร ณ นัทลุง โลปิดและไลโปโปรตีน. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเคมีคลินิก คณะเทคนิคการแพทย์
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- บุญเชิด กัญญอนันตพงษ์. การวัดและการประเมินผลการศึกษา. ภาควิชาพื้นฐานการศึกษา
 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2519.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. "มาตรการการให้สุขศึกษาเรื่องพยาธิใบไม้ตับ," ใน โรคพยาธิใบไม้ตับ
 บริโภคนิสัย กับแนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ :
 กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- บุษมา ศิริชัย. พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสามี : ศึกษาที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก
 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ :
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

- ประไพศรี ศิริจักรวาล และคนอื่น ๆ. โภชนาการก้าวหน้า. กรุงเทพฯ : ห้างเทคนิค 19 จำกัด, 2530.
- ประณีต ส่งวัฒนา และวัลยา คุโรปรกรณ์วงศ์. ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของประชาชนที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2531.
- ประกาเญญ สุวรรณ. ทักษะ - การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วังบูรพา, 2526.
- ประกาเญญ สุวรรณ. เอกสารประกอบการชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2526.
- ประกาเญญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2536.
- ประวิทย์ ดันประเสริฐ. หัวใจของเรา. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์จำกัด, 2532.
- ปานัน บุญหลง. โภชนาการ. กรุงเทพฯ : มาร์เก็ตติ้งมีเดีย, 2523.
- พนมศรี เสาร์สาร. พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงบริการในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2531. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. ยัดสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์ วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2533.
- พล ไซมอน. เลขีนสารมหัศจรรย์ละลายไขมัน. แปลโดย เกษมศรี (นามแฝง) กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์, 2532.
- พัชรินทร์ บางท่าไม้. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของพนักงาน และคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม ในจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. ยัดสำเนา.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูต. "ข้อเสนอสำหรับแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ," วารสารกระทรวงสาธารณสุข. 7(6) : 394 - 412 ; มิถุนายน 2531.
- พาณิชย์ ไชยศรี. ผลการออกกำลังกายในระดับความถี่ต่างกัน ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. ยัดสำเนา.

- นิชิต นิธิกษัฒ์. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการวางแผนครอบครัวของเยาวชนไทยอายุ 15 - 24 ปี. รายงานการวิจัยสภาในประกาศการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- นิมพรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่น ๆ. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความต้องการด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- นิภุชญา มั่นเกษตรกิจ. พฤติกรรมกำบังกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในทหารเกณฑ์กองบิน 41 จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ส.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535. อัดสำเนา.
- ไพบุลย์ เทวรักษ์. จิตวิทยา: ศึกษาพื้นฐานชีวภาพพฤติกรรม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523.
- เพ็ญประภา ศิริโรจน์. พฤติกรรมกำบังกันภาวะขาดสารไอโอดีนของเด็กวัยเรียน จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ สด.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ภัทรพร ศักดิ์สูง. บทบาทในการบริการชุมชน ของโรงเรียนมัธยมศึกษา ส่วนกลางตามทัศนะของผู้บริหาร และครู. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.
- โภชนาการ, กอง. ภาวะโภชนาการของบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ยง ภูววรรณ และคนอื่น ๆ. "ความรู้เกี่ยวกับโรคตับอักเสบบี และการยอมรับบริการในสตรีตั้งครรภ์," จุฬาลงกรณ์เวชการ. 31(3) : 201 - 205 ; มีนาคม 2529.
- ยมศิริ นาวานุรักษ์. ประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมมารดาในการป้องกันการกลับซ้ำของโรคคอตและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก กองตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

- ชาติ ภาษา และคนอื่น ๆ. วิจัยทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพฯ : สยามศิลป์การพิมพ์, 2526.
- ระวีวรรณ ชินะตระกูล. คู่มือทำวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วน จำกัด ภาพพิมพ์, 2533.
- เรืองเดช เชิดนุทธ. ผลการวิ่ง 12 นาที โดยการฝึกแบบหน้าสลับเบาที่มีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ น้ำหนักตัว ความดันเลือด และไขมันในเลือด. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2523. ถัดสำเนา.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ทีวีกิจการพิมพ์, 2531.
- วรรณิกา เรืองสัจ. การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชนไทย อายุ 15 - 24 ปีในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533. ถัดสำเนา.
- วลัย อินทร์มพรรย์. โภชนาการกับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : ศูนย์การพิมพ์, 2528.
- วัชรีย์ ทรัพย์มณี. "บทบาทของการศึกษาในการพัฒนาสุขภาพจิตมนุษย์," วารสารศุภศาสตร์. 12(1) : 29 - 42 ; มกราคม 2526.
- วัฒนา วุฒิวรรณ. การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันกามโรคและโรคเอดส์ ในกลุ่มผู้ชายที่มีอัตราเสี่ยงสูง ณ ศูนย์กามโรค เขต 3 จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. ถัดสำเนา.
- วารีย์ ระกิติ. "หลักสูตรศึกษา," ใน เอกสารการสอนชุดวิชา การสาธารณสุข 2. หน้า 855 - 720. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2530.
- วิชัย ต้นไพจิตร. โภชนศาสตร์คลินิก. กรุงเทพฯ : อักษรสมัย, 2530.
- วิชัย ต้นไพจิตร และคนอื่น ๆ. โภชนศาสตร์. กรุงเทพฯ : อักษรสมัย, 2529.
- วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2530.
- วินัส ต้นตูปูล. โรคหัวใจขาดเลือด : โภชนาการและการป้องกัน. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

- วีระสิทธิ์ สิทธิไตรย์. ความรู้เรื่องโรคเอดส์ของเยาวชนไทย. รายงานการวิจัยสถาบัน
ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- ศศธร นันท์เมธีศรี. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัส
ตับอักเสบบี ของสตรีมีครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.
- คันสนีย์ นันธิศรี. การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค
เอดส์ในกลุ่มนักศึกษาชาย ระดับปริญญาตรี วิศวกรรมศาสตร์ สายอาชีวศึกษา และ
สายอุดมศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ศิริพร พงษ์นิเวศ. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตน
เพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ศิริวรรณ นามวีรกุล. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาระดับ
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ในสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล. วิทยานิพนธ์ ค.ม.
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534. อัดสำเนา.
- ศึกษาธิการ, กระทรวง. หลักสูตรประถมศึกษา พุทธศักราช 2521 (ฉบับปรับปรุง พุทธศักราช
2532). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2532.
- ศรีนครินทรวิโรฒ, มหาวิทยาลัย. คู่มือการสอนวิชาหลักโภชนศาสตร์. กรุงเทพฯ : ภาควิชา
เทคโนโลยีการอาหาร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2535.
- สมทรง ศุกสิศิลป์. ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์
สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- สมฤดี อ้นปะลาสิต. การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนในหมู่บ้านโคกสะแบ ตำบลท่าข้าม อำเภอ
อุ้มผาง จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2536. อัดสำเนา.
- สมาใจ วิชัยดิษฐ์ และคนอื่น ๆ. โภชนศาสตร์ประยุกต์. กรุงเทพฯ : สีกอักษร, 2529.

- สรรงค์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้แรงงานสนับสนุนทางสังคมจากผู้นำชุมชน ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อาเภอสามง่าม จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- สทิธ วงศ์สวรรค์. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บำรุงศาสตร์, 2525.
- สถิตีสำธารณสุข, กอง. รายงานสถิติประจำปี 2532. กรุงเทพฯ : ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขกลาง/กองสถิติสาธารณสุข, 2532.
- _____. รายงานสถิติประจำปี 2536. กรุงเทพฯ : ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขกลาง/กองสถิติสาธารณสุข, 2536.
- สุภัฏญา ณรงค์วิทย์. ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- สุชาติ สุธรรมรักษณ์. เอกสารประกอบการสอน จต 101 จิตวิทยาเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : ภาควิชาแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน, 2531.
- สุชาติ โสภประยูร. โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุมาลี โนนีทอง. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันโรคของนักเรียนชายเปรียบเทียบกับระหว่างนักเรียนอาชีวศึกษา และนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- สุรางค์ จันทรเฒ. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยครูจันทระเกษม, 2524.
- สุรางค์ โสฬ์สัมฤทธิ์ชัย. สาเหตุของความขัดแย้ง และวิธีจัดการกับความขัดแย้งของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพฯ. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.

- สุริย์ จันทร์โมลี และคนอื่น ๆ. "การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5, 6 และผู้ที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดบุรีรัมย์," วารสารสุขภาพ. 15(3) : 20 - 25 ; กันยายน 2528.
- สุวิชา จันทร์สุริยกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- สุวิมล ฤทธิมนตรี. การศึกษาความรู้เรื่องโรคความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการโรคในคู่สมรส ของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- แสงโฉม ศิริพานิช. ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มประกอบอาชีพในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- สำเร็จ แสงชื่อ และคนอื่น ๆ. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานการวิจัย ศูนย์กามโรคเขต 3 ชลบุรี, 2531.
- เสาวณีย์ จักรนิทัศน์. หลักโภชนาการปัจจุบัน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : 2532.
- หรรษา เทียนทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องเอดส์กับการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- อุทุมพร จามรมาน. ข้อสอบ : การสร้างและการพัฒนา. กรุงเทพฯ : พิมพ์ฉบับที่ 1, 2535.
- อรุณศิริ เอกวิทย์โยธาส. การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการใช้บริการเกี่ยวกับการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ระหว่างพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- อังคณา จิราจินต์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.

อัญชลี สิงหนุต. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และเจตคติกับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อ
โรคเอดส์ ของนักศึกษาในระดับอาชีวศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. ชัดสำเนา.

เอื้อมพร กาญจนรังสฤษดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสำเสกน ทางสังคม
กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสกนเซโรอินทางเส้นเลือด
ขณะเข้ารับการรักษาขั้นก่อนพิษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2532. ชัดสำเนา.

เอื้อมพร ทองกระจาย. "พฤติกรรมอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วง,"
ใน การประชุมเชิงปฏิบัติการโรคอุจจาระร่วง ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

Allard, R. "Beliefs about Aids as Determinants of Preventive Practices
and of Support for Coercive Measures," American Journal of
Public Health. 79(4) : 448 - 452 ; April, 1989.

Ashim, G. and others. "Effects of Dietary Fatty Acids and Fibers
on Blood Cholesterol," Japanese Journal of medical Science
Biology. 45(3) : 91 - 111 ; June, 1992.

Assmann, G. and others. "At What Levels of Total Low - or High - Density
Lipoprotien Cholesterol Should Diet / Drug Therapy be Initiated?
European Guidelines," American Journal of Cardiology. 65(12) :
11F - 15F ; March, 1984.

Becker, M.H. and L.A. Maiman. "The Health Belief Model and Sick Sick
Role Behavior," in The Health Belief Model and Personal Health
Behavior. New Jersey : Chales B. Slack Inc., 1975.

Best, J.W. Research in Education. 2nd ed. New Jersey : Prentice Hall,
Inc., 1963.

Bloom, B.S. (ed). Taxonomy of Education objective Hand Book 1 ;
Cognitive Domain. New York : David Mckey Co. Inc., 1975.

- Bodenheimer, H.C. and others. "Acceptance of Hepatitis B. Vaccine Among Hospital / Workers," American Journal of Public Health. 76(3) : 252 - 255 ; March, 1986.
- Breier, C. and others. "Alcohol - Induced Type V Hyperlipidemia in Relation to Changes in The Chemical Composition of HD.," Wien - Klin - Wochenschr. 97(7) : 316 - 319 ; March, 1985.
- Burke, L.M. "Dietary management of Hyperlipidemia," Journal of Cardiovascular Nursing. 5(2) : 33 ; January, 1991.
- Bush, T.L. and others. "Cholesterol, Lipoproteins and Coronary Heart Disease in Women," Clinical Chemistry. 34(8) : B60 - B70 ; August, 1988.
- Cooper, K.H. The New Aerobic. New York : A national General Company, 1981.
- Cozzi, P.J. "Aortic Wall Metabolism in Relation to Susceptibility and Resistance of Experimental Atherosclerosis," Journal of Vascular Surgery. 7(5) : 706 - 714 ; May, 1988.
- Cumming, K.M. and others. "Psychological Determinants of Immunization Behavior in a Swine Influenza Campaign," Medical care. 17(6) : 639 - 649 ; June, 1979.
- Dressler, W.W. and others. "Status Incongruence and Serum Cholesterol in an English General Practice," Social Science Medical. 34(7) : 757 - 762 ; April, 1992.
- Elsen, M. and others. "A Health Belief Model Approach to Adolescents Fertility Control : Some Pilot Program Findings," Health Education Quart. 12(2) : 185 - 210 ; June, 1985.

- Glueck, C.J. and others. "Plasma High - Density - Lipoprotein Cholesterol : Association with Measurement of Body Mass," Circulation. 62(5) : 62 - 69 ; November, 1980.
- Godenson, R.M. Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry. New York : Longman In., 1984.
- Good, C.V. Dictionary of Education. 3rd ed. New York : Mc graw - Hill, 1973.
- Gotto, A.M. Jr. and others. "Recommendation for Treatment of Hyperlipidemia in Adult," Circulation. 69(5) : A1065 - A1090 ; May, 1981.
- Harris, W.S. and others. "Effects of Four Doses of n - 3 Fatty Acids Given to Hyperlipidemic Patients for Six Months," American Journal of Clinical Nutrition. 10(3) : 220 - 227 ; June, 1991.
- Herschaft, H. "Prevention of Cerebrovascular circulatory Disorder," Fortscher Neurological Psychiatry. 53(9) : 337 - 343 ; September, 1985.
- Hodgson, J.M. and others. "Can Linolaic Disease?," American Journal of Clinical Nutrition. 58(2) : 228 - 234 ; August, 1993.
- Haward, K.K. Basic Psychology. 3rd ed. Massachusett W.A. Benjamin, Inc., 1974.
- King, J.B. "The Health Belief Model,} Hursing Times. 80(43) : 53 - 55 ; October, 1984.
- Kristal, L. The ABC of Psychology. Englang : Penquin Book Ltd., 1982.
- La, Vachia C. and others. "Risk Factors for Myocardial Infraction in Young Women," American Journal of Epidemiology. 125(5) : 832 - 843 ; May, 1987.

- Lindgren, H. and J.M. Harvey. An Introduction to Social Psychology.
London : The C.V. Mosby Company, 1981.
- Mccance, K.L. "Lipoproteins and Heart Disease," Nursing Practice.
8(5) : 68 - 69 ; May, 1983.
- Negulesco, J.A. and others. "Dihydrocapsaicin (DC) Protects Against
Serum Hyperlipidemia in Guinea Pigs Fed a - Cholesterol -
Enriched Diet," Artery. 16(4) : 174 - 188 ; May, 1989.
- Okolska, G. and S. Zeimlanski. "Cuerrent Recommendation Concerning
Rational Use of Fats," Rocz - Panstw - Zakl - Hig. 40(3) :
178 - 187 ; June, 1989.
- PaJak, A. and others. "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 ; March, 1990.
- Peterson, Albert Joseph. "The Effect of Aerobic and Aerokinetic
Training on Serum Lipid and Lipoprotein in College - Age
Women," Dissertation Abstracts International. 42(12) :
2562 - A ; December, 1981.
- Phijaisanit, P. and others. Relationship of Socioeconomic Status to
Severity and Case of Diarrhea Disease in Infant. Bangkok
Maternal and Child Health Department Faculty of Public Health
Mahidol University, 1983.
- Phipp, W.J., B.C. Long and N.F. Woods. Medical - Surgical Nursing.
2nd ed. Saint Louis : C V Mosby Company, 1983.
- Rosenstock, I.M. "The Health Belief Model and Preventive Health
Behaviors," Health Education Monographs. 2(4) : 330 - 335 ;
December, 1974.

- Sandstrom, B., P. Marokmann and N. Bindslev. "An Eight - Month Controlled Study of a Low Fat High - Fiber Diet," European Journal of Clinical Nutrition. 46(2) : 95 - 109 ; February, 1992.
- Stamford, B.A. and others. "Cigarette Smoking, Physical Activity, and Alcohol Consumption : Relationship to Blood Lipids and Lipoproteins in Premenopausal Females," Metabolism. 33(7) : 585 - 590 ; July, 1984.
- Watts, G.F. and others. "Effective Lipid Lowering Diets Including Lean Meat," British Medical Journal. 296(6617) : 235 - 237 ; January, 1988.
- Weissfeld, J.L. and others. "Health Belief in a Population : The Michigan Blood Pressure Survey," Health Education Quart. 17(2) : 141 - 155 ; June, 1990.
- Yamanae, Taro. Statistic : An Introductory Analysis. 2nd ed. New York : Harper and Row, 1967.
- Zhu, B.Q. and W.W. Pamley. "Modification of Experimental and Clinical Atherosclerosis by Dietary Fish oil," American Heart Journal. 119(1) : 168 - 178 ; January, 1990.

התאחדות

ภาคผนวก ก.
(หนังสือขอความอนุเคราะห์)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บันทึกวิทยาลัย มศว ประสานมิตร โทร.122

ที่ ทม 1007/1155

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2538

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

บันทึกวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อหาปริญญาโท
เรื่อง พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไข้มนันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญ
ศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

พศ. วินัส	ปัทมกาสงษ์	ประธาน
ดร.กาญจนา	รุ่งทรานนท์	กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ อ.นิพนธ์ศรี ใตอดีเทมย์, พศ. จุฑามาศ เทนชัยศรี
และ อ.วิริยา สุขวงศ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

บันทึกวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1007/1153

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 กุมภาพันธ์ 2538

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อหาปริมาณนิพนธ์
เรื่อง พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไข้มนันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญ
ศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

พศ. วีโน่ส ปัทมภาสพงษ์ ประธาน

ดร.กาญจนา รุ่งตราพันธ์ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตฯขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ ดร.สุริย์ จันทร์โสมลี เป็นผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบเครื่องมือ
การวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่บัณฑิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริบุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/1154

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 กุมภาพันธ์ 2538

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้ที่มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันภาวะไข้มนันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญ
ศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ.วินัส

บัณฑิตสภา

ประธาน

ดร.กาญจนา

รุ่งตรานนท์

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ นายแพทย์ บรรลือศักดิ์ อาชวานันทกุล เป็นผู้เชี่ยวชาญ
ตรวจเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/1550

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

6 มีนาคม 2538

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน อธิบดีกรมสามัญศึกษา

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้ี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

พศ. วินัส

ภัทรมภัสพงษ์

ประธาน

ดร.กาญจนา

รุ่งทรานนท์

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอนั่งสิทธิ์ราชการเพื่ออำนวยความสะดวกในการขอความร่วมมือ จากโรงเรียนในสังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยให้ผู้บริหาร ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2538 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้ี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณาบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ศธ 0806/0967

กองการมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา
กระทรวงศึกษาธิการ กทม. 10300

16 มีนาคม 2538

เรื่อง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย

เรียน ผู้บริหารโรงเรียน และผู้ช่วยผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ทุกฝ่าย

ด้วย นางสาวจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ นิสิตปริญญาโทภาควิชา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง "พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ" งานการนี้ นิสิตมีความประสงค์ขอความร่วมมือจากผู้บริหารตอบแบบสอบถามตามที่ส่งมาพร้อมนี้ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิจัย

กองการมัธยมศึกษาพิจารณาแล้ว เห็นว่าการทำวิจัยดังกล่าวจะเป็นแนวทางในการศึกษา และปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สมควรให้การสนับสนุน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายบุญรอด วัฒนชัย)

ศึกษานิเทศก์ 8 รักษาการแทน

ผู้อำนวยการกองการมัธยมศึกษา

กลุ่มส่งเสริมมาตรฐานการศึกษา

โทร. 2828466

โทรสาร 2824096

สำเนา

โรงพยาบาลเวชธานี ลาดพร้าว 111

ถนนลาดพร้าว แขวงคลองจั่น

เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240

28 มิถุนายน 2538

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามพร้อมซอง 5 ชุด

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ พยาบาลประจำการโรงพยาบาลเวชธานี กำลังศึกษาหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง "พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ" การวิจัยครั้งนี้จำเป็นต้องขอความร่วมมือจากท่าน ในการตอบแบบสอบถามที่แนบมาเห็น เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิจัย

เนื่องจากดิฉันมีความจำกัดด้านเวลา ในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่สามารถมาติดต่อกับท่านด้วยตนเอง ต้องกราบขอยืมมา ณ ที่นี้ด้วย ดังนั้นดิฉันจึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน และผู้ช่วยผู้บริหารทุกฝ่าย ได้โปรดตอบแบบสอบถามนี้ แล้วส่งคืนภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2538 (ถ้าส่งก่อนกำหนดจะเป็นประโยชน์กับผู้วิจัยอย่างยิ่ง) โดยนำใส่ซองเอกสารที่ชำระค่าฝากส่งเรียบร้อยแล้ว ที่ดิฉันได้จัดส่งมาให้พร้อมกันนี้ จะเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และผู้ช่วยผู้บริหารทุกฝ่ายเป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ)

หมายเหตุ ถ้าไม่มีผู้ดำรงตำแหน่งนี้ ขอความกรุณาให้ผู้รักษาการตอบแบบสอบถามแทนด้วย

สำเนา

โรงพยาบาลเวชธานี ลาดพร้าว 111

ถนนลาดพร้าว แขวงคลองจั่น

เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240

28 มิถุนายน 2538

เรื่อง ขอดำเนินการขอความเห็นชอบในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้ช่วยผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาทุกฝ่าย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามพร้อมซอง 5 ชุด

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ พยาบาลประจำการโรงพยาบาลเวชธานี กำลังศึกษาหลักสูตรปริญญาการศึกษาามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร กำลังดำเนินการศึกษาเรื่อง "พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ" การวิจัยครั้งนี้จำเป็นต้องขอความร่วมมือจากท่าน ในการตอบแบบสอบถามที่แนบมาเห็น เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิจัย

เนื่องจากดิฉันมีความจำกัดด้านเวลา ในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่สามารถมาติดต่อกับท่านด้วยตนเอง ต้องกราบขอกับมา ณ ที่นี้ด้วย ดังนั้นดิฉันจึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดตอบแบบสอบถามนี้ แล้วส่งคืนภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2538 (ถ้าส่งก่อนกำหนดจะเป็นประโยชน์กับผู้วิจัยอย่างยิ่ง) โดยนำซองเอกสารที่ห่อค่าฝากส่งเรียบร้อยแล้ว ที่ดิฉันได้จัดส่งมาให้พร้อมกันนี้ จะเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ)

หมายเหตุ ถ้าไม่มีผู้ดำรงตำแหน่งนี้ ขอความกรุณาให้ผู้รักษาการตอบแบบสอบถามแทนด้วย

ภาคผนวก ข.
(แบบสอบถาม)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ

เครื่องมีกิจฯ

- | | |
|---|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์ จันทรมณี | ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี | ภาควิชาสุศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 3. อาจารย์ นิมนต์ศรี โตอติเทพย์ | ภาควิชาสุศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 4. อาจารย์ วิริยา สุขวงศ์ | ภาควิชาสุศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 5. นายแพทย์ บรรลือศักดิ์ อาชวานันทกุล | ภาควิชาอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |

เลขที่....

คำชี้แจงแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ต้องการทราบความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง โดยขอความกรุณาให้ท่านตอบตรงกับความ เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านให้มากที่สุด และตอบให้ครบทุกข้อ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการบริการสุขภาพ สำหรับผู้บริหารต่อไป โดยผู้วิจัยขอรับรองว่าคำตอบของท่านจะไม่เกิดผลเสียหายใดทั้งกับตัวท่าน และหน่วยงานของท่าน

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

แบบสอบถามตอนที่ 1

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่กำหนดไว้ในวงเล็บ ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านให้มากที่สุด

หมายเหตุ แบบสอบถามชุดนี้ ให้สำหรับผู้ตอบแบบสอบถามที่ยังไม่เคยได้รับการตรวจหาระดับไขมันในเลือด หรือเคยได้รับการตรวจหาระดับไขมันในเลือดแล้ว แต่ไม่เคยมีระดับไขมันในเลือดสูง

1. ท่านเคยได้รับการตรวจหาระดับไขมันในเลือดหรือไม่

(1.1) เคยตรวจ (ถ้าตอบข้อนี้ กรุณาทำข้อ 2 ต่อไป)

(1.2) ไม่เคยตรวจ (ถ้าตอบข้อนี้ ไม่ต้องทำข้อ 2)

2. ถ้าท่านเคยได้รับการตรวจหาระดับไขมันในเลือด ผลการตรวจเลือดของ ท่านเคยพบมีระดับไขมันในเลือดสูงหรือไม่

(2.1) เคยพบ

(2.2) ไม่เคยพบ

ถ้าคำตอบของท่านคือ "เคยได้รับการตรวจหาระดับไขมันในเลือด (1.1) แล้วเคยพบระดับไขมันในเลือดสูง (2.1)" ขอให้ท่านยุติการทำแบบสอบถามฉบับนี้ได้เลย ไม่ต้องทำตอนต่อไป

ถ้าคำตอบของท่านคือ "เคยได้รับการตรวจหาระดับไขมันในเลือด (1.1) แต่ไม่เคยพบมีระดับไขมันในเลือดสูง (2.2)" หรือ "ไม่เคยได้รับการตรวจหาระดับไขมันในเลือด (1.2)" ขอความกรุณาให้ท่านทำแบบสอบถามฉบับนี้ต่อไปจนเสร็จสมบูรณ์ทั้งฉบับ

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ () 20-30 ปี () 31-40 ปี
 () 41-50 ปี () 50 ปีขึ้นไป
3. ตำแหน่ง () ผู้อำนวยการ หรืออาจารย์ใหญ่ หรือครูใหญ่
 () ผู้ช่วยฝ่ายวิชาการ
 () ผู้ช่วยฝ่ายบริการ
 () ผู้ช่วยฝ่ายธุรการ
 () ผู้ช่วยฝ่ายปกครอง
4. ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง
 () น้อยกว่า 5 ปี () 5 - 9 ปี
 () 10 - 15 ปี () 15 ปีขึ้นไป
5. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
 () น้อยกว่า 12,000 บาทต่อเดือน
 () 12,000 ขึ้นไป - 16,000 บาทต่อเดือน
 () 16,000 ขึ้นไป - 20,000 บาทต่อเดือน
 () 20,000 ขึ้นไป - 24,000 บาทต่อเดือน
 () มากกว่า 24,000 บาทต่อเดือน

แบบทดสอบตอนที่ 2

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (X) ลงใน () หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด
เพียงข้อเดียว

- ไขมันในเลือดต่ำใด ที่เป็นตัวบ่งชี้ว่าท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูง
 - ไตรกลีเซอไรด์
 - โคเลสเตอรอล
 - ฟอสโฟไลปิด
 - ถูกทั้ง ก และ ข
- ข้อใดต่อไปนี้ ไม่ใช่ สาเหตุของภาวะไขมันในเลือดสูง
 - การดื่มสุรา
 - การสูบบุหรี่
 - การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว
 - การรับประทานน้ำตาลทราย หรือขนมหวานมาก
- จงพิจารณากรณีตัวอย่างต่อไปนี้ ว่าบุคคลใดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือด สูงน้อยที่สุด
 - นาย ก. ชอบสูบบุหรี่ แต่ไม่ชอบออกกำลังกาย
 - นาย ข. รุปร่างอ้วน และชอบรับประทานสุรากับเพื่อนจนเมาทุกวัน
 - นาย ค. นึกผ่อนไม่เพียงพอ และชอบรับประทานไอศกรีมกะทิสด
 - นาย ง. มีมารดาที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และตัวเองชอบรับประทานข้าวขาหมู
- การมีภาวะไขมันในเลือดสูงนานๆ จะมีผลทำให้อวัยวะใดขาดเลือดได้
 - ไต
 - ปอด
 - หัวใจ
 - ไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับว่าไขมันไปเกาะที่อวัยวะใด
- ท่านต้องงดอาหารอย่างน้อยกี่ชั่วโมง ก่อนมาเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับไขมันทุกตัวในเลือด
 - 8 ชั่วโมง
 - 10 ชั่วโมง
 - 12 ชั่วโมง
 - 14 ชั่วโมง
- ค่าของโคเลสเตอรอลในเลือดที่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ มีค่าเท่าใด
 - มากกว่า 100 มิลลิกรัม / 100 มิลลิเมตร
 - มากกว่า 150 มิลลิกรัม / 100 มิลลิเมตร
 - มากกว่า 200 มิลลิกรัม / 100 มิลลิเมตร
 - มากกว่า 250 มิลลิกรัม / 100 มิลลิเมตร

7. ถ้าสมาชิกในครอบครัวของท่านเกิดมีภาวะไขมันในเลือดสูง จากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ท่านคิดว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวกับตัวท่านอย่างไร
- (ก) ท่านจะเป็นโรคนี้ได้ด้วยแน่นอน (ข) ท่านมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้ได้ด้วยเท่านั้น
- (ค) ท่านจะมีโอกาสเป็นโรคนี้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับปริมาณไขมันในร่างกายของท่านด้วย
- (ง) ไม่มีข้อใดถูก
8. การปฏิบัติตนที่ถูกต้องมากที่สุด เกี่ยวกับการระวังรักษาสุขภาพ คือข้อใด
- (ก) ถ้ามีค่าโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ควรรับประทานไขมันไปเลย
- (ข) ถ้าโคเลสเตอรอลในเลือดยังมีค่าปกติอยู่ ก็ไม่ต้องระวังการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง
- (ค) ถึงแม้ว่าจะยังไม่เคยตรวจวัดระดับโคเลสเตอรอล ก็ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงไว้ก่อน
- (ง) ท่านควรไปตรวจวัดระดับไขมันในเลือดก่อน แล้วจึงค่อยมาวางแผนเรื่องการรับประทานอาหารกัน
9. กรดไขมันชนิดใด ที่มีส่วนช่วยลดโคเลสเตอรอลในเลือดได้
- (ก) กรดโอเลอิก (ข) กรดไลโนเลนิก
- (ค) กรดไลโนเลอิก (ง) กรดอราคิไดนิก
10. ผู้ป่วยที่ต้องการลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ไม่ควรบริโภคอาหารชนิดใดมากที่สุด
- (ก) น้ำมันรำ (ข) น้ำมันข้าวโพด
- (ค) น้ำมันมะพร้าว (ง) น้ำมันถั่วเหลือง
11. อาหารที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ คือชนิดใด
- (ก) หอมสด (ข) พริกไทย
- (ค) กระชาย (ง) กระเทียมสด
12. อาหารที่มีโคเลสเตอรอลน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับในปริมาณ 100 กรัมเท่ากันคืออาหารชนิดใด
- (ก) ตับหมู (ข) ปลาหมึก
- (ค) น้ำมันสด (ง) หอยนางรม

13. คำกล่าวที่มีความถูกต้องน้อยที่สุด คือข้อใด

- (ก) ร่างกายสามารถขับโคเลสเตอรอลออกได้เป็นบางส่วน
- (ข) จริงๆ แล้วโคเลสเตอรอลมีประโยชน์ต่อร่างกายเหมือนกัน
ไม่ใช้มีแต่โทษอย่างเดียว
- (ค) ภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีสาเหตุจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง สามารถควบคุมได้
- (ง) คนที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ควรงดการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์

ข้อเสนอแนะ-----

แบบสอบถามตอนที่ 3

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องหลังข้อความ ที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<u>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค</u>					
1. การไม่ระวังเรื่องน้ำหนักตัวทำให้อ้วน ก็มี โอกาสเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง					
2. การออกกำลังกายมากเกินไปทำให้เกิดภาวะ ไขมันในเลือดสูงได้					
3. การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสิ่งที่ ที่ควรกระทำ					
4. การรับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้					
<u>การรับรู้ความรุนแรงของโรค</u>					
5. ภาวะไขมันในเลือดสูงเมื่อเป็นแล้วไม่ สามารถควบคุมได้					
6. ถึงแม้ว่าจะรับประทานยาลดไขมันในเลือดอยู่ ก็ต้องควบคุมอาหารด้วยจึงจะได้ผลดี					
7. ภาวะไขมันในเลือดสูง อาจถ่ายทอดทาง พันธุกรรมได้					
<u>การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ</u>					
8. การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ทำได้ง่าย กว่าการรักษา					
9. ถ้าท่านได้รักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐานอย่าง อย่างต่อเนื่อง ก็เป็นการเพียงพอที่จะสามารถ ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10. การไปตรวจเลือด เพื่อหาระดับไขมันใน เลือดมีความจำเป็นสำหรับคนที่มีโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคนี้เท่านั้น					
<u>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ</u>					
11. ท่านไม่ต้องการเจาะเลือด เพื่อตรวจหา ระดับไขมัน เนื่องจากกลัวเจ็บ					
12. ท่านไม่สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะ ไขมันในเลือดสูงได้ เนื่องจากขัดกับความ เคยชินในการปฏิบัติตนของท่าน					
13. การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงท่านสามารถ ทำได้ ถ้าท่านมีความรู้เพียงพอ					
<u>แรงจูงใจด้านการป้องกันโรค</u>					
14. ท่านพยายามหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ ภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่เสมอ					
15. ถ้ามีการเสนอโครงการณรงค์ต่อต้านภาวะ ไขมันในเลือดสูง ท่านยินดีที่จะสนับสนุน หรือ อนุมัติโครงการ					
16. ท่านไม่ได้รับทราบข้อมูล ข่าวสารในเรื่อง ภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างเพียงพอ					

ข้อเสนอแนะ -----

แบบสอบถามตอนที่ 4

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องหลังข้อความ ที่ตรงกับอาการของท่านมากที่สุด
เพียงข้อเดียว

ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น ครั้งคราว	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
1. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน หรือหนังสัตว์
2. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมู หรือไก่
3. ท่านรับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ เช่น สมอง ตับ ไต หัวใจ ฯลฯ
4. ในหนึ่งสัปดาห์ ท่านออกกำลังกายที่ใช้การเคลื่อนไหวของ แขนและขา จนหัวใจและปอดทำงานเพิ่มขึ้น เช่น การวิ่ง การว่ายน้ำ เดินแอโรบิค ติดต่อกันอย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง
5. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
6. ท่านสูบบุหรี่
7. ท่านรับประทานโปรตีนจากปลามากกว่าสัตว์อื่น
8. ท่านเลือกใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร
9. ในหนึ่งสัปดาห์ ท่านทำงานจนไม่มีเวลาออกกำลังกายเลย
10. ท่านรับประทานอาหารจนอิ่มเกินความต้องการของร่างกาย
11. ท่านรับประทานอาหารมือเย็น ในปริมาณที่มากกว่ามืออื่น
12. ท่านรับประทานอาหารมือสุดท้ายก่อนเข้านอนไม่เกินครึ่ง ครึ่งชั่วโมง

ข้อเสนอแนะ -----

ภาคผนวก ค.

(ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม)

ตาราง 24 ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อที่	ความรู้		ความเชื่อทางสุขภาพ	การปฏิบัติ
	ความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.25	0.25	2.45	2.18
2	0.43	0.88	2.57	4.57
3	0.25	0.25	2.71	2.53
4	0.43	0.38	2.46	4.22
5	0.31	0.63	2.52	4.22
6	0.5	0.25	2.49	3.62
7	0.62	0.75	0.70	3.77
8	0.43	0.63	2.68	3.87
9	0.56	0.38	2.80	3.75
10	0.68	0.63	2.81	4.50
11	0.25	0.25	2.79	3.92
12	0.37	0.50	2.80	2.85
13	0.56	0.38	2.61	-
14	-	-	2.50	-
15	-	-	2.79	-
16	-	-	2.82	-

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ

เกิด วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พุทธศักราช 2510

สถานที่เกิด จังหวัดฉะเชิงเทรา

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 1099 หมู่ 1 ตำบลพนม อำเภอนวมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลประจำการ

สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลเวชธานี ซอยลาดพร้าว 111 ถนนลาดพร้าว แขวงคลองจั่น
เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ.2528 มัธยมศึกษาตอนปลาย (แผนกวิทยาศาสตร์) จากโรงเรียนเบญจมราช
รังสฤษดิ์ ฉะเชิงเทรา
- พ.ศ.2532 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- พ.ศ.2539 ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา จากมหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหาร

โรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา

กระทรวงศึกษาธิการ

บทคัดย่อ

ของ

จันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชา เอกสุขศึกษา

เมษายน 2539

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทราบ และเปรียบเทียบ ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ตามตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และฐานะเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบกลุ่ม จำนวน 208 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติทดสอบค่าที (t - test) และสถิติทดสอบค่าเอฟ (F - test) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ และปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนความเชื่อทางสุขภาพอยู่ในระดับดี
2. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีเพศต่างกัน มีความรู้ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วนด้านความเชื่อทางสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน
3. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตน ไม่แตกต่างกัน
4. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีอายุ ตำแหน่ง และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน
5. ความรู้ กับความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง กับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง กับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**HYPERLIPIDEMIA PREVENTIVE HEALTH BEHAVIORS
OF SECONDARY SCHOOL ADMINISTRATORS
IN GENERAL EDUCATION DEPARTMENT
MINISTRY OF EDUCATION**

AN ABSTRACT

BY

JUNPEN THUMCHAROEN

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

April 1996

The objective of this study were to determine and to compare the knowledge, health believes in hyperlipidemia and actual practice in hyperlipidemia prevention of secondary school administrators. According to specific variables namely sex, age, status, duration in status and economic status. There were 208 respondents. The secondary school administrators in General education department Bangkok metropolis. Data were collected by means of questionnaire. The t - test, F - test and the Pearson's product moment correlation coefficient methods were used in the analysis of data.

The results of the study were as follow :

1. Most of secondary school administrators were moderate level of knowledge and practice , but the health believes was at the almost good level.

2. There was significant difference in sex on the knowledge concerning hyperlipidemia and practice concerning hyperlipidemia prevention at 0.05 and 0.01 by level , but there was no significant difference in sex on health believes.

3. There was significant difference in the economic status on the practice concerning hyperlipidemia prevention at 0.01 level , but there was no significant difference in the economic status on the knowledge and health believes.

4. There was no significant difference in age, status and duration in status on the knowledge , health believes concerning hyperlipidemia and practice concerning hyperlipidemia prevention.

5. Knowledge and health behaviors, knowledge and practice , health believes and practice were significantly related in the positive direction at .001 level.