

พฤติกรรมกำรป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

ปริญญานิพนธ์
ของ
วรรณิภา แก้วยศ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
พฤษภาคม 2549
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

616.3๑๑-๒
๐๒๖๓๗
๖.๖

พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

บทคัดย่อ
ของ
วรรณิกา แก้วยศ

31 ก.ค. 2549

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
พฤษภาคม 2549

1๗ ๖๖๖'๘๖

วรรณิภา แก้วยศ. (2549). พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของบุคลากรสังกัดการ
กีฬาแห่งประเทศไทย. ปรินญานพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ สพญ.นภาพร
มัธยมมากร, อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้.

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรม
การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ตามตัวแปร เพศ
อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน และหา
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะ
ไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการ
ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง กับพฤติกรรม
การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย
ส่วนกลาง จำนวน 264 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random
sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ได้แก่
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที (t-test) ทดสอบค่าเอฟ (F-test) และ
การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation
coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า

1. บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
อยู่ในระดับปานกลาง
2. บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ต่างกัน มี
พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน
บุคลากรที่มีระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีพฤติกรรมการ
ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน
3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน
ภาวะไขมันในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการเกิดภาวะ
ไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากร
สังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด
ภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

HYPERLIPIDEMIA PREVENTIVE BEHAVIORS OF
SPORTS AUTHORITY OF THAILAND PERSONNEL

AN ABSTRACT
BY
WANNIPA KAEWYOD

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
May 2006

Wannipa Kaewyod. (2006). *Hyperlipidemia Preventive Behaviors of Sports Authority of Thailand Personnel*. Master thesis, M.Sc. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc.Prof. Napaporn Madhyamankura, Dr. Songpol Tornee.

The purposes of this survey research were to study and compare hyperlipidemia preventive behaviors of Sports Authority of Thailand personnel. The studied variables were sex, age, education level, income, marital status, organization, knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and perceived barriers of hyperlipidemia. The sample sizes, consisted of 264 personnel were selected by stratified random sampling. A self-administered questionnaires were used to gather data and the data were then analyzed for percentage, arithmetic mean, standard deviation, t-test, F-test and Pearson product moment correlation coefficient.

The results of this study found that

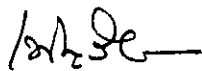
1. Sports Authority of Thailand personnel had hyperlipidemia preventive behaviors at middle level.
2. Sports Authority of Thailand personnel having different sex, age, marital status had significant differences in the preventive behaviors for hyperlipidemia at .05 level and those having different education level, income, organization had no significant differences in the preventive behaviors for hyperlipidemia.
3. Knowledge of hyperlipidemia was positively related to preventive behaviors for hyperlipidemia and perceived barriers of hyperlipidemia was negatively related to preventive behaviors for hyperlipidemia at .05 level of significant.
4. Perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits of hyperlipidemia were not correlated to preventive behaviors for hyperlipidemia.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

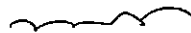
พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

ของ
วรรณภา แก้วยศ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



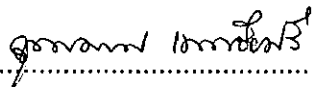
..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
วันที่ 1 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2549



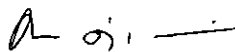
..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ สพญ.นภาพร มัชฌิมางกูร)



..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี่)



..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)



..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัทร)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดียิ่ง เพราะได้รับความเมตตา กรุณาและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์จาก รองศาสตราจารย์ สพญ.นภาพร มัชฌมางกูร ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ พร้อมทั้งกรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ประกอบด้วย รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และรองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัทร ที่ได้ให้การช่วยเหลือให้คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี นายแพทย์เรืองศักดิ์ ศิริผล นายแพทย์มีชัย อินวู๊ด คุณปณิก อวิรุทธการ และคุณสุวิทย์ อยู่บำรุง ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบแก้ไข ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณการกีฬาแห่งประเทศไทย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล รวมทั้งพนักงานและลูกจ้างการกีฬาแห่งประเทศไทยทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม จนทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อประหยัด คุณแม่วันดี แก้วยศ ผู้ให้ชีวิต ให้ความรัก ความอบอุ่น เป็นผู้ที่ประเสริฐที่สุดและเป็นที่กำลังใจสูงสุดของผู้วิจัยตลอดมา

วรรณิภา แก้วยศ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	3
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	3
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	3
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	3
ตัวแปรที่ศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	7
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	9
ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง.....	9
พฤติกรรมการป้องกันโรค.....	25
พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	27
ความเชื่อด้านสุขภาพต่อภาวะไขมันในเลือดสูงและพฤติกรรมการป้องกัน	
ภาวะไขมันในเลือดสูง.....	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	35
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	35
งานวิจัยในประเทศไทย.....	37
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	41
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	41
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	42
ลักษณะของเครื่องมือ.....	42
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	43
เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	44
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	46

สารบัญ

บทที่	หน้า
3 (ต่อ) วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	68
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	68
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	68
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	68
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	69
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	70
อภิปรายผล.....	72
ข้อเสนอแนะ.....	81
บรรณานุกรม.....	82
ภาคผนวก.....	90
ภาคผนวก ก.....	91
ภาคผนวก ข.....	95
ภาคผนวก ค.....	103
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	109

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	ปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหาร 100 กรัม.....	16
2	เกณฑ์ตัดสินความผิดปกติของไขมันในเลือด.....	20
3	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามฝ่าย/สำนัก ในการกีฬาแห่งประเทศไทย.....	42
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 264 คน จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน.....	54
5	จำนวน และค่าร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะ ไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน ภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง.....	57
6	จำนวน ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับ ภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือด สูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการ ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย.....	59
7	จำนวน คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการ ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ตามตัวแปรเพศและผลการเปรียบเทียบความ แตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของ บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยตามตัวแปรเพศ.....	60
8	จำนวน คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการ ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน.....	61
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน.....	64

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
10 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำแนกตามตัวแปรอายุ และสถานภาพสมรส.....	65
11 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงและความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย.....	66
12 แสดงค่าความยากง่าย (P) เป็นรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง.....	104
13 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง.....	104
14 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง.....	105
15 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง.....	105
16 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง.....	106
17 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง.....	106
18 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง.....	107

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	7
2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	32

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีต่าง ๆ ได้เจริญมากขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนใช้แรงงานน้อยลง สิ่งอำนวยความสะดวกมีมากขึ้น การผลิตอาหารเพื่อบริโภคของคนยุคใหม่ก็เป็นการผลิตในเชิงอุตสาหกรรมมากขึ้นเน้นความอร่อยแต่ราคาต้นทุนต่ำสุด การออกกำลังกายน้อยลง ความเครียดเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้พฤติกรรมทางด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วน การขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมามากมาย

ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องที่สำคัญมากปัญหาหนึ่งคือภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญยิ่งในปัจจุบัน เพราะจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา เป็นปัญหาที่ควรได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างเร่งด่วน การมีระดับไขมันในเลือดสูงสามารถเกิดได้ในทุกเพศ ทุกวัย ทุกระดับอาชีพ โดยเฉพาะวัยทำงานที่มีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากภาวะตึงเครียดในการทำงาน สาเหตุของการมีภาวะไขมันในเลือดสูงที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเฉพาะกระแสนิยมการรับประทานอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด (Fast food) และไม่เข้าใจเรื่องโคเลสเตอรอล (บรรหาร กอนันตกุล. 2547 : 1) ขาดการออกกำลังกายหรือการรับประทานสัดส่วนอาหารไม่เหมาะสมทำให้มีโอกาสเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงมากยิ่งขึ้น

การมีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นผลทำให้เส้นเลือดตีบแคบลง มีผลทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต (นริศ เจนวิริยะ. 2544 : 74-75) โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทยและประเทศที่เจริญแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทั้งๆ ที่โรคหัวใจสามารถป้องกันได้ (สรจักร ศิริบริรักษ์. 2544 : 120-121) แต่ผู้คนส่วนใหญ่มักไม่ให้ความสนใจ เนื่องจากภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แสดงอาการและความเจ็บป่วยอย่างชัดเจน เมื่อมีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นเวลานานๆ จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคต่างๆ ดังกล่าว

จากสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญพบว่า จำนวนผู้ตายด้วยโรคหัวใจในปีพุทธศักราช 2543 2544 2545 คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 31.9 30.3 24.6 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. 2546 : 147) และโรคหลอดเลือดสมองก็เป็นโรคหนึ่งที่

เป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยซึ่งมีอัตราการตายสูงขึ้นเรื่อยๆ จาก 18.9 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2543 เป็น 24.5 และ 26.6 ต่อประชากรแสนคนในปี 2544 และ 2545 ตามลำดับ

การที่บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จะช่วยลดความเสี่ยงและความรุนแรงของการมีภาวะไขมันในเลือดสูง ลดอัตราการตายและอัตราการพิการของโรคหัวใจขาดเลือดได้ ทำให้ช่วยลดการสูญเสียทรัพยากรทางเศรษฐกิจและมีให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าของประเทศชาติไปก่อนวัยอันสมควร และการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสม ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความเชื่อทางสุขภาพ (ภาวินี โภคสินจำริญ. 2540) เพราะความเชื่อนี้จะมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

โรเซนสตอค (กองสุขศึกษา. 2542 : 19 ; อ้างอิงจาก Rosenstock. 1974 : 328-335) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่า

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร
3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค

จากการศึกษาของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 154-169) เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมอนามัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมและป้องกันไม่ให้เกิดโรค ซึ่งเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนของบุคคลเป็นสำคัญ

การกีฬาแห่งประเทศไทย เป็นหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ สังกัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา มีความพร้อมในด้านอุปกรณ์ สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน มีสนามกีฬาสำหรับเล่นกีฬาและออกกำลังกาย นอกจากนี้ รัฐบาลยังมีนโยบายส่งเสริมสนับสนุนการกีฬาเพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนและแก้ปัญหาสังคม โดยส่งเสริมให้ใช้กีฬาเป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการส่งเสริมการกีฬาเพื่อสุขภาพมวลชนอีกด้วย (แผนกลยุทธ์การกีฬาแห่งประเทศไทย. 2546 : 3)

จากรายงานการตรวจสุขภาพประจำปีของการกีฬาแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2542 2543 2544 2545 2546 มีจำนวนผู้เข้ารับการตรวจ 302 265 232 394 397 คนตามลำดับ และพบผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 58.9 61.1 71.9 44.1 40.0 ตามลำดับ จากรายงานการตรวจสุขภาพประจำปี จะเห็นได้ว่าบุคลากรการกีฬาแห่งประเทศไทยให้ความสนใจเข้ารับการตรวจเพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้น และในจำนวนผู้เข้ารับการตรวจในส่วนนี้ จะมีผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงเกินมาตรฐาน มากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนผู้เข้ารับการตรวจ บุคคลจำนวนนี้มีความเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการมีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งบุคลากรด้านการกีฬาสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ควรจะเป็น

ผู้ที่มีบทบาทในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจในประโยชน์ของกีฬาและการออกกำลังกาย มีการใช้กีฬาเพื่อพัฒนาสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้บุคลากรตระหนักถึงภัยอันตรายของภาวะไขมันในเลือดสูง เพราะหากสะสมเป็นเวลานานๆ จะเป็นผลให้หลอดเลือดหัวใจตีบตันและอาจเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ส่วนกลาง เพื่อทราบถึงพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยและใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรให้มีความเหมาะสมต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย
2. สามารถนำผลที่ได้มาเป็นข้อมูล เพื่อกำหนดแนวทางในการวางแผนพัฒนาทางด้านสุขภาพให้แก่บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า วิจัยต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

จำนวน 837 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำนวน 264 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตาราง Krejcie และ Morgan

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านชีวสังคม

1.1.1 เพศ

1.1.2 อายุ

1.1.3 ระดับการศึกษา

1.1.4 รายได้ของครอบครัว

1.1.5 สถานภาพสมรส

1.1.6 ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน

1.2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

1.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

1.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง

1.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง

1.3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

1.3.4 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง การกระทำหรือพร้อมที่จะกระทำที่สามารถป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้ ประกอบด้วย

1.1 การรับประทานอาหารที่มีการลดปริมาณไขมันในอาหารลง มีการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง และหลีกเลี่ยงการรับประทานของหวานเป็นประจำ แต่ในขณะเดียวกันก็ให้รับประทานอาหารที่มีปริมาณกรดไขมันเลวอย่างเพียงพอ

1.2 การเว้นการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

1.3 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หมายถึง การออกกำลังกายชนิดแอโรบิก นานครั้งละ 15-60 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

1.4 การรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน

2. ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง การจำ ระลึกได้ และความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดหรือข้อเท็จจริงของสาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การวินิจฉัย การป้องกัน และการ

รักษาภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ความเชื่อหรือความคิด หรือการรับรู้ของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และอุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ดังต่อไปนี้คือ

3.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ระดับความรู้สึก หรือความเชื่อที่ตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง เช่น การไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมัน

3.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ระดับความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงว่ามีความรุนแรงเพียงใด มีผลกระทบต่อร่างกาย รวมทั้งความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง เช่น โรคหัวใจ อัมพาต หรืออาจเสียชีวิตได้ ทำให้เสียเวลาในการรักษานาน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา

3.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ระดับความรู้สึก หรือความเชื่อเกี่ยวกับผลดีที่จะได้จากการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

3.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ระดับความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับความยากลำบากหรือปัญหาอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งได้แก่ความไม่สะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือขัดกับความเคยชิน

4. ภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง สภาพความผิดปกติของไขมันในเลือดที่มีสูงกว่าระดับปกติตามมาตรฐานจนเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยพิจารณาจากการมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นเกณฑ์

5. อายุ หมายถึง อายุของบุคลากรที่ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น

5.1 ต่ำกว่า 31 ปี

5.2 31 – 40 ปี

5.3 41 – 50 ปี

5.4 51 ปี ขึ้นไป

6. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาของบุคลากรที่ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น

6.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี

6.2 ปริญญาตรี

6.3 สูงกว่าปริญญาตรี

7. รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้รวมของตนเองและสามีหรือภรรยาต่อเดือน

7.1 ต่ำกว่า 10,001 บาท

7.2 10,001 - 15,000 บาท

7.3 15,001 – 20,000 บาท

7.4 20,001 บาทขึ้นไป

8. สถานภาพสมรส แบ่งเป็น

8.1 โสด

8.2 คู่

8.3 หม้าย / แยก / หย่า

9. บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย หมายถึง พนักงานการกีฬาแห่งประเทศไทย
ทุกระดับและลูกจ้าง ที่ปฏิบัติงานอยู่ที่การกีฬาแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร

10. ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน หมายถึง ฝ่าย/สำนักที่พนักงานและลูกจ้างของการกีฬา
แห่งประเทศไทยปฏิบัติงานอยู่ โดยแบ่งการปฏิบัติงานตามโครงสร้างการกีฬาแห่งประเทศไทยเป็น
12 ฝ่าย/สำนัก ดังต่อไปนี้

10.1 สำนักผู้ว่าการ

10.2 ฝ่ายนโยบายและแผน

10.3 ฝ่ายการคลัง

10.4 ฝ่ายทรัพยากรบุคคลและสารสนเทศ

10.5 ฝ่ายพัฒนากีฬาเป็นเลิศ

10.6 สำนักกีฬาภูมิภาค

10.7 ฝ่ายพัฒนากีฬาอาชีพ

10.8 ฝ่ายสิทธิประโยชน์และมาตรฐานกีฬา

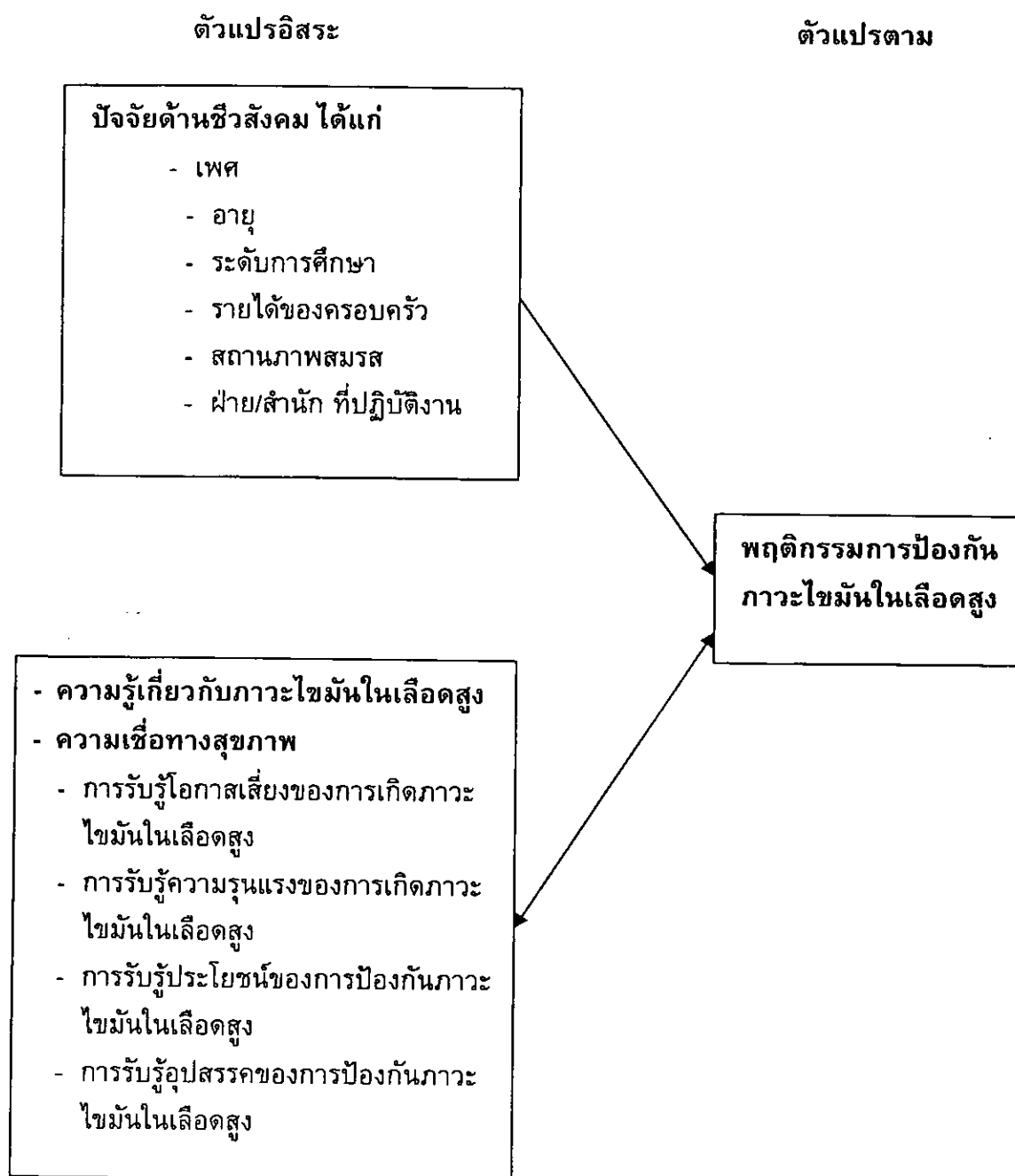
10.9 ฝ่ายสถานกีฬาและบริการ

10.10 ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา

10.11 ฝ่ายพัฒนาบุคลากรกีฬาและการทะเบียน

10.12 สำนักงานคณะกรรมการกีฬามวย

กรอบแนวคิดของการศึกษาค้นคว้า



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. บุคลากรที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
2. บุคลากรที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
3. บุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
4. บุคลากรที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
5. บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
6. บุคลากรที่มีฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
7. ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย
8. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย
9. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย
10. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย
11. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับ
กรอบความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เนื้อหาประกอบด้วย

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง
 - 1.2 พฤติกรรม การป้องกันโรค
 - 1.3 พฤติกรรม การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
 - 1.4 แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 1.5 ความเชื่อด้านสุขภาพต่อภาวะไขมันในเลือดสูงและพฤติกรรม การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด

ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia or Hyperlipoproteinemia)

บ้งอร ณ พัทลุง. (2526 : 99) ได้ให้ความหมายของภาวะไขมันสูงในเลือด หมายถึง ภาวะที่มีไขมันสูงในเลือดซึ่งไขมันที่มีความสำคัญทางคลินิกได้แก่ โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ อาจเพิ่มสูงขึ้นทั้งสองชนิดหรือชนิดใดชนิดหนึ่งก็ได้ ถ้ามีโคเลสเตอรอลสูงในเลือดเรียก Hypercholesterolemia หรือไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดเรียก Hypertriglyceridemia ถ้ามีทั้งไตรกลีเซอไรด์ และโคเลสเตอรอลสูงในเลือด เรียกภาวะนี้ว่า Combined hypertriglyceridemia and hypercholesterolemia

สมชาย พัฒนอาจกุล. (2545 : 35) ได้ให้ความหมายของไขมันในเลือดที่ผิดปกติ (Dyslipidemia) ไว้ดังนี้ Hypercholesterolemia หมายถึง ภาวะที่มีโคเลสเตอรอลในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Hypertriglyceridemia หมายถึง ภาวะที่มีไตรกลีเซอไรด์ในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Combined (mixed) hyperlipidemis หมายถึง ภาวะที่มีทั้งโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ชนิดของไขมันในเลือด ไขมันในเลือดที่สำคัญมี 4 ชนิด คือ

1. กรดไขมันอิสระ (Free fatty acid)

กรดไขมันอิสระส่วนใหญ่เป็นกรดไขมันชนิดอิ่มตัวที่สำคัญคือกรดสเตียริกและปาลเมติก มีจำนวนร้อยละ 85 หรือมากกว่า แม้ว่ากรดไขมันอิสระส่วนใหญ่จะมีเพียงร้อยละ 5 หรือน้อยกว่า กรดไขมันทั้งหมดในพลาสมา แต่ก็เป็นส่วนสำคัญในกระบวนการเมตาบอลิซึม (Metabolism) ของไขมันในพลาสมา กรดไขมันอิสระจะถูกขับออกมาจากเนื้อเยื่อไขมันรวมตัวกับอัลบูมิน (Albumin) ในพลาสมาอย่างหลวมๆ และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การออกซิไดซ์กรดไขมันอิสระจะเป็นแหล่งพลังงานสำคัญในระยะหลังดูดซึมอาหาร

2. โคเลสเตอรอล (Cholesterol)

โคเลสเตอรอลเป็นสารในกลุ่มสเตียรอยด์ ประกอบด้วย 27 อะตอม และมีส่วนที่เป็นโพลาร์ (Polar) คือหมู่ไฮดรอกซิล (Hydroxyl) ที่ตำแหน่ง 3 สามารถสร้างเป็นเอสเทอร์กับกรดไขมันได้

โคเลสเตอรอลเป็นสารสำคัญที่ร่างกายใช้ในการสังเคราะห์น้ำดีในตับ เป็นสารที่มีอยู่ในไขมันและอาหารทั่วไป เช่น ไขมันจากสัตว์ เนื้อสัตว์ เครื่องใน ไข่ เป็นต้น และร่างกายสามารถสร้างขึ้นเองจากตับ ถ้ามีมากหรือน้อยเกินไปจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้

ปกติร่างกายจะรักษาระดับโคเลสเตอรอลในเลือดให้คงที่อยู่เสมอ เช่น ถ้ารับประทานโคเลสเตอรอลน้อย ร่างกายจะสร้างโคเลสเตอรอลออกมามาก ถ้ารับประทานโคเลสเตอรอลมาก ร่างกายก็จะสร้างโคเลสเตอรอลออกมาน้อย เพื่อให้สมดุลแก่ร่างกาย โคเลสเตอรอลจะถูกสลายที่ตับ และรวมตัวกับน้ำดีในกระเพาะอาหารและลำไส้แล้วถูกขับออกมาทางอุจจาระ ส่วนหนึ่งจะถูกดูดซึมกลับไปใช้ใหม่ ถ้าร่างกายได้รับโคเลสเตอรอลมากเกินไป ไม่สามารถนำไปใช้ได้หมดจึงเกิดการสะสมของโคเลสเตอรอล ทำให้มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดอุดตัน เกิดนิ่วในถุงน้ำดี เกิดวงขาวรอบขอบตาดำคอร์เนียลอาร์คัส (Corneal arcus) เกิดต่อมไขมันแซนโทมา (Xanthoma) ตามเอ็นร้อยหวาย ข้อศอก เปลือกตา เป็นต้น

3. ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid)

ฟอสโฟไลปิดเป็นไขมันที่พบได้ในเซลล์ทุกชนิดรวมทั้งในพลาสมา มีอยู่ 5 ชนิด คือ

3.1 กรดฟอสฟาติก (Phosphatidic acid หรือ Phosphatidyl glycerol) เป็นสารที่เกิดระหว่างปฏิกิริยาที่สำคัญ ในโมเลกุลประกอบด้วยหมู่ฟอสเฟต (Phosphate) และกลีเซอรอล (Glycerol) อย่างละ 1 ตัว และมีกรดไขมัน 2 ตัว ซึ่งเป็นกรดชนิดเดียวกันหรือต่างกันได้

3.2 เลซิทีน (Lecitin หรือ Phosphatidyl choline) เป็นเอสเทอร์ของกรดฟอสฟาติกกับโคลีน (Choline) การที่เลซิทีนมีหมู่โคลีนและกรดฟอสฟอริก ทำให้มีคุณสมบัติเป็นสารที่มีประจุ

ไฟฟ้าในพลาสมา ซึ่งมีประโยชน์ในการทำให้สารประกอบไขมันคงสภาพเป็นสารละลายได้ในร่างกาย สามารถละลายได้ในตัวทำละลายอินทรีย์ทั่วไป ยกเว้นอะซิโตน (Acetone)

3.3 เซฟาลิน (Cephalin) หรือ ฟอสฟาไทด์ (Phosphatide) ที่มีกลุ่มเอทานอลามีน (Ethanalamine) ซีรีน (Serine) หรืออินซิทอล (Inositol) แทนที่กลุ่มโคลีนของเลซิทีน พบได้ในเนื้อเยื่อทั่วไปของร่างกาย แต่มีมากในสมองและเนื้อเยื่อของระบบประสาท สารกลุ่มนี้ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวของเลือด

3.4 พลาสมาโลเจน (Plasmalogen) มีกลุ่มฟอสฟาติล (Phosphatidyl) เอทานอลามีน (Ethanalamine) ซีรีน (Serine) หรืออินซิทอล (Inositol) แทนที่กลุ่มโคลีนของเลซิทีน พบได้ในกล้ามเนื้อหัวใจ สมอง และตับ ยังไม่ทราบหน้าที่เด่นชัดของสารกลุ่มนี้ แต่เป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัว

3.5 สฟิงโกมายีลีน (Sphingomyelins) เป็นสารฟอสโฟไลปิดที่พบได้ในเนื้อเยื่อทั่วไปโดยเฉพาะสมองและระบบประสาท สารฟอสโฟไลปิดเป็นตัวฟอก (Detergent) ทำให้ความสามารถในการละลายของไขมันอื่นๆ ดีขึ้น

4. ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)

ไตรกลีเซอไรด์เป็นไขมันชนิดหนึ่ง ได้จากอาหารไขมันที่บริโภคและจากการสังเคราะห์ที่ตับ ไตรกลีเซอไรด์อาจเป็นของแข็งหรือของเหลวก็ได้ที่อุณหภูมิห้อง ขึ้นอยู่กับชนิดของกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid : FFA) ถ้าเป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น กรดโอเลอิก (Oleic acid) โลโนเลอิก (Linoleic acid) จะมีจุดหลอมเหลวต่ำและเป็นของเหลวที่อุณหภูมิห้อง แต่ถ้าเป็นกรดไขมันอิ่มตัว เช่น กรดสเตียริก (Stearic acid) จะมีจุดหลอมเหลวสูงและเป็นของแข็งที่อุณหภูมิห้อง กรดไขมันอิสระที่ประกอบอยู่ในโมเลกุลของไตรกลีเซอไรด์ทั้ง 3 ตำแหน่ง อาจเป็นกรดชนิดเดียวกันหรือต่างกันได้ ไตรกลีเซอไรด์เป็นไขมันที่ร่างกายนำไปเผาผลาญเพื่อให้เกิดพลังงาน และร่างกายสามารถนำไปใช้งานได้ มี 2 ชนิด คือ

4.1 ไคโลไมครอน ไตรกลีเซอไรด์ (Chylomicron triglyceride) ได้จากอาหารไขมันที่บริโภคเข้าไป

4.2 วีแอลดีแอล ไตรกลีเซอไรด์ (Very low density lipoprotein triglyceride : VLDL-TG) ได้จากการที่ตับสังเคราะห์อาหารจำพวกแป้งที่บริโภคเข้าไป

ไตรกลีเซอไรด์มีความสำคัญทางด้านโภชนาการหลายประการ นับตั้งแต่เป็นตัวให้พลังงาน คือ 1 กรัมของไตรกลีเซอไรด์ให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี วิตามินที่ละลายในไขมันทั้ง 4 ชนิด ได้แก่ วิตามินเอ ดี อี และเค จะถูกดูดซึมจากลำไส้เล็กได้ต้องอาศัยไตรกลีเซอไรด์ รสชาติของอาหารจะอร่อยได้ถูกปากต้องอาศัยไตรกลีเซอไรด์ขนาดพอเหมาะและทำให้รู้สึกอิ่มท้องได้นานด้วย ร่างกายยังเก็บสะสมไตรกลีเซอไรด์ไว้ใช้เป็นพลังงานเมื่อร่างกายต้องการอีกด้วย

ไขมันในเลือดทั้ง 4 ชนิดนี้ ต้องอาศัยการขนถ่ายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยจะต้องเกาะกับโปรตีน คือ อะโปโปรตีน (Apoprotein) เมื่อประกอบกับ Plasma lipid จะเรียกว่า "ไลโป

โปรตีน" (Lipoprotein) ทำหน้าที่ขนส่งไขมันจากลำไส้เล็กไปยังตับและจากตับไปยังแหล่งสะสมไขมันเนื้อเยื่ออื่นๆ ไลโปโปรตีนแต่ละชนิดจะมีปริมาณไขมันและโปรตีนแตกต่างกัน ทำให้มีความหนาแน่น (Density) ต่างกัน ไลโปโปรตีนของพลาสมาแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มตามค่าความหนาแน่น โดยเรียงลำดับจากความหนาแน่นน้อยไปมาก ดังนี้ (มนตรี จุฬาวรรณพ. 2530 : 79-80)

1. ไคโลไมครอน (Chylomicron)

เป็นไลโปโปรตีนชนิดที่ใหญ่และมีความหนาแน่นน้อยที่สุดซึ่งมีหน้าที่ขนส่งไขมันจากอาหารที่บริโภคจากลำไส้ไปสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย สร้างที่ลำไส้เล็กบริเวณดีโอดูมัม (Duodenum) และ เจจูนัม (Jejunum) โดย ไมโครวิลไล (Microvilli) นำโมโนกลีเซอไรด์และกรดไขมันอิสระจากอาหารมารวมตัวเป็นไตรกลีเซอไรด์ ไตรกลีเซอไรด์และสารไขมันอื่นๆ จะรวมตัวกับอะโปโปรตีนสร้างเป็นไคโลไมครอนแล้วปล่อยออกมาที่ท่อน้ำเหลืองและนำสู่กระแสเลือดต่อไป ไคโลไมครอนประกอบด้วยไขมันร้อยละ 98-99 (ไตรกลีเซอไรด์ ร้อยละ 90 โคเลสเตอรอล ร้อยละ 3 และฟอสโฟไลปิด ร้อยละ 5) และโปรตีน ร้อยละ 1-2

2. ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นน้อยมาก (Very low density lipoprotein, VLDL)

เป็นไลโปโปรตีนขนาดเล็กกว่าไคโลไมครอน (Chylomicron) สร้างที่ตับ ส่วนใหญ่ประกอบด้วยไขมันร้อยละ 89-94 (ไตรกลีเซอไรด์ ร้อยละ 55-65 โคเลสเตอรอลร้อยละ 18-22 ฟอสโฟไลปิดร้อยละ 12-18) และโปรตีนร้อยละ 5-10 ตามปกติ วิตามินอี แอล มีอัตราส่วนของไตรกลีเซอไรด์ต่อโคเลสเตอรอลเป็น 5 ต่อ 1 วิตามินอี แอล ทำหน้าที่ขนส่งไตรกลีเซอไรด์ที่ร่างกายสร้างขึ้นไปสู่เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อ ถูกย่อยโดยเอนไซม์ ไลโปโปรตีน ไลเปส (Lipoprotein lipase) และถูกเปลี่ยนเป็น แอล ดี แอล ตามลำดับ

3. ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นน้อย (Low density lipoprotein, LDL)

เป็นไลโปโปรตีนที่มีโคเลสเตอรอลสูงกว่าไลโปโปรตีนชนิดอื่นๆ และทำหน้าที่ขนส่งถ่ายโคเลสเตอรอลไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ ประกอบด้วยโคเลสเตอรอลประมาณ ร้อยละ 45 ที่เหลือเป็นไตรกลีเซอไรด์ ฟอสโฟไลปิด และไลโปโปรตีน

4. ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High density lipoprotein, HDL)

เป็นไลโปโปรตีนตัวสำคัญและขนาดเล็กที่สุด ส่วนใหญ่สร้างจากเซลล์ตับและลำไส้เล็ก ส่วนน้อยได้มาจากการเผาผลาญของไคโลไมครอน เอช ดี แอล ประกอบด้วยไขมันร้อยละ 50-55 (ไตรกลีเซอไรด์ร้อยละ 3-6 โคเลสเตอรอลร้อยละ 17-23 และฟอสโฟไลปิดร้อยละ 20-30) และโปรตีนในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีกระบวนการดังนี้

4.1 ทำหน้าที่ขนส่งโคเลสเตอรอลจากเซลล์เนื้อเยื่อส่วนปลายกลับไปเผาผลาญที่ตับและขับออกทางน้ำดี

4.2 ช่วยป้องกันไม่ให้เซลล์ต่างๆ รับเอาแอล ดี แอล เข้าไปมากเกินไปโดยที่เอช ดี แอล สามารถแบ่งที่แอล ดี แอล ในการจับกับแอล ดี แอล รีเซพเตอร์ (LDL receptor) ได้

จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ผกผันระหว่าง เอช ดี แอล กับอัตราเสี่ยงของการเกิด

โรคหัวใจขาดเลือด ระดับ เอช ดี แอล ต่ำมักสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกาย โรคอ้วน การสูบบุหรี่ และภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด

ไขมันในเลือดที่เป็นปัญหาสำคัญทางคลินิกนั้น มีอยู่ 2 ประเภท คือ

1. ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) เป็นไขมันที่ได้จากอาหารไขมันที่เรบริโกลจากภายนอก คือ ไคโลไมครอน ไตรกลีเซอไรด์ (Chylomicron TG) จากการสังเคราะห์ที่ตับจากอาหารจำพวกแป้งที่เรบริโกลเข้าไปคือ วีแอลดีแอล (VLDL TG) หน้าที่หลักของไตรกลีเซอไรด์ เป็นแหล่งสะสมของพลังงานที่ร่างกายจะนำไปใช้ซึ่งมีความสำคัญ กล่าวคือ แม้จะอยู่ในภาวะอดอาหาร ร่างกายสามารถนำไตรกลีเซอไรด์มาใช้ได้เป็นเวลาหลายสัปดาห์ ต่างจากการโบไฮเดรตใช้เวลาเพียงไม่กี่ชั่วโมงก็จะเผาผลาญหมดไป นอกจากนี้ยังให้พลังงาน (Calories) ต่อกรัมมากกว่าการโบไฮเดรตและโปรตีน

2. โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) ได้จากการสังเคราะห์ที่ตับ และจากอาหารที่บริโกล แบ่งเป็น 2 ชนิด

2.1 Low density lipoprotein cholesterol (LDL-C) หรือโคลเลสเตอรอลอันตราย ความจริงแล้วโคลเลสเตอรอลเป็นสารที่มีคุณและโทษ กล่าวคือถ้ามีปริมาณพอเหมาะพอดีก็มีประโยชน์ต่อร่างกายและเนื้อเยื่อที่ต้องใช้เป็นส่วนประกอบของเยื่อหุ้มเซลล์ เนื้อเยื่อของสมองและระบบประสาท นอกจากนี้ยังเป็นวัตถุดิบในการสร้างฮอร์โมนเพศหญิง ฮอร์โมนเพศชาย ฮอร์โมนคอร์ติโซน และกรดน้ำดี ภาวะ แอล ดี แอล โคลเลสเตอรอลในเลือดสูงมักจะเกิดร่วมกับภาวะโคลเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) สูงด้วย ซึ่งจะพอกพูนหนาขึ้นเรื่อยๆ ในหลอดเลือด เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และมีโอกาสเสี่ยงต่อการอุดตันของเส้นเลือด เกิดเป็นโรคหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจวายในที่สุด ถ้ามีการอุดตันของเส้นเลือดสมองจะทำให้เกิดโรคอัมพาต หรือเสียชีวิตได้เช่นกัน ระดับแอล ดี แอล โคลเลสเตอรอลในเลือดในปกติต้องไม่เกิน 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การที่ แอล ดี แอล โคลเลสเตอรอลสูง นอกจากการกินอาหารไขมันที่มากเกินไปแล้ว ยังสัมพันธ์กับภาวะที่ร่างกายมีความแรงในกระบวนการออกซิเดชันสูง (Oxidative stress) เช่นภาวะเครียด ภาวะติดเชื้อ ภาวะรับมลพิษเข้าสู่ร่างกายมากๆ

2.2 High density lipoprotein cholesterol (HDL-C) หรือโคลเลสเตอรอลดีซึ่งมีหน้าที่เป็นตัวพาโคลเลสเตอรอลรวมที่จับคราบตามหลอดเลือด ให้หมุนเวียนกลับไปส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ในโมเลกุลของโคลเลสเตอรอลจะมี เอช ดี แอล โคลเลสเตอรอลอยู่ร้อยละ 20 ถ้ามีระดับสูงกว่านี้จะลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับเอช ดี แอล โคลเลสเตอรอลในเกณฑ์ปกติของผู้ชาย 35-45 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และผู้หญิง 45-55 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

สาเหตุของโคเลสเตอรอลสูงในเลือด

ภาวะโคเลสเตอรอลหรือแอล ดี แอล (LDL) โคเลสเตอรอลสูงในเลือดแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือสูงจากอาหาร (Dietary) สูงจากพันธุกรรม (Primary) และสูงจากสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลัง (Secondary hypercholesterolemia)

1. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงปฐมภูมิหรือจากพันธุกรรม (Primary hypercholesterolemia)

ภาวะโคเลสเตอรอลสูงเนื่องจากพันธุกรรมมีอยู่ 3 ประเภทคือ แฟมิลีเลีย ไฮเปอโคเลสเตอรอลลีเมีย (Familial hypercholesterolemia) แฟมิลีเลียคอมไบด์ ไฮเปอโคเลสเตอรอลลีเมีย (Familial combined hypercholesterolemia) และโพลีจีนิก ไฮเปอโคเลสเตอรอลลีเมีย (Polygenic hypercholesterolemia)

แฟมิลีเลีย ไฮเปอโคเลสเตอรอลลีเมีย โกลด์สไตน์และบราวน์ (Goldstein and Brown) เป็นผู้ค้นพบว่าผู้ป่วยประเภทนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนที่ควบคุมหน้าที่ของ แอล ดี แอล รีเซพเตอร์ (LDL receptor) ความผิดปกติของ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลในผู้ป่วยประเภทนี้ มีผลทำให้การเผาผลาญลดลง ระดับแอล ดี แอลในเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโฮโมไซกัส (Homozygous) แฟมิลีเลีย ไฮเปอโคเลสเตอรอลลีเมีย ยังมีการสร้าง แอล ดี แอล เพิ่มขึ้น อุบัติการณ์ของเฮเทอโรไซกัส (Heterozygous) แฟมิลีเลีย ไฮเปอโคเลสเตอรอลลีเมีย พบได้ในอัตรา 1-2 / 1,000 คน ส่วนโฮโมไซกัส พบน้อยมากคือ 1 ในล้านคน

อาการทางคลินิกที่สำคัญ คือ การเกิดภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งเมื่ออายุยังน้อย ผู้ป่วยเฮเทอโรไซกัส แฟมิลีเลีย ไฮเปอโคเลสเตอรอลลีเมีย ที่ไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ตั้งแต่อายุ 30 ปี ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยประเภทนี้มักมีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนอายุ 60 ปี การศึกษาพบว่าร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดจากเฮเทอโรไซกัส แฟมิลีเลีย ไฮเปอโคเลสเตอรอลลีเมีย ส่วนผู้ป่วยโฮโมไซกัส แฟมิลีเลีย ไฮเปอโคเลสเตอรอลลีเมีย มักมีอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนอายุ 20 ปี อนึ่งผู้ป่วยประเภทนี้มักมีเส้นเลือดเอออดิคตีบ (Aortic stenosis) ร่วมด้วย

แฟมิลีเลีย คอมไบน์ ไฮเปอโคเลสเตอรอลลีเมีย ได้มีการค้นพบโรคนี้ในปีคริสต์ศักราช 1973 และครึ่งหนึ่งของพี่น้องของผู้ป่วย มีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์แบบออโตโซมอล โดมิแนนท์ (Autosomal dominant) โดยยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด ตัวผู้ป่วยหรือญาติสายตรงของผู้ป่วยอาจมีฟีโนไทป์ (Phenotype) เป็นแบบ IIa, IIb, IV หรือ V อย่างไรก็ตามการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยมีฟีโนไทป์แบบ IV 1 ใน 3 เป็นแบบ IIa และ 1 ใน 3 เป็นแบบ IIb ส่วนแบบ V พบน้อยมาก การตรวจพบระดับโคเลสเตอรอลสูง มักพบภายหลังอายุ 30 ปี อุบัติการณ์ของโรคนี้พบได้ในอัตรา 3-5 / 1,000 คน

ผลตามมาทางคลินิกที่สำคัญคือ การเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยพบว่าร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดจากประเภทนี้ ส่วนปื้นเหลืองที่ผิวพบได้น้อย แต่มักพบว่า

ผู้ป่วยมีโรคอ้วน ไม่มีความต้านทานกลูโคส (Glucose intolerance) และภาวะอินซูลินในเลือดสูง (Hyperinsulinemia)

โพลีจีนิก ไฮเปอโคเลสเตอรอลลิเมีย คือ ภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดเนื่องจากความผิดปกติของยีนหลายตัวที่มีผลกระทบต่อดัชนี แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลในเลือด ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ มีส่วนส่งเสริมต่อการแสดงออกของภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด ผู้ป่วยประเภทนี้มีข้อมูลบ่งชี้ว่า แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลที่สูงขึ้นในเลือดนั้นเกิดจากการสร้าง แอล ดี แอล เพิ่มขึ้น ร่วมกับการเผาผลาญ แอล ดี แอล ลดลง ซึ่งเป็นผลจากการทำงานของ แอล ดี แอล รีเซพเตอร์ของตับด้อยลง ทำให้ วี แอล ดี แอล เรมีแนนท์ (VLDL remnant) ผ่านเข้าสู่ตับลดน้อยลง จึงถูกเปลี่ยนไปเป็น แอล ดี แอล มากขึ้น

2. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงทุติยภูมิ (Secondary hypercholesterolemia)

นอกจากนี้ก็ยังมีความเสี่ยงภาวะโคเลสเตอรอลสูงจากโรคหรือยาบางชนิด โรคหรือภาวะบางอย่าง ตลอดจนการใช้ยาบางชนิดที่มีผลกระทบต่อเมตาบอลิซึมของไขมัน เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดผิดปกติได้ ที่พบบ่อยได้แก่

2.1 Hypothyroidism ภาวะนี้มีผลต่อเมตาบอลิซึมของไลโปโปรตีน ทำให้ระดับ LDL-C เพิ่มขึ้น และยับยั้งการทำงานของ แอล ดี แอล รีเซพเตอร์ (LDL receptors) ผู้ป่วยใช้พลังงานน้อย มีพลังงานส่วนเกิน จึงทำให้ระดับผลิต วี แอล ดี แอล ไตรกลีเซอไรด์ (VLDL triglyceride) เพิ่มขึ้น เกิดภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (Hypertriglyceridemia) ขึ้น

2.2 Nephrotic syndrome ภาวะของโรคทำให้เกิด Hypoalbuminemia ทำให้ระดับผลิต Lipoprotein เพิ่มขึ้น LDL-C เพิ่มขึ้น จึงทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น

2.3 Renal failure พบในผู้ป่วย Chronic renal failure ซึ่งมีการสร้าง VLDL triglyceride เพิ่มขึ้น

2.4 Diabetic dyslipidemia ผู้ป่วยเบาหวาน NIDDM มี Hypertriglyceridemia ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของ Lipolysis VLDL Triglyceride และผลิต VLDL triglyceride เพิ่มขึ้น

นอกจากนี้การดื่มสุราเป็นประจำ และการขาดการออกกำลังกายก็เป็นสาเหตุด้วย

3. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงจากอาหาร (Dietary hypercholesterolemia)

การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวกับโคเลสเตอรอลสูง มีผลทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดสูงได้ คนอ้วนบางรายระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลสูงได้ โดยมีส่วนสัมพันธ์กับชนิดของอาหารดังกล่าว ในภาวะนี้ระดับโคเลสเตอรอลสามารถลดได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือลดปริมาณไขมันอิ่มตัวและอาหารที่มีโคเลสเตอรอล ดังแสดงในตาราง 1 ก็จะทำให้ลดปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดลงได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษา

ตาราง 1 ปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหาร 100 กรัม

อาหาร	โคเลสเตอรอล (มิลลิกรัม)
สมองหมู	2,000
ไข่แดง	1,250
ไข่ทั้งฟอง	427
ไข่นกกระทา	508
ไข่ปลาดุก	499
ไข่ปลาช่อน	434
ตับวัว	218
ตับหมู	364
ตับไก่	336
เซ่งจี๋หมู	235
ปอดหมู	226
หอยนางรม	231
หนังไก่	93
น้ำมันหมู	89
ไก่ (เนื้อและหนัง)	70
อกไก่ (ไม่ติดมัน)	60
หมู (ไม่ติดมัน)	70
เนย	186
เนยแข็ง	94
กุ้งใหญ่ (Lobster)	200
กุ้งนาง	146
กุ้งแช่บ๊วย	192
กุ้งกุลาดำ	175
ปูม้า	90
ปูทะเล	87
ปลาหมึกกระดอง	322
เนื้อวัว	65
เป็ด (เนื้อและหนัง)	76

สาเหตุของไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด

สาเหตุของภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด อาจเกิดจาก

1. อาหารที่รับประทานโดยเฉพาะผู้ที่รับประทานจุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพวกที่รับประทานไขมันจากสัตว์มาก รับประทานน้ำตาลทรายหรือขนมหวานมาก จะทำให้เกิดเป็นโรคอ้วนในที่สุด ทำให้ระดับสังเคราะห์ วิ แอล ดี แอล มากจึงทำให้มีระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือด

2. ผู้ที่ดื่มสุรามากเป็นประจำก็มักมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดซึ่งมักจะเป็นผลจากระดับแอล ดี แอล และโคเลสเตอรอลสูงในเลือด

3. ภาวะไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือดจากโรคหรือการใช้ยาบางชนิด โรคบางชนิดเช่น โรคเบาหวาน (Diabetic mellitus) ภาวะไตล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic renal failure) ตลอดจนการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด อาจก่อให้เกิดภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดได้

ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดที่เกิดจากร่างกายมี วิ แอล ดี แอล หรือโคเลสเตอรอลสูงในเลือดนั้น พบว่า ผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด เนื่องจากการสร้าง วิ แอล ดี แอล มากกว่าปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มากกว่าผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด เนื่องจากการเผาผลาญ วิ แอล ดี แอล ลดลงกว่าปกติ ทั้งนี้เพราะผู้ที่มีการสร้าง วิ แอล ดี แอล มาก มักมี วิ แอล ดี แอล ส่วนน้อยที่หลงอยู่ แอล ดี แอล ขนาดเล็กซึ่งผ่านเข้าสู่เยื่อหลอดเลือดแดงได้ง่ายกว่า วิ แอล ดี แอล ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ สำหรับภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดนั้นก่อให้เกิดการอักเสบของตับอ่อนแบบเฉียบพลันได้ (Acute pancreatitis) และอาจเป็นไปได้ว่าโคเลสเตอรอลที่เหลือน้อยซึ่งมีขนาดเล็กกว่าและมีโคเลสเตอรอลมากกว่า อาจก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้

สารต่าง ๆ ที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับนั้น จะเป็นปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายของเรา เป็นปริมาณที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ปกติ แต่ถ้าได้รับในปริมาณมากหรือน้อย ก็ทำให้ร่างกายเกิดภาวะที่ผิดปกติได้ สารอาหารไขมันก็เช่นเดียวกัน ถ้าได้รับมากเกินไปก็จะทำให้ได้รับพลังงานมากเกินไป ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีการสะสมไขมันในร่างกายทำให้อ้วนได้ และทำให้ไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ (Hyperlipidemia) หรือไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงในเลือด ภาวะไขมันสูงในเลือดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นการป้องกันและรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างถูกต้อง จึงมีส่วนสำคัญในการลดอัตราการตายและอัตราพิการของโรคหัวใจขาดเลือด

จากการศึกษาที่ฟรามิงแฮม สหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 250 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่มีโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 250 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตรถึง 2-3 เท่า และผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้ (บึงอร ณ พัทลุง. 2526 : 102) จากการค้นคว้าทางระบาดวิทยาในปัจจุบันพบว่าอาหารระดับของเอช ดี แอล และแอล ดี แอล จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีกว่าดูเพียงระดับโคเลสเตอรอลรวม

การวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือด (สมใจ วิชัยดิษฐ, วิชัย ดันไพจิตร, และทรงศักดิ์ ศรีอนุชาติ. 2529 : 84-86) ; (สมชาย พัฒนางกุล. 2545 : 37)

การวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือด ทำได้โดยการตรวจวัดปริมาณไขมันในเลือดรวมกับการตรวจร่างกายเพื่อดูอาการแสดงต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงภาวะไขมันในเลือดสูง พร้อมทั้งซักประวัติการรับประทานอาหาร ซึ่งจะใช้เป็นข้อบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นได้รับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) จากอาหารมากน้อยเพียงใด สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงบริโภคนิสัยของบุคคลนั้นด้วย การตรวจวัดระดับไขมันในเลือด ต้องมีการเตรียมตัวก่อนการเจาะเลือด เพื่อให้การวัดระดับไขมัน (Lipid) ได้ผลถูกต้องและวินิจฉัยได้แน่นอน ดังนั้นข้อควรปฏิบัติในการตรวจระดับไขมัน คือ

1. ควรตรวจเลือดเมื่ออยู่ในสภาวะปกติ ไม่มีโรคเจ็บป่วยเฉียบพลัน ไม่ออกกำลังกายหักโหม รับประทานอาหารชนิดที่รับประทานเป็นประจำตามปกติและมีน้ำหนักคงที่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนเจาะเลือด ถ้าเป็นไปได้ควรงดยาที่ทำให้ระดับไขมันเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะยาลดไขมันในเลือด ยาขับปัสสาวะ ยาฮอร์โมนเพศ และยาลดการเต้นของหัวใจ (Beta blocker) เป็นต้น รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด มิฉะนั้นค่าจะคลาดเคลื่อนจากค่าปกติ
2. ไม่ควรตรวจระดับไขมันในเลือดเมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยกเว้นกรณีที่สงสัยว่ามีการตับอ่อนอักเสบชนิดเฉียบพลันจากภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง
3. ในผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) หรือมีภาวะเครียดทางจิตใจ ควรเจาะเลือดภายหลังจากผ่านพ้นอาการรุนแรงของโรคแล้วประมาณ 4-8 สัปดาห์
4. ควรงดอาหารนาน 12 ชั่วโมง (ยกเว้นน้ำเปล่า) งดเว้นการออกกำลังกายหักโหม 24 ชั่วโมง ก่อนเจาะเลือด
5. ควรอยู่ในท่านั่งนานประมาณ 5 นาที ก่อนเจาะเลือด
6. ไม่ควรรัดแขนนานเกิน 1 นาทีก่อนเจาะเลือด ถ้ายังเจาะไม่ได้ควรเปลี่ยนแขน หรือปลดสายรัด แล้วรออีก 2-3 นาทีก่อนเจาะครั้งต่อไป

ปัจจัยที่ทำให้ผลการตรวจไขมันในเลือดคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง (สมชาย พัฒนางกุล. 2545 : 36)

1. ช่วงเวลาของวัน ในคนๆ เดียวกัน ระดับโคเลสเตอรอลจะเปลี่ยนแปลงน้อยมาก คือ ร้อยละ 2-3 แต่ไตรกลีเซอไรด์จะเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้นกับเวลาที่เจาะเลือด
2. ฤดูกาล (Seasonal variation) ระดับไตรกลีเซอไรด์และเอช ดี แอล เปลี่ยนแปลงร้อยละ 3-5 โดยจะลดลงในฤดูร้อนและสูงขึ้นฤดูหนาว
3. อาหารและแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวและแคลอรีสูง จะเพิ่มระดับโคเลสเตอรอลในเลือด แอลกอฮอล์เพิ่มระดับไตรกลีเซอไรด์และเอช ดี แอล

4. การออกกำลังกายหักโหมใน 24 ชั่วโมงก่อนเจาะเลือด อาจทำให้ค่าไตรกลีเซอไรด์ต่ำกว่าความเป็นจริง

5. การเจาะเลือดหลังจากรับประทานอาหาร จะให้ค่าไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจาก ไคโลไมครอน ที่ย่อยสลายจากไขมันในอาหารถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด โดยที่ยังไม่ถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ แต่ระดับโคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) จะสูงขึ้นไม่เกินร้อยละ 1.5 เช่นเดียวกับ เอช ดี แอล จะเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ดังนั้นถ้าจะตรวจ โคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) และ HDL-C ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่ถ้าจะตรวจ Triglyceride หรือ คำนวน LDL-C จากสูตรของ Friedwald คือ $LDL-C = TC - HDL - TG/5$ mg/dl หรือ $LDL-C = TC - HDL - TG/2.2$ mmol/L นั้น จะต้องให้อดอาหารนาน 9- 12 ชั่วโมง มิฉะนั้นจะได้ค่า Triglyceride สูงกว่าความเป็นจริงและคำนวณค่า LDL-C ได้ต่ำกว่าความเป็นจริง

6. ท่าทางการเจาะเลือด (Posture) การเจาะเลือดในท่านอนจะมีระดับไขมันในเลือดต่ำกว่าท่านั่งและท่านยืน ในทางปฏิบัติควรเจาะเลือดในท่านั่ง เนื่องจากเป็นท่าที่ใช้เจาะเลือดบ่อยที่สุด

7. การรัดแขนระหว่างเจาะเลือด ถ้าวัดนานกว่า 2 นาที จะทำให้เกิดความเข้มข้นของเลือด (Hemoconcentration) และค่าไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น ร้อยละ 2-5 ถ้าวัดนาน 5 นาที จะสูงขึ้น ร้อยละ 10-15

8. การใช้สารกันเลือดแข็ง (Anticoagulant) ชนิด Citrate และ Oxalate จะดึงน้ำออกจากเม็ดเลือดแดงเข้าสู่พลาสมา ทำให้ไตรกลีเซอไรด์ ลดลงร้อยละ 10 สารกันเลือดแข็งชนิด EDTA และ Heparin ทำให้ค่าไตรกลีเซอไรด์ ลดลงร้อยละ 3 และไม่เกินร้อยละ 1 ตามลำดับ

9. Acute stress ต่างๆ เช่น ได้รับความอุบัติเหตุ โรคติดเชื้อ การทำผ่าตัด อาการปวดรุนแรง อาจทำให้ โคเลสเตอรอลรวม ลดลงได้ถึงร้อยละ 40 และคงต่ำปกติอยู่หลายสัปดาห์

10. การตั้งครรภ์ ไตรกลีเซอไรด์อาจเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ระหว่างการตั้งครรภ์ เนื่องจาก ระดับแอล ดี แอล และวี แอล ดี แอล เพิ่มขึ้น ไตรกลีเซอไรด์ อาจเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า โดยเพิ่มสูงสุดในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ และจะลดลงสู่ระดับปกติภายหลังคลอด 6 สัปดาห์ แต่ไตรกลีเซอไรด์ อาจจะยังคงสูงอยู่นานถึง 6-9 เดือน

หลังจากได้ผลของไขมันในเลือดแล้ว ต้องมีการแปลผลที่ได้ว่าปกติหรือไม่ การแปลผลจะใช้การเปรียบเทียบค่าที่ได้จากคนปกติ โดยใช้หลักสถิติเข้ามาช่วย ถ้าหากค่าไขมันที่วัดได้อยู่ในช่วง 95 เปอร์เซนต์ไทล์ของค่าปกติขึ้นไป ถือว่ามีภาวะไขมันสูงในเลือดและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่มีการวัดไขมันในเลือดต่ำกว่านี้

การตัดสินใจภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ

การตรวจวัดระดับไขมันในเลือดของประชากรที่แข็งแรงพบว่าการกระจายตัวแบบปกติ โดยไม่สามารถแยกแยะระหว่างผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติออกจากปกติได้ จึงได้มีการยึดถือว่า ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 95 ของประชากรกลุ่มใหญ่ที่ศึกษาเป็นผู้ที่มีระดับ

ไขมันในเลือดสูง ปัจจุบันนี้มีข้อมูลที่บ่งชี้อย่างแน่ชัดว่า ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดมีส่วนสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ด้านไตรกลีเซอไรด์ก็ใช้หลักเกณฑ์เดียวกัน หลักเกณฑ์ในการตัดสินระดับไขมันผิดปกติได้กำหนดจากผู้เชี่ยวชาญของ European atherosclerosis society (EAS) และ National cholesterol education program (NCEP) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ดังตาราง 2

ตาราง 2 เกณฑ์ตัดสินความผิดปกติของไขมันในเลือด (Dyslipidemia)

ไขมัน (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	อัตราเสี่ยง		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
EAS			
Cholesterol	< 200	200-250	> 250
HDL-C ชาย	> 58	31 - 58	< 31
หญิง	> 66	39 - 66	< 39
Triglyceride	< 200	200 - 500	> 500
NCEP			
Cholesterol	< 200	200-239	> 240
LDL-C	< 130	130 - 159	> 160
HDL-C	> 60	35 - 39	< 35
Triglyceride	< 200	200 - 399	> 400

ที่มา : ศุภร เจริญพานิช. 2543 : 10 - 11

ค่าปกติของไขมันมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อระดับไขมันในเลือด (ศุภร เจริญพานิช. 2543 : 9-10) ; (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 43-44) ได้แก่

1. ความแตกต่างทางด้านภูมิประเทศ พบว่าความแตกต่างทางภูมิศาสตร์มีผลต่อระดับไขมันในเลือด พวกที่อยู่ในประเทศที่พัฒนาจะมีระดับไขมันสูงกว่าคนที่อยู่ในประเทศด้อยพัฒนา และคนกลุ่มหลังมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดต่ำ ส่วนชาวยุโรปและอเมริกันการเกิดโรคนี้จะพบได้มาก ทั้งนี้เนื่องจากอาหารที่รับประทานมีส่วนประกอบของไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง
2. อายุ ปริมาณของไขมันในเลือดแปรตามอายุ พบว่าไขมันที่วัดได้จากเลือดสายสะดือ

ของเด็กแรกเกิดจะต่ำมากและเพิ่มขึ้นเร็วมากในระยวัยเด็ก เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จะเพิ่มขึ้นทีละน้อย ในชาวยุโรปและอเมริกันระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์จะเพิ่มขึ้นสูงจนถึงอายุ 60-70 ปี

3. ความแตกต่างระหว่างเพศ ไขมันมีความแตกต่างระหว่างเพศและมีผลต่อระดับของ ไตรกลีเซอไรด์มากกว่าระดับของโคเลสเตอรอล พบว่าเพศชายมีไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าเพศหญิงทุกวัย โดยเฉพาะช่วงอายุ 20-30 ปี ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงถึงร้อยละ 40 แต่ความแตกต่างจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

สำหรับโคเลสเตอรอล พบว่าแตกต่างกันไม่มาก แต่ในวัยหนุ่มสาวค่าของโคเลสเตอรอลในชายจะสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญจนถึงอายุ 40-50 ปี หญิงจะมีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่าชาย

4. ปริมาณและชนิดของอาหารที่รับประทานได้แก่ คาร์โบไฮเดรต จะทำให้มีระดับ เอช ดี แอล ต่ำ สุรา และยาบางชนิดมีผลต่อเมตาบอลิซึมของไขมัน

5. ฮอร์โมน หญิงทุกระดับอายุมีปริมาณเอช ดี แอล สูงกว่าชายจนถึงวัยหมดประจำเดือน ความแตกต่างนี้พบได้ตั้งแต่วัยหนุ่มสาวเป็นต้นมา ทั้งนี้เกิดจากฤทธิ์ของเอสโตรเจน ซึ่งทำให้มีระดับของเอช ดี แอล และไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น ส่วนแอนโดรเจน มีฤทธิ์ลดปริมาณของ เอช ดี แอล และมีรายงานเกี่ยวกับผลของการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานแบบรวมเอสโตรเจน-โปรเจสเตอโรน ต่อระดับ เอช ดี แอล พบว่าขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของฮอร์โมน โดยทั่วไปการเพิ่มโปรเจสเตอโรน จะทำให้เปลี่ยนแปลงฤทธิ์ในการเพิ่ม เอช ดี แอล

6. สาเหตุอื่นๆ หลังผ่าตัดหรือได้รับบาดเจ็บ ความเจ็บป่วยมีผลรบกวนต่อเมตาบอลิซึมของระดับไขมันในพลาสมา

โรคที่เกิดจากไขมันในเลือดสูง

อาการและการแสดงออกของภาวะไขมันในเลือดสูงนั้น มีอยู่หลายระบบในร่างกายและทำให้เกิดโรคต่างๆ ดังนี้

1. ระบบผิวหนัง จะมีผื่นหรือตุ่มสีขาว-เหลือง ตามบริเวณข้อต่อต่างๆ และที่หนังตาบนและล่าง บางครั้งก็พบที่ฝ่ามือ ข้อศอก เข่า และข้อของนิ้วมือ
2. ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปวดท้อง พบได้บ่อยมากร้อยละ 60-75 และมีอาการอักเสบของตับอ่อน ตับและม้ามโต
3. ระบบประสาท อาการที่เกิดขึ้นเป็นเพราะการแข็งตัวจนทำให้มีการตีบหรืออุดตันของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เกิดมีอาการอัมพาต สมองเสื่อมสมรรถภาพ ทำให้ความคิด ความจำ และเลือนผิดปกติไป (Hyperlipidemia dementia) ถ้าเป็นที่ส่วนของไขสันหลัง ก็จะเป็นอัมพาตของขาทั้งสองข้าง
4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด เส้นเลือดจะแข็งตัวเร็วแม้อายุน้อย จะมีโรคเส้นเลือดของหัวใจตีบหรืออุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) อาการแสดงจะมีเจ็บหน้าอกข้างซ้ายได้กระดูกหน้าอกหรือส่วนบนของหน้าท้อง ซึ่งอาจทำให้เข้าใจว่าเป็นโรคปวดท้องได้

5. ตา มีไขมันที่หนังตา (Xanthelasma) และในลูกตา (Lipemia retinalis) สีขาวเร็วกว่าปกติ (Arcus cornea) ซึ่งปกติจะพบได้ในผู้ที่สูงอายุ

6. ข้อ ปวดตามข้อต่างๆ พบมากที่ข้อเท้า ข้อเข่า เป็นน้อยที่ข้อศอกและข้อมือ ข้อที่ปวดจะกดเจ็บ อ่อนๆ บวมๆ อาการจะเป็นๆ หายๆ จะเป็นมากถ้ามีการทำงานหรือเดินมากกว่าปกติ

7. แขนขา เนื่องจากมีการแข็งตัวของเส้นเลือดเร็วกว่าปกติ ฉะนั้นตามส่วนปลายของแขนขา ก็จะทำให้มีการขาดเลือด

การป้องกันและบำบัดภาวะไขมันสูงในเลือด

เมื่อร่างกายมีโคเลสเตอรอลหรือไตรกลีเซอไรด์สูงอยู่นานๆ จะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้อง การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำรงชีวิต (Therapeutic lifestyle changes) เป็นวิธีแรกของการป้องกันทั้งแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนักตัว ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จึงจะช่วยป้องกันและบำบัดภาวะไขมันในเลือดสูง และยังช่วยเพิ่มระดับของ เอช ดี แอล ซึ่งเป็นตัวป้องกันมิให้หลอดเลือดแดงแข็ง และเมื่อการให้โภชนาบำบัดไม่ได้ผลจึงใช้ยาลดไขมัน สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่เกิดจากโรคและยาบางชนิด (Secondary cause) การรักษาโรคที่เป็นอยู่จะทำให้ระดับไขมันในเลือดลดลงสู่ระดับปกติได้ (บึงอร ณ พัทลุง. 2526 : 119) ; (มนต์ชัย ฑาลาประวรรณ. 2546 : 179-785) ; (สมชาย พัฒนอาจกุล. 2545 : 38-49)

1. การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำรงชีวิต ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัว การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อให้มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ การเลิกสูบบุหรี่ และการงดเว้นการดื่มสุรา

1.1 การควบคุมน้ำหนักตัว

การประเมินว่าผู้ป่วยมีน้ำหนักมากเกินไปหรือไม่ อาจคำนวณดัชนีความหนาของร่างกาย (Body mass index = BMI) โดยใช้สูตร $BMI = \text{น้ำหนัก (กก.)} / (\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2$

BMI ที่ถือว่าปกติ เท่ากับ 19-24.9 ถ้า BMI ตั้งแต่ 25 แต่ไม่เกิน 30 ถือว่ามีน้ำหนักมากกว่าที่ควรจะเป็น และถ้า BMI ตั้งแต่ 30 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคอ้วน นอกจากนี้ควรวัดเส้นรอบเอวและรอบสะโพก (Waist and hip circumference) ถ้าเส้นรอบเอวมมากกว่า 40 นิ้ว (102 เซนติเมตร) ในผู้ชาย และมากกว่า 35 นิ้ว (89 เซนติเมตร) ในผู้หญิง หรืออัตราส่วนของเส้นรอบสะโพกต่อเส้นรอบเอว (Waist to hip ratio) มากกว่า 0.9 ในผู้ชาย และมากกว่า 0.8 ในผู้หญิง ถือว่ามีภาวะอ้วน

1.2 การควบคุมอาหาร

1.2.1 ปริมาณพลังงานที่ได้รับจากอาหาร ควรมีปริมาณเพียงพอสำหรับการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือเท่ากับ 30 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็นต่อวัน

1.2.2 สัดส่วนของพลังงานจากอาหาร ได้แก่ ปริมาณพลังงานจากไขมันในอาหาร

ไม่เกินร้อยละ 25-30 ของพลังงานทั้งหมด ปริมาณพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตและโปรตีนเท่ากับร้อยละ 50-60 และร้อยละ 15 ของพลังงานทั้งหมดตามลำดับ

1.2.3 ชนิดของไขมันจากอาหาร ควรบริโภคโคเลสเตอรอลไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อวัน และบริโภคไขมันอิ่มตัว ไม่เกินร้อยละ 7 ของพลังงานที่ต้องการในแต่ละวัน

1.2.4 รับประทานอาหารประเภทเส้นใยให้ได้ปริมาณเส้นใย 20-30 มิลลิกรัมต่อวัน

ในทางปฏิบัติอาจทำได้โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวสูง เช่น ไข่แดง ไข่นกกระทา เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิด สมอสัตว์ อาหารทะเล เช่น หอยนางรมและปลาหมึก หลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน อาหารทอดควรใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากสัตว์ เช่น เนย น้ำมันหมู ควรใช้น้ำมันถั่วเหลืองในการปรุงอาหารแทนน้ำมันมะพร้าวหรือน้ำมันปาล์ม ลดการบริโภคไขมันจากสัตว์เช่นหมูสามชั้น ข้าวขาหมู บริโภคปลาให้มากขึ้นและรับประทานไขมันจากปลาทะเล งดอาหารจำพวกกะทิ ลดการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน เช่นขนมหวานต่างๆ ครีม รับประทานอาหารชนิดที่มีเส้นใยมากได้แก่ ผัก ผลไม้

1.3 การงดเว้นการดื่มสุรามากเกินควร แม้ว่าการดื่มสุราแต่พอควรจะช่วยเพิ่ม เอช ดี แอล และลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลง ผู้ที่ดื่มเป็นประจำไม่ควรดื่มเกินวันละ 1 หน่วย (Drink) สำหรับผู้หญิง และไม่เกินวันละ 2 หน่วยสำหรับผู้ชาย (1 หน่วย เท่ากับ เบียร์ 360 มิลลิลิตร ไวน์ 150 มิลลิลิตร และสุรา 45 มิลลิลิตร) ผู้ที่ไม่เคยดื่ม ไม่ควรเริ่มดื่ม นอกจากนี้ผู้ที่มิระดับไตรกลีเซอไรด์สูง ไม่ควรดื่มสุรา เนื่องจากจะทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์เพิ่มสูงขึ้นอีก

1.4 การเลิกสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เป็นผลทำให้มีระดับกรดไขมันอิสระ (Fatty acid) และแอล ดี แอล สูงขึ้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังลดระดับ เอช ดี แอล ลง ในผู้ที่สูบบุหรี่อยู่เป็นประจำ การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ระดับ เอช ดี แอล เพิ่มขึ้นภายในเวลา 1-2 เดือนหลังจากเลิกบุหรี่

1.5 การออกกำลังกาย ช่วยลดระดับไตรกลีเซอไรด์ และเพิ่มเอช ดี แอล การออกกำลังกายที่ได้ผลดังกล่าวต้องเป็นชนิดแอโรบิก คือมีการเคลื่อนไหวของร่างกายไปมาไม่อยู่นิ่งกับที่ เช่นวิ่ง ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เดินเร็วๆ เป็นต้น บ่อยพอคือสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง นานพอคือครั้งละ 30-40 นาทีและหนักพอ คือให้ชีพจรขณะออกกำลังกายขึ้นมาถึงร้อยละ 50-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Maximum heart rate) โดยคำนวณจากสูตร Maximum heart rate = 220- อายุ (ปี)

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เพิ่มเอช ดี แอล ขึ้นร้อยละ 5-10 และลดไตรกลีเซอไรด์ลง นอกจากนี้ยังช่วยลดน้ำหนัก การลดน้ำหนักลงทุก 1 กิโลกรัมจะลดระดับไตรกลีเซอไรด์ ลงร้อยละ 0.77-0.87 และเพิ่มเอช ดี แอล ขึ้น ร้อยละ 1 การออกกำลังกายควรมีระยะอุ่นเครื่อง (Warm up) นาน 5-10 นาที โดยเริ่มต้นด้วยการออกกำลังกายเบาๆ และควรมีระยะผ่อนคลาย (Cool down) โดยค่อยๆลดระดับของการออกกำลังกายลงเพื่อให้ร่างกายปรับสภาพได้ ผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำควรเริ่มต้นด้วยการออกกำลังกายเบาๆไม่หักโหม และค่อยๆเพิ่มระดับของการออกกำลังกายขึ้นจนได้เป้าหมายตามต้องการ ถ้ามีอาการเหนื่อยมากจนหายใจไม่

ทันแสดงว่าหักโหมมากเกินไป ควรลดระดับของการออกกำลังกายลง ถ้ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือหน้ามืดจะเป็นลม ควรหยุดออกกำลังกายและปรึกษาแพทย์

2. การรับประทานยา

ผู้ที่มีโคเลสเตอรอลสูงกว่า 280 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ แอล ดี แอล มากกว่า 190 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำเป็นต้องให้ยาลดไขมันร่วมกับการควบคุมอาหาร การเลือกใช้น้ำมันอยู่กับปัจจัยหลายประการได้แก่ ชนิดของความผิดปกติของไขมันในเลือด ผลการวิจัยที่ยืนยัน ประสิทธิภาพของยา ราคา ยาที่ใช้รักษา ได้แก่ Statins และ Fibrates

พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมในการป้องกันโรค เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) ดังนั้นก่อนที่จะกล่าวถึงพฤติกรรมในการป้องกันโรค จะขอยกกล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพก่อน ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป แต่จะเน้นเฉพาะเรื่องสุขภาพของบุคคลเป็นสำคัญ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านด้วยกัน คือ

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2528 : 60) ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 2 นัย คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ทั้งของตนเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมต่างๆ (Health-related behavior)
2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยหรือรู้สึก ว่าตนเองเจ็บป่วย (Sickness behavior)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 15) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถจะสังเกตหรือวัดได้โดยตรงและทางอ้อม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกตมองเห็นได้นั้น อาจแยกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การปฏิบัติตามปกติวิสัยในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อีกประการหนึ่งคือการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติตนโดยทั่วไป และการไปรับบริการรักษาพยาบาลละปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 33) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ

เอื้อมพร ทองกระจาย (2530 : 3-4) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นพฤติกรรมใดๆก็ตาม ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงขจัดความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งครอบคลุมกว้างขวางทั้งพฤติกรรมในการป้องกัน (Preventive health behavior) และพฤติกรรมการรักษา (Curative health behavior)

พฤติกรรมการป้องกันโรค

พฤติกรรมเป็นสิ่งที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติ ทั้งภายในที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้และภายนอกที่สามารถสังเกตเห็นได้ เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นต้องมีสาเหตุ อาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุก็ได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดพฤติกรรมเดียวกันหรือต่างกันได้ ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันโรคในแต่ละโรคนั้นจึงย่อมแตกต่างกันออกไป

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 54) กล่าวว่าพฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง พฤติกรรมอนามัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคล ที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันตลอด 24 ชั่วโมง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2534 : 86) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค คือ การปฏิบัติของบุคคลเพื่อไม่ให้เกิดโรคขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ เป็นต้น

ลือชา ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2534 : 60) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยที่บุคคลมุ่งเน้นที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ

มัลลิกา มัตติโก (2534 : 11-12) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการดูแลตนเองในสภาวะปกติ เพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ ซึ่งพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะช่วยรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิสัยส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การกินวิตามินต่างๆ การตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ โดยแบ่งการป้องกันได้ 3 ระดับ คือ การป้องกันการเกิดโรค (Primary prevention) การป้องกันการดำเนินของโรค (Secondary prevention) และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (Tertiary prevention)

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการกระทำใดๆ ของบุคคลที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและครอบครัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงสดใสอยู่เสมอ

พฤติกรรมป้องกันการภาวะไขมันในเลือดสูง

1. การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
2. ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ๆ ละ 30-40 นาที
3. พยายามทำให้สบาย ลดความเครียด
4. ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ขึ้น พร้อมกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
5. ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่พอเหมาะ ไม่มากเกินไป
6. รับประทานโคเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม โคเลสเตอรอลมีเฉพาะในอาหารที่มาจากสัตว์เท่านั้น มีมากในอาหารบางชนิด เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ มันสัตว์ สัตว์น้ำบางชนิด จึงควรหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารเหล่านี้ในปริมาณมาก
7. รับประทานอาหารในแต่ละวัน ซึ่งให้พลังงานรวมแล้วเพียงพอต่อการรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยผู้ใหญ่ควรมีดัชนีความหนาของร่างกายประมาณ 19.0-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร โดยคำนวณจากน้ำหนักตัว หน่วยเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร ยกกำลังสอง
8. หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงซึ่งมักได้จากสัตว์ เช่น ไขมันจากสัตว์ หนังสัตว์ เนื้อสัตว์ที่มีมันติดมาก ๆ กรดไขมันอิ่มตัวส่วนใหญ่ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น การกินไขมันอิ่มตัวในปริมาณมากจะทำให้ระดับวี แอล ดี แอล และแอล ดี แอล ในเลือดเพิ่มขึ้น การลดปริมาณอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวให้น้อยลงจะช่วยลดไขมันในเลือดได้ การศึกษาทางคลินิกพบว่า การลดไขมันอิ่มตัวจากร้อยละ 17 เป็นร้อยละ 10 จะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ประมาณ 20 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร (วลัย อินทรมพรรย์. 2530 : 135-136)
9. รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้น้อยลง การศึกษาพบว่าการกินอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น หากกินอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้น้อยลงวันละ 100 มิลลิกรัม จะลดโคเลสเตอรอลลงได้เฉลี่ย 7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
10. รับประทานอาหารที่ให้กรดไขมันไลโนเลอิก (Linoleic acid) โดยสม่ำเสมอ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 50 ในน้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันถั่วเหลือง การรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันไลโนเลอิกประมาณร้อยละ 7-10 ของพลังงานที่ได้รับ เช่น วันหนึ่งต้องการพลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี ควรได้กรดไลโนเลอิกประมาณ 16-22 กรัม ซึ่งได้จากน้ำมันถั่วเหลืองประมาณ 2-3 ช้อนโต๊ะ จะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ เพราะมีการเปลี่ยนโคเลสเตอรอลที่ตับเพิ่มขึ้น
11. ลดการบริโภคอาหารรสหวาน เช่น น้ำตาลทราย ขนมหวานต่างๆ และเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมาก ได้แก่ ผัก ผลไม้ และธัญพืชต่างๆ เช่น ข้าวกล้อง ขนมปังชนิดโฮลวีท เป็นต้น เนื่องจากมีรายงานว่า อาหารที่มีใยอาหารมากสามารถลดโคเลสเตอรอลในเลือดได้ โดยที่ใยอาหารจะจับกับโคเลสเตอรอลในลำไส้เล็ก ทำให้โคเลสเตอรอลถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายน้อยและใยอาหารยังจับกับเกลือน้ำดีในลำไส้ และขับถ่ายออกไปกับอุจจาระ (วลัย อินทรมพรรย์. 2530 : 136)

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรค ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามความเข้าใจนั้นๆ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีสมมติฐานว่า “สุขภาพดี” (Good health) ในการรับรู้ของแต่ละคนต่างกัน ทำให้มีความแตกต่างในพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพและมีผลกระทบถึงแรงจูงใจของบุคคลที่จะก่อให้เกิดการกระทำและการตัดสินใจที่จะกระทำเพื่อที่จะบรรลุถึงเป้าหมายของบุคคล (วริษา เจริญเวช. 2544 : 11-12 ; อ้างอิงจาก นฤมล รัตนไพจิตร. 2533 : 12 ; อ้างอิงจาก Jean K. Longlie. 1977)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นรูปแบบหนึ่งของรูปแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior model) ซึ่งมีทั้งรูปแบบที่ยึดปัจจัยภายในตัวบุคคล และรูปแบบที่ยึดปัจจัยภายนอกตัวบุคคลโดยจะยึดแนวคิดเรื่อง “ความเชื่อ” เป็นหลัก (ศราวดี สุวรรณประเสริฐ. 2543 : 41-42 ; อ้างอิงจาก จินดา บุญช่วยเกื้อกุล. 2541 : 68) รูปแบบนี้ได้สร้างขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ตามที่คาสส์และคอบบ์ (Kasl and Cobb) ได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 แบบ ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) คือการปฏิบัติตัวของบุคคลตามความเชื่อที่ว่า การมีสุขภาพดีนั้นเป็นผลมาจากการป้องกันโรคหรือได้รับการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) คือการปฏิบัติตัวของบุคคล เมื่อมีภาวะเจ็บป่วย เพื่อค้นหาระยะอาการของโรคและการได้รับการรักษา
3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของผู้เจ็บป่วย (Sick role behavior) คือการปฏิบัติตัวของบุคคลเมื่อรับรู้ตนเองเจ็บป่วยและพยายามที่จะทำให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น

ความเป็นมาของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงปี ค.ศ.1950 ได้มีการเริ่มต้นพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคม ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้อธิบายเหตุผลความล้มเหลวของการให้ประชาชนได้รับการป้องกันโรค ในการศึกษาได้มุ่งเน้นไปที่ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ซึ่งแตกแขนงมาจากทฤษฎีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Stimulus response theory) และทฤษฎีการรู้คิดทางปัญญา (Cognitive theory)

สำหรับทฤษฎีทางด้านการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น เชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมเป็นผลมาจากการหลีกเลี่ยงการถูกลงโทษหรือการได้รับการเสริมแรง ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับความเป็นเหตุเป็นผลหรือความคิด แต่ทฤษฎีด้านการรู้คิดทางปัญญามองว่าการเกิดพฤติกรรมใดๆ เป็นผลเนื่องมาจากการที่บุคคลให้คุณค่า (Value) แก่ความหมายของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหรือมีการคาดคะเน (Expectative) ต่อผลที่ได้จากการกระทำ เช่น การเกิดพฤติกรรมให้หายจากเจ็บป่วยหรือหลีกเลี่ยง

ความเจ็บป่วย คือการที่บุคคลได้ให้คุณค่าแก่ผลที่ได้รับตามมา และความเชื่อที่ว่า การปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันความเจ็บป่วยได้ หรือการคาดคะเนต่อผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นเอง

ต่อมาในปีค.ศ.1966 ได้มีการนำแนวคิดจากทฤษฎีสถาน (Field theory) ของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) มาใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพว่าแต่ละบุคคลจะมีโลกแห่งการรับรู้แตกต่างกันไป เฉพาะบุคคลและการรับรู้เหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมต่างๆ เลวิน ได้กล่าวถึงอาณาเขตของแต่ละบุคคล (Life space) ว่าบุคคลมีการให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ ในอาณาเขตของตน ซึ่งมีทั้งคุณค่าที่เป็นด้านบวก (Positive valance) คุณค่าที่เป็นด้านลบ (Negative valance) และบางส่วนจะมีคุณค่าเป็นกลาง (Neutral) ดังนั้นการปฏิบัติตัวของบุคคล จะเกิดขึ้นจากการโน้มถ่วงด้วยแรงในพื้นที่ที่เป็นด้านบวกและจะถูกผลักดันโดยส่วนของพื้นที่ที่เป็นด้านลบ (สรวดี สุวรรณประเสริฐ, 2543 : 42-43 ; อ้างอิงจาก Rosenstock, 1974 : 329-330)

องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพจะประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึงความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การสัมผัสโรค หรือเกิดปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งความเชื่อนี้แตกต่างกันไปแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และการรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน เช่น บางคนปฏิเสธว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อโรค บางคนรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อโรคในระดับปานกลาง ในขณะที่บางคนมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงสูงมาก ซึ่งบุคคลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคได้ 3 ทาง (Maiman and Becker, 1974) คือ

- 1.1 ความเชื่อต่อการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ ทำให้การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคผิดไป

- 1.2 ถ้าบุคคลเคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนอยู่ในโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำได้

- 1.3 ถ้าบุคคลกำลังเจ็บป่วยจะมีความเชื่อต่อการเกิดโรคสูง ทำให้มีความเชื่อว่าตนมีโอกาสต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้มาก

ซึ่งระดับการรับรู้ด้านนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นอย่างมาก นับเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ สามารถนำมาทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคและรักษาโรคของบุคคล

ฮอชบอม (พิชาภรณ์ จันทนกุล. 2539 : 36; อ้างอิงจาก สุกัญญา ณรงค์วิทย์. 2532 : 17; อ้างอิงจาก Hochbaum. 1958) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น เป็นปัจจัยสำคัญ และมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพและมีการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เช่น การรับวัคซีนป้องกันอหิวาต์คอกโรค (วริษา เจริญเวช. 2544 : 14; อ้างอิงจาก Rosenstock. 1974 : 370) เบกเกอร์ (วริษา เจริญเวช. 2544 : 14; อ้างอิงจาก Becker. 1977 : 36) ได้สรุปว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิตของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค ซึ่งความเชื่อหรือการรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้แตกต่างกันไปตามระดับการประเมินความรุนแรงของแต่ละบุคคล และความเชื่อของบุคคลในสถานการณ์หรือเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้น เช่น การก่อให้เกิดความพิการ การเสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคม กล่าวคือ ถึงแม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมการป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น หากว่าบุคคลนั้นไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค หรือปัญหาความเจ็บป่วย มิได้หมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริงๆ (วริษา เจริญเวช. 2544 : 14; อ้างอิงจาก Rosenstock. 1974 : 354-386) และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคของบุคคลที่กล่าวถึงอาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน

การให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นพฤติกรรมใหม่ คือ การป้องกันโรค ถ้าบุคคลได้รับความช่วยเหลือคำแนะนำหรือวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยนั้นๆ หรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค และไม่สามารถหรือไม่ทราบวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยนั้นๆ จะทำให้เกิดกลไกการป้องกันเกิดขึ้น เช่น อาจจะมีพฤติกรรมที่ปฏิเสธหรือไม่ยอมรับภาวะเจ็บป่วยนั้นๆ มากกว่า (กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน. ม.ป.ป. : 9; อ้างอิงจาก Hellenbrand. 1983 : 220) และถ้าบุคคลมีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้คำแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำไม่ถูกต้อง แต่แนวคิดของ Leventhal ได้กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดโดยการรับรู้ของบุคคล ความกลัวเป็นเพียงการตอบสนองของบุคคลที่เกิดขึ้นมาพร้อมๆ กับพฤติกรรม จึงไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบุคคล

สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคสามารถอธิบาย ทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ

3.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ซึ่งทั่วไปบุคคลเลือกที่จะปฏิบัติวิธีที่เขารับรู้ว่าจะให้ประโยชน์เหมาะสมกับเขามากที่สุด ความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการป้องกันโรคจะเป็นตัวทำนายในการผลักดันให้บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธการมีพฤติกรรมต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามเหล่านั้น

3.2 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลผลิตที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การเสียเวลา ความเจ็บปวด ความอาย และความรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ทำให้เกิดความขัดแย้ง ต่อต้านและมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรค

จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (วริษา เจริญเวช, 2544 : 14; อ้างอิงจาก Janz and Becker, 1984 : 36) สรุปว่าการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัตินั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกและอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ

ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีของการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น คำแนะนำของแพทย์ ข่าวสารซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้

แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ มีรายงานวิจัยที่พบว่ามารดาของเด็กป่วยที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของบุตร เช่น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร การจัดหาให้บุตรได้รับประทานวิตามิน การมีเทอร์โมมิเตอร์สำหรับวัดอุณหภูมิร่างกายของบุตร มารดาในกลุ่มนี้จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดี

5. ปัจจัยร่วมต่างๆ (Modifying factors) ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ จะมีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ

5.1 ตัวแปรด้านคุณลักษณะประชากร (Demographic variables) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ เป็นต้น ตัวแปรเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานทำให้มีการปฏิบัติด้านป้องกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

5.2 ตัวแปรด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ ระดับชนชั้นทางสังคม กลุ่มเพื่อน

5.3 ตัวแปรด้านโครงสร้างพื้นฐาน (Structural variables) เช่น ความรู้ ประสบการณ์ เดิมที่เกี่ยวกับการเกิดโรค ตัวแปรด้านโครงสร้างนำไปสู่เงื่อนไขการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงต่อโรคของแต่ละบุคคล และการรับรู้ผลประโยชน์จากการป้องกันโรค

ตัวแปรต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นนั้น อาจจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและมีความสำคัญต่อบุคคลไม่เท่ากัน บางปัจจัยอาจมีความสำคัญมากจนเกิดการปฏิบัติ ในขณะที่บางปัจจัยมีความสำคัญน้อย อย่างไรก็ตามเมื่อรวมปัจจัยต่างๆ เข้าด้วยกัน ก็จะมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งของมนุษย์ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว

ต่อมาเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 12) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค โดยมีสมมติฐานว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมื่อมีองค์ประกอบดังนี้

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคล ได้แก่ การรับรู้ต่อสภาวะการคุกคามของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะเป็ผลจากการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค

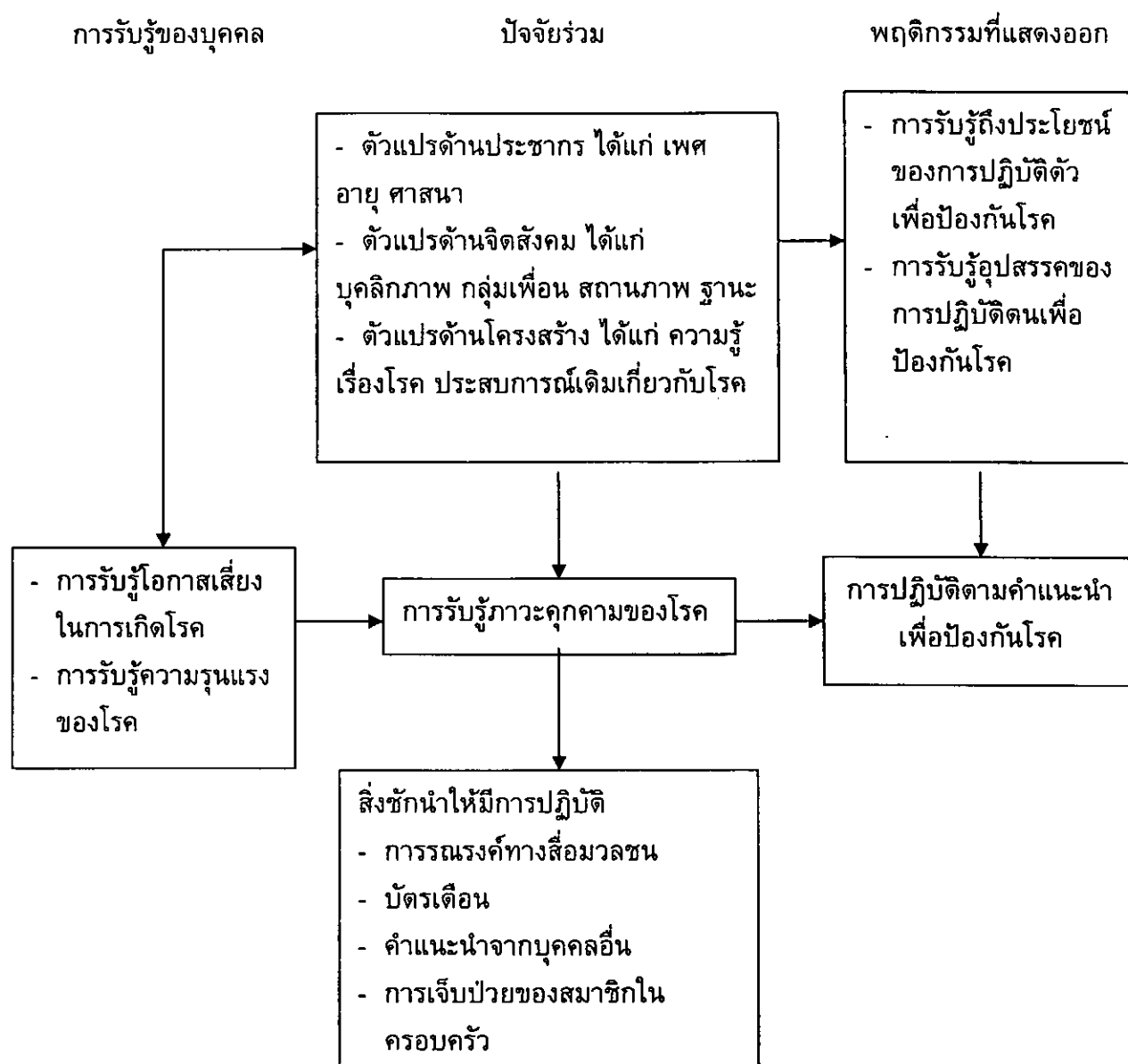
2. การคาดคะเนของบุคคลต่อพฤติกรรมอามัยของตน โดยพิจารณาถึงความสะดวกที่สามารถปฏิบัติได้ และผลที่ได้รับในการลดความรุนแรงของโรค โดยบุคคลจะไตร่ตรองถึงสภาวะทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตน

3. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cue to action) เป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่เป็นตัวชี้แนะ (Cue) หรือตัวเหนี่ยวนำ (Trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม กล่าวคือ ระดับของการผสมผสานระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ร่วมกันผลักดันให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมากกว่าอุปสรรคจะทำให้ทราบทางเลือกในการปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตามการผสมผสานกันระหว่างตัวแปรหรือปัจจัยเหล่านี้อาจไม่ก่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง ถ้าหากขาดสิ่งชักนำซึ่งเป็นสิ่งเร้า ซึ่งมี 2 ชนิด คือ

- 3.1 สิ่งชักนำภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะร่างกายของตนเองเช่น เมื่อมีอาการเจ็บป่วย

- 3.2 สิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น การรณรงค์ทางสื่อต่างๆ การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคลากรทางการแพทย์ การมีสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนที่เคยเจ็บป่วย

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ จะเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับระดับความเข้ม (Intensity) ของสิ่งชักนำ ซึ่งจำเป็นต้องมีเพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และแตกต่างกันไปตามความพร้อมของจิตใจ คือถ้ามีความพร้อมทางด้านจิตใจน้อยจำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมทางด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องกระตุ้นเตือนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยมีลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังภาพประกอบ 2 (Becker. 1974 : 334)



ภาพประกอบ 2 องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งบุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้ดี ถ้ามีความเชื่อดังนี้

1. ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นภาวะที่มีความรุนแรงและอันตราย
2. คนที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด
3. การมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นประโยชน์ สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคต่างๆ ที่เกิดจากการมีภาวะไขมันในเลือดสูง

ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จะเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะไขมันในเลือดสูง ความเชื่อเหล่านี้ ได้แก่

1. ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นโรคที่ต้องปรากฏอาการให้เห็น บุคคลอาจคิดว่าเมื่อมีอาการ เช่น มึนงง มีปื้นเหลืองตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย จึงจะมีไขมันในเลือดสูง
2. ภาวะไขมันสูงจะเกิดได้เมื่อสูบบุหรี่ บุคคลอาจคิดว่าตนจะไม่มีไขมันในเลือดสูงเมื่อตนสามารถงดการสูบบุหรี่ ดังนั้นก็ไม่จำเป็นต้องตรวจวัดระดับไขมันในเลือด
3. ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นโรคที่สามารถควบคุม รักษาได้ บุคคลอาจคิดว่าการมีไขมันในเลือดสูงไม่ใช่สิ่งสำคัญ เนื่องจากสามารถรักษาได้ด้วยยา

ความเชื่อด้านสุขภาพต่อภาวะไขมันในเลือดสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

ในการศึกษารังนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยศึกษาทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง

เมื่อบุคคลมีการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง เช่น น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก หรือปัจจัยอื่นๆที่ทำให้เกิดโอกาสเสี่ยง จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพมากขึ้นและมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงมากขึ้น

มีรายงานที่สนับสนุนว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันรักษาโรค ได้แก่ จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 246 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับสูง และพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูง

บุคคลากรมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรค แต่จะต้องมีการรับรู้ด้วยว่าภาวะไขมันในเลือดสูงนั้นมีความรุนแรงและเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด เกิดอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต และยังกระทบกระเทือนต่อชีวิตประจำวัน ชีวิตครอบครัว เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เมื่อบุคคลากรมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูงจะทำให้เกิดความตระหนักถึงอันตรายหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลากรมีพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

เบคเกอร์ และคนอื่นๆ (Becker, Et al. 1997 : 33) ศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมในการตรวจค้นหาบุคคลที่เป็นพาหะของโรค โดยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในระดับต่ำหรือปานกลาง จะกระตุ้นให้บุคคลสนใจมาตรวจว่าตนเป็นพาหะหรือไม่ แต่ถ้าหากบุคคลรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในระดับสูงเกินไป บุคคลจะวิตกกังวลและพยายามหลีกเลี่ยงการมารับการตรวจและการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับสูง และพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

ความรู้สึกรู้สึกผิด หรือความเชื่อของบุคลากรที่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกสัดส่วน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ยังรวมถึงการงดสูบบุหรี่หรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี

จากการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองในระดับสูง และพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของเรณู กาวิละ (2537 : 73) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

เป็นการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่ขัดขวางพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคลากรต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในทางลบหรือเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งอาจได้แก่ การเสียค่าใช้จ่าย การเสียเวลา และความไม่สะดวกต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งบุคลากรจะนำมาประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ถ้าพบอุปสรรคในการปฏิบัติตนมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ อาจทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรืออาจทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรม

จากการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของจิตอาวี ศรีอาคะ

(2543 : 48) ศึกษาอุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลสตรีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัดน่านจำนวน 331 คน พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าเป็นกรอบแนวความคิดที่มีประโยชน์ในการที่จะใช้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค เนื่องจากช่วยวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมตรวจสอบความโน้มเอียงของบุคคลที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยช่วยระบุถึงปัจจัยสำคัญที่บุคคลนั้นยังขาดหรือเอื้อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรการกีฬาแห่งประเทศไทย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

แอนเดอร์สัน (Anderson Km. 1987 : 51) ศึกษาในชายและหญิง อายุ 31-65 ปี จำนวน 4,374 คน โดยติดตามเป็นระยะเวลา 30 ปี พบความสัมพันธ์ของระดับโคเลสเตอรอลกับอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) ในคนที่อายุน้อยกว่า 50 ปี และพบว่าระดับโคเลสเตอรอลในเลือดที่เพิ่มขึ้นทุก 10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะทำให้อัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 9

อิริคสัน และคนอื่นๆ (Erickson; et al. 1972 : 57) ศึกษาผลของโคเลสเตอรอลในอาหารต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือดโดยศึกษาในผู้ชาย อายุ 21-48 ปีที่มีสุขภาพดี จำนวน 70 คน ให้กลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารตามปกติ 7 วัน แล้วให้อาหารที่ไม่มีโคเลสเตอรอลเลยเป็นเวลา 21 วัน หลังจากนั้น สุ่มให้กลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารที่มีสัดส่วนของโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรตเหมือนกัน แต่มีระดับโคเลสเตอรอลต่างกัน 4 ระดับ คือ 0, 106, 212, 317 มิลลิกรัมต่อ 1,000 กิโลแคลอรี เป็นเวลา 42 วัน พบว่า อาหารที่มีโคเลสเตอรอลมีบทบาทในการกำหนดระดับของโคเลสเตอรอลในเลือด และกลุ่มตัวอย่างที่บริโภคโคเลสเตอรอล 317 มิลลิกรัมต่อ 1,000 กิโลแคลอรี มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเมื่อบริโภคอาหารที่ไม่มีโคเลสเตอรอล และพบว่าแต่ละ 100 มิลลิกรัมต่อ 1,000 กิโลแคลอรีของโคเลสเตอรอลที่เพิ่มขึ้น จะทำให้อัตราโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้นประมาณ 12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

มิลเลอร์และคนอื่นๆ (Miller; et al. 1978) ได้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับไลโปโปรตีนในเลือดชนิด เอช ดี แอล และ แอล ดี แอล ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 32 คน ฝึกตามโปรแกรมเดินและวิ่งเหยาะ ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนชนิดที่มีความหนาแน่นสูง (เอช ดี แอล โคเลสเตอรอล) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเวลา 13 สัปดาห์ แม้ว่าน้ำหนักตัวและปริมาณไขมันในร่างกายยังไม่เปลี่ยนแปลง

แฮร์ริสและกูเทน (Harris; & Guten. 1979 : 17-29) ได้ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านการรักษาสุขภาพเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 842 คน ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการรักษาสุขภาพเช่น การออกกำลังกาย การควบคุมปริมาณอาหารมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ

เวนเบอร์เกอร์ กรีน เมมลิน และเจอร์ริน (Weinberger Green Memlin; & Jerin. 1981 : 1,253) ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนในเรื่องของการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

อัลลาร์ด (Allard. 1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความเชื่อตามแบบแผนเรื่องสุขภาพและปัจจัยด้านประชากร (เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาษาพูด สถานภาพสมรส และรายได้) กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของบุคคลอายุระหว่าง 18-65 ปี จำนวน 1,072 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพมอนทรีล (Montreal health region) ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์โดยใช้ Relative Odd 95% CI OR เป็นตัวทดสอบ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ (<35 ปี) เพศ (ชาย) ระดับการศึกษา (ตั้งแต่หรือสูงกว่าระดับมหาวิทยาลัย) รายได้ต่ำ (<300 เหรียญ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเอดส์และได้รับปัจจัยกระตุ้นด้านสุขภาพในการป้องกันที่สูงกว่า ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีผลทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์สูงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์

มอนโกเมอร์รี และคนอื่นๆ (Montgomery; et al. 1989) ได้ทำการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักร่วมเพศ โดยการศึกษาแบบ Cohort study เป็นเวลานานถึง 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคมรวมถึงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนในเรื่องของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้นไม่สามารถที่จะทำการวัดความสัมพันธ์ออกมาได้

จอห์นสัน และคนอื่นๆ (Johnson C; et al. 1990 : 65) ศึกษาผลของโคเลสเตอรอลในอาหารต่อระดับไขมันในเลือด โดยศึกษากับอาสาสมัครผู้ชายที่เป็นนักกีฬาอายุ 23-40 ปี จำนวน 10 คน และมีภาวะไขมันในเลือดปกติ โดยสุ่มให้บริโภคอาหาร 2 ชนิด แบบ Two period crossover study ชนิดละ 4 สัปดาห์ ซึ่งอาหารทั้งสองชนิดมีสัดส่วนการกระจายพลังงานดังนี้ โปรตีนร้อยละ 15 คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55 ไขมันร้อยละ 30 และแตกต่างกันที่อาหารชนิดที่หนึ่ง มีโคเลสเตอรอล 600 มิลลิกรัมต่อวัน อาหารชนิดที่สองมีโคเลสเตอรอล 200 มิลลิกรัมต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบผลการ

บริโภคอาหารชนิดที่หนึ่งกับชนิดที่สองแล้วพบว่า อาหารชนิดที่หนึ่งทำให้ แอล ดี แอล เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และโคเลสเตอรอลรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 7

แกรี และคนอื่นๆ (Garry P J; et al. 1992 : 12) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาหารไขมันกับระดับไขมันในเลือดโดยทำการศึกษาในคนสูงอายุ ที่มีสุขภาพดีทั้งชายและหญิง จำนวน 157 คน ติดตามเป็นเวลา 9 ปี พบว่าการลดการบริโภคไขมันและโคเลสเตอรอลในอาหารบริโภค มีความสัมพันธ์กับการลดลงของไขมันในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ

บรันสวิกและบานาซาค (Brunswick; & Banaszak. 1996) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอเมริกันนิโกร จำนวน 364 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี

งานวิจัยในประเทศไทย

จิรินทร์ จันทรฉายะ (2529 : 131-138) ได้ตรวจวัดระดับไขมันในเลือดของคนไทยอายุ 25-50 ปี มาตรตรวจร่างกายประจำปี จำนวน 152 คน ได้ค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเท่ากับ 186.0 ± 41.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและพบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับโคเลสเตอรอลในเลือด

จันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเพื่อทราบและเปรียบเทียบความรู้ความเชื่อสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ตามตัวแปรคือ อายุ เพศ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และฐานะทางเศรษฐกิจ โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 208 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ และการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีเพศต่างกัน มีความรู้ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงและการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความเชื่อทางสุขภาพและการปฏิบัติตนไม่แตกต่างกัน ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีอายุ ตำแหน่ง และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน ความรู้กับความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงและความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

วิลาวลัย กล้าแรง (2539 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 409 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

ภาวิณี โภคสินจำริญ (2540 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 12 ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้อง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

บุญเย็น วราศรัย; วรณวิมล กิตติติลกกุล; และแสงโสม สีนะวัฒน์ (2542 : 62-69) ได้ศึกษาปัจจัยทางด้านอาหารที่มีผลต่อภาวะไขมันสูงในเลือดของประชากรอาชีพผู้บริหาร จำนวน 626 คน และผู้ใช้แรงงาน จำนวน 577 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้บริหารจะมีระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติมากกว่ากลุ่มผู้ใช้แรงงาน ยกเว้น เอช ดี แอล ไม่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มว่าผู้ใช้แรงงานจะมีเอช ดี แอล มากกว่า นอกจากนั้นค่าดัชนีมวลกายกับระดับไขมันในเลือดยังมีความสัมพันธ์กันในทางบวก ยกเว้น เอช ดี แอล มีความสัมพันธ์กันในทางลบ แสดงว่าเมื่อมีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน ก็ทำให้ระดับไขมันในเลือด (โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ แอล ดี แอล) สูงขึ้น ส่วน เอช ดี แอล จะต่ำลง

สุริยะ นำประดิษฐ์ทรัพย์ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปริมาณโคเลสเตอรอลที่รวมอยู่กับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง และความสามารถในการนำเข้าออกซิเจนสูงสุดของนักกีฬา กับบุคคลทั่วไป ที่มีอายุระหว่าง 18-22 ปี ที่เป็นนักกีฬาและไม่เป็นนักกีฬา จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการนำเข้าออกซิเจนสูงสุดของนักกีฬา กับบุคคลทั่วไปแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และปริมาณโคเลสเตอรอลที่รวมอยู่กับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงของนักกีฬา กับบุคคลทั่วไป ก็แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

นุคุณ ประยูรวงษ์ (2543 : 81-86) ได้ทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อภาวะไขมันในเลือดสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน มีประวัติการเจ็บป่วยของตนเองหรือในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานหรือโรคระบบไหลเวียนเลือด) ในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 313 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ ความชุกของภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเท่ากับร้อยละ 80.5 ปัจจัยที่มีผลได้แก่ ระดับการศึกษา และวิธีผ่อนคลายความเครียด ความชุกของภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงเท่ากับร้อยละ 36.3 ปัจจัยที่มีผลได้แก่ อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคล ความชุกของภาวะ แอล ดี แอล ในเลือดสูงเท่ากับร้อยละ 61.7 ปัจจัยที่มีผลได้แก่ อายุ อาหารที่ชอบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีบทบาทในการลดภาวะไขมันในเลือดสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยง

วณี กอสุวรรณศิริ (2543 : 43) ได้ทำการศึกษาเรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้รูปแบบทางความคิด 3 รูปแบบคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การดูแลรักษาสุขภาพ (Wellness behavior model) เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้พิพากษาจำนวน 105 คน โดยใช้แบบสอบถาม การตรวจสุขภาพ การตรวจเลือดและการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า อายุ เพศ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือด คือ อายุและรายได้มีความสัมพันธ์กับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ขณะที่เพศ มีความสัมพันธ์กับไตรกลีเซอไรด์และเอช ดี แอล นอกจากนี้ ความดันโลหิตสูง ก็มีความสัมพันธ์กับเอช ดี แอล ด้านอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าอายุ รายได้ ประวัติความเจ็บป่วยด้วยโรคลักษณะนี้ในอดีต มีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่าผู้ที่มีอายุและเงินเดือนสูง มีแนวโน้มการตรวจพบโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากขึ้น

วิมล นิติวรางกุล (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงโปรแกรมสุขศึกษาโดยการวิเคราะห์พฤติกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมขึ้นไป จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และแบบบันทึกผลการตรวจระดับไขมันในเลือด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และระดับไขมันในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และระดับไขมันในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชนิดา สุขแสง (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 113 คน ที่มีอายุ 15 ปี ถึง 60 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกัน มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันใน

เลือดสูงที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่มาตรวจสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศและในประเทศ พบว่า มีปัจจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องและมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยดังกล่าวที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

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

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ประกอบด้วยพนักงานการกีฬาแห่งประเทศไทยทุกระดับและลูกจ้าง ที่ปฏิบัติงานอยู่ ณ การกีฬาแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2548 จำนวน 837 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำนวน 264 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 87) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ประชากรคือบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำนวน 837 คน ทำการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเครซซีและมอร์แกน (ยุทธพงษ์ กัยวรรณ. 2543 : 75; อ้างอิงจาก Robert V. Kerjcie and Eayrly W. Morgan. 1970 : 608-609) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 264 คน

2. แบ่งบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำแนกตามฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงานจากนั้นจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคิดเป็นสัดส่วนจากประชากรในแต่ละฝ่าย/สำนัก ตามสูตร

$$\text{จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง} \times \text{ประชากรทั้งหมดในกลุ่ม}}{\text{ประชากรทั้งหมด}}$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำแนกตามฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน ดังปรากฏตามตาราง

3. ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบุคลากรแต่ละฝ่าย/สำนัก โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ตาราง 3 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามฝ่าย/สำนัก ในการกีฬาแห่งประเทศไทย

ฝ่าย/สำนัก	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
สำนักผู้ว่าการ	55	17
ฝ่ายนโยบายและแผน	52	16
ฝ่ายการคลัง	75	24
ฝ่ายทรัพยากรบุคคลและสารสนเทศ	48	15
ฝ่ายพัฒนากีฬาเป็นเลิศ	167	53
สำนักกีฬาภูมิภาค	31	10
ฝ่ายพัฒนากีฬาอาชีพ	57	18
ฝ่ายสิทธิประโยชน์และมาตรฐานกีฬา	48	15
ฝ่ายสถานกีฬาและบริการ	146	46
ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา	65	21
ฝ่ายพัฒนาบุคลากรกีฬาและการทะเบียน	57	18
สำนักงานคณะกรรมการกีฬามวย	36	11
รวม	837	264

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งลักษณะแบบทดสอบเป็นคำถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ (ปรนัย) แต่ละข้อมีตัวเลือก 4 ตัว คือ ก. ข. ค. ง. โดยให้เลือกตอบข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว ข้อคำถามประกอบด้วย สาเหตุของโรค อาการ การดำเนินโรค การวินิจฉัยโรค การป้องกันโรค และการรักษาโรค

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความมีทั้งทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่เคยปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถามการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การออกกำลังกาย และการรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการป้องกันโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ และการปฏิบัติ

2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

3. สร้างแบบสอบถาม โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 33 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 23 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 22 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 21 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 33 ข้อ

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาโทตรวจสอบแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจนและถูกต้อง จากนั้นนำไปหาคุณภาพของเครื่องมือ ได้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 27 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 19 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมัน

ในเลือดสูง จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 20 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 30 ข้อ

5. นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 20 ข้อ

6. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว จำนวน 73 ข้อ ไปทดสอบ (Try out) กับบุคลากร สังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หา คุณภาพเครื่องมือ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบทดสอบความรู้ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบ ผิดหรือไม่ตอบ จะได้ 0 คะแนน

กำหนดการแปลความหมายของคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 80 – 100 หมายถึง ความรู้ระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 70 – 79 หมายถึง ความรู้ระดับดี

ค่าเฉลี่ย 60 – 69 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 50 – 59 หมายถึง ความรู้ระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 0 – 49 หมายถึง ความรู้ระดับควรปรับปรุง

2. แบบสอบถามความเชื่อสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความทางบวก		ข้อความทางลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน

ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก		ข้อความทางลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน
เห็นด้วย	2 คะแนน	เห็นด้วย	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	4 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน

กำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับต่ำ

3. แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงให้คะแนนเป็นรายข้อดังนี้

3.1 ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	ให้	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	0	คะแนน

3.2 ข้อความที่มีลักษณะทางลบ ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	0	คะแนน
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	ให้	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	2	คะแนน

กำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

การประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (จันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ. 2538 :107 ; อ้างอิงจาก Best. 1963 : 159) มาใช้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในระดับควรปรับปรุง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับต่อไปนี้คือ

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ประธานและกรรมการควบคุมปริญญา นินทรตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

1.2 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเสร็จแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากร สังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเป็นรายข้อว่าแต่ละข้อ คำถามนั้นมีความสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยใช้เกณฑ์กำหนดคะแนนความคิดเห็น ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

1 คะแนน สำหรับแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

0 คะแนน สำหรับแบบสอบถามที่ไม่แน่ใจว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

-1 คะแนน สำหรับแบบสอบถามที่ไม่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

นำผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ ไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง และค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า เป็นแบบสอบถามที่นำไปทดลองใช้

1.3 นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขใหม่แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ส่วนกลาง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน

1.4 นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้มาตรวจให้คะแนน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาคุณภาพเครื่องมือ

2. วิเคราะห์หาค่าความยากง่าย

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เข้ามาหาค่าความยากง่าย โดยหาสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ที่ตอบแบบทดสอบในแต่ละข้อถูกต้องจำนวนผู้ตอบแบบทดสอบทั้งหมด (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2533 : 136) มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.26-0.78

3. วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น

3.1 แบบทดสอบความรู้ หาค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2535 : 136) ได้ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.34-0.66 และ นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับโดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.77

3.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง หาค่าอำนาจ

จำแนกโดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2535 : 117-118) ได้ค่าอำนาจจำแนก 0.34-0.81 และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88

3.3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง หาค่าอำนาจจำแนกโดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2535 : 117-118) ได้ค่าอำนาจจำแนก 0.49-0.75 และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87

3.4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง หาค่าอำนาจจำแนกโดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2535 : 117-118) ได้ค่าอำนาจจำแนก 0.45-0.89 และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93

3.5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง หาค่าอำนาจจำแนกโดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2535 : 117-118) ได้ค่าอำนาจจำแนก 0.63-0.87 และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.97

3.6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง หาค่าอำนาจจำแนกโดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2535 : 117-118) ได้ค่าอำนาจจำแนก 0.20-0.60 และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เสนอต่อผู้ว่าการการกีฬาแห่งประเทศไทย เพื่อขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย เรื่องพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
2. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือจากบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ในการตอบแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำผลมาวิเคราะห์

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากการตอบแบบสอบถาม แล้วเลือกฉบับที่สมบูรณ์จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 264 คน
2. ตรวจสอบแบบสอบถามแล้วให้คะแนนแต่ละข้อ ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้
3. หาค่าความถี่และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ตามตัวแปรที่ศึกษา
4. แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ที่ตรวจให้คะแนนแล้ว นำมาหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) นำมาเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย 2 กลุ่ม ตามตัวแปรเพศ โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1
6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2 กลุ่ม ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว และฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน โดยการทดสอบค่าสถิติเอฟ (F – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 , 3 , 4 , 5 , 6
- ถ้าการทดสอบพบข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ LSD
7. หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 7 , 8 , 9 , 10 , 11

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. สถิติพื้นฐาน

- 1.1 หาค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร (กัลยา วาณิชบัญชา. 2545 : 54)

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

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย
	Σ	แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	n	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.2 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2521 : 259)

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

เมื่อ P แทน ร้อยละ
f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 79)

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

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2533 : 124)

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

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

2.2 หาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2533 : 136)

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

เมื่อ P แทนค่า ความยาก
R แทนค่า จำนวนคนที่ทำข้อนั้นถูก
N แทนค่า จำนวนคนที่ทำข้อนั้นทั้งหมด

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบวัดความรู้ โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{Y}_p - \bar{Y}_q}{S_y} \cdot \sqrt{pq}$$

เมื่อ	r_{pbis}	แทนค่าความยากง่ายของคำถามแต่ละข้อ
	$\bar{Y}_p$	แทนค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
	$\bar{Y}_q$	แทนค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
	S_y	แทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
	p	แทนสัดส่วนของคนตอบข้อนั้นถูก
	q	แทนสัดส่วนของคนตอบข้อนั้นผิด

2.4 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง โดยวิธีวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) ใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x และตัวแปร y
	$\sum x$	แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum y$	แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum x^2$	แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x
	$\sum y^2$	แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y
	$\sum xy$	แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ y
	n	แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.5 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้ทั้งฉบับโดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson Formular 20) (ยุทธพงษ์ กัยวรรณ. 2543 : 134-135)

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right]$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน ความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ
	k	แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

p	แทน สัดส่วนของผู้ตอบถูกในข้อหนึ่งๆ
q	แทน สัดส่วนของผู้ตอบผิดในข้อหนึ่งๆ
S^2	แทน ค่าความแปรปรวนทั้งฉบับ

2.6 หาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach Alpha-Coefficient) โดยใช้สูตร (ยุทธพงษ์ กัยวรรณ. 2543 : 137)

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

เมื่อ α	แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
K	แทน จำนวนข้อสอบ
$\sum S_i^2$	แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนแต่ละข้อ
S^2	แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวม

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 คือ การทดสอบค่าสถิติที (t-test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 177)

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

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

เมื่อ t	แทน ค่าเฉลี่ยที่ใช้พิจารณาใน t – distribution
$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
S_1^2, S_2^2	แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
n_1, n_2	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 2กลุ่ม
df	แทน ชั้นของความอิสระ

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 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 จะทำการตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของ LSD โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 248-249)

$$S = t_{\alpha/2} \cdot \sqrt{MSE \left[\frac{1}{n_i} + \frac{1}{n_j} \right]}$$

เมื่อ $t_{\alpha/2}$ แทน ค่าสถิติ t จากการเปิดตารางที่ $df = N - K$
 n_i, n_j แทน จำนวนของตัวอย่างในกลุ่มที่ i และ กลุ่มที่ j
 MSE แทน ค่า MSE ในตารางวิเคราะห์ความแปรปรวน

3.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน กับ พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) โดยใช้ทดสอบสมมติฐานข้อ 7, 8, 9, 10, 11 (ชูศรี วงศ์รัตน์. 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

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
df	แทน	จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลรวมของค่าคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนยกกำลังสอง (Mean square)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จากข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 264 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติแล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ตามตัวแปร อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง โดยแจกแจงหาความถี่คิดเป็นร้อยละแล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำแนกตามตัวแปร เพศ โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

(One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6 เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ LSD

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 7, 8, 9, 10, 11

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ตามตัวแปร อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง โดยแจกแจงหาความถี่คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 264 คน จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
1. เพศ		
เพศชาย	118	44.70
เพศหญิง	146	55.30
รวม	264	100.00
2. อายุ		
ต่ำกว่า 31 ปี	79	29.92
31 – 40 ปี	122	46.21
41 – 50 ปี	46	17.42
51 ปี ขึ้นไป	17	6.45
รวม	264	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	47	17.80
ปริญญาตรี	167	63.30
สูงกว่าปริญญาตรี	50	18.90
รวม	265	100.00
4. รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	61	23.11
10,001 - 15,000 บาท	35	13.26
15,001 - 20,000 บาท	128	48.48
20,001 บาทขึ้นไป	40	15.15
รวม	264	100.00
5. สถานภาพสมรส		
โสด	153	57.95
คู่	95	35.98
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	16	6.07
รวม	264	100.00
6. หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน		
สำนักผู้ว่าการ	19	7.20
ฝ่ายนโยบายและแผน	17	6.40
ฝ่ายการคลัง	27	10.20
ฝ่ายทรัพยากรบุคคลและสารสนเทศ	15	5.70
ฝ่ายพัฒนากิจาเป็นเลิศ	51	19.30
ฝ่ายพัฒนาบุคลากรกิจาและการทะเบียน	15	5.70
สำนักกิจาภูมิภาค	9	3.40
ฝ่ายพัฒนากิจาอาชีพ	15	5.70
ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกิจา	23	8.70
ฝ่ายสิทธิประโยชน์และมาตรฐานกิจา	12	4.50
ฝ่ายสถานกิจาและบริการ	50	18.90
สำนักงานคณะกรรมการกิจาฉะว	11	4.20
รวม	264	100

จากตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรดังนี้

1. เพศ

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่เป็นเพศหญิง มีจำนวนมากที่สุด คือ 146 คน คิดเป็นร้อยละ 55.30 รองลงมา คือ เพศชาย มีจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 44.70

2. อายุ

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มีจำนวนมากที่สุด คือ 122 คน คิดเป็นร้อยละ 46.21 รองลงมา คืออายุน้อยกว่า 31 ปี มีจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 29.92 อายุระหว่าง 41-50 ปี มีจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 17.42 และอายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 6.45

3. ระดับการศึกษา

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี มีจำนวนมากที่สุด คือ 167 คน คิดเป็นร้อยละ 63.30 รองลงมาคือ ระดับสูงกว่าปริญญาตรีมีจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 18.90 และระดับต่ำกว่าปริญญาตรีมีจำนวนน้อยที่สุดคือ 47 คน คิดเป็นร้อยละ 17.80

4. รายได้ของครอบครัว

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 15,001-200,00 บาทต่อเดือน มีจำนวนมากที่สุด คือ 128 คน คิดเป็นร้อยละ 48.48 รองลงมาคือ รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 23.11 รายได้ของครอบครัว 20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 15.15 และรายได้ของครอบครัวระหว่าง 10,000-15,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 35 คน คิดเป็นร้อยละ 13.26

5. สถานภาพสมรส

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีสถานภาพโสด มีจำนวนมากที่สุด คือ 153 คน คิดเป็นร้อยละ 57.95 รองลงมา คือ สถานภาพคู่ มีจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 35.98 และสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 6.07

6. ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยฝ่ายพัฒนากีฬาเป็นเลิศ มีจำนวนมากที่สุด คือ 51 คน คิดเป็นร้อยละ 19.30 รองลงมา คือ ฝ่ายสถานกีฬาและบริการ มีจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 18.90 ฝ่ายการคลัง มีจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 10.20 ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา มีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 8.70 สำนักผู้ว่าการ มีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 7.20 ฝ่ายนโยบายและแผน มีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 6.40 ฝ่ายทรัพยากรบุคคลและสารสนเทศ ฝ่ายพัฒนาบุคลากร กีฬาและการทะเบียน ฝ่ายพัฒนากีฬาอาชีพ มีจำนวนเท่ากัน คือ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.70 ฝ่ายสิทธิประโยชน์และมาตรฐานกีฬา มีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 4.50 สำนักงานคณะกรรมการกีฬามวย มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 4.20 และสำนักกีฬากฎีภาค มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.40

ตาราง 5 จำนวน และค่าร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง		
ระดับดีมาก	2	0.80
ระดับดี	20	7.60
ระดับปานกลาง	77	29.20
ระดับพอใช้	39	14.80
ระดับควรปรับปรุง	126	47.70
รวม	264	100.00
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง		
ระดับสูง	212	80.30
ระดับปานกลาง	52	19.70
ระดับต่ำ	0	0.00
รวม	264	100.00
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง		
ระดับสูง	197	74.60
ระดับปานกลาง	67	25.00
ระดับต่ำ	0	0.00
รวม	264	100.00
4. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง		
ระดับสูง	231	87.50
ระดับปานกลาง	33	12.50
ระดับต่ำ	0	0.00
รวม	264	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
5. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน ภาวะไขมันในเลือดสูง		
ระดับสูง	7	2.70
ระดับปานกลาง	71	26.90
ระดับต่ำ	186	70.50
รวม	264	100.00
6. พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง		
ระดับดี	48	18.20
ระดับปานกลาง	211	79.90
ระดับควรปรับปรุง	5	1.90
รวม	264	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 47.70 รองลงมา มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 29.20 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 14.80 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 7.60 และมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 0.80

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.30 และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 19.70

3. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 74.60 และมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.40

4. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 87.50 และมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการ

ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 12.50

5. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 70.50 รองลงมาจะมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.90 และมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 2.70

6. พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 79.90 รองลงมาจะมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 18.20 และมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 1.90

ตาราง 6 จำนวน ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมัน

ในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง	264	51.00	0.14	พอใช้
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง	264	4.01	0.40	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง	264	3.93	0.47	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง	264	4.13	0.46	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง	264	2.10	0.68	ต่ำ
พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง	264	1.14	0.20	ปานกลาง

จากตาราง 6 แสดงว่าบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 51$, $S = 0.14$) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.01$, $S = 0.40$) มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.93$, $S = 0.47$) มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.13$, $S = 0.46$) มีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.10$, $S = 0.68$) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.14$, $S = 0.20$)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำแนกตามตัวแปร เพศ โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

ตาราง 7 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามตัวแปรเพศ และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยตามตัวแปรเพศ

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	t	p
เพศชาย	118	1.10	0.23	2.446*	0.01
เพศหญิง	146	1.17	0.18		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่าบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ที่เป็นเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เท่ากับ 1.17 ($S=0.18$) และเพศชาย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เท่ากับ 1.10 ($S=0.23$) และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยตามตัวแปรเพศพบว่าบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่เป็นเพศหญิง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างจากเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยแล้วพบว่าบุคลากรเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงดีกว่าบุคลากรเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6 เมื่อพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ LSD

ตาราง 8 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการป้องกัน
ภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว
สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S
1. อายุ			
ต่ำกว่า 31 ปี	79	1.11	0.19
31 – 40 ปี	122	1.13	0.23
41 – 50 ปี	46	1.24	0.16
51 ปี ขึ้นไป	17	1.08	0.23
2. ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	47	1.13	0.21
ปริญญาตรี	167	1.13	0.20
สูงกว่าปริญญาตรี	50	1.18	0.20
3. รายได้ของครอบครัว			
ต่ำกว่า 10,000 บาท	61	1.15	0.24
10,001 - 15,000 บาท	35	1.18	0.17
15,001 – 20,000 บาท	128	1.16	0.21
20,001 บาทขึ้นไป	40	1.11	0.19
4. สถานภาพสมรส			
โสด	153	1.11	0.21
คู่	95	1.17	0.19
หม้าย /หย่าร้าง / แยกกันอยู่	16	1.24	0.22

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S
5. ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน			
สำนักผู้ว่าการ	19	1.10	0.17
ฝ่ายนโยบายและแผน	17	1.15	0.16
ฝ่ายการคลัง	27	1.06	0.18
ฝ่ายทรัพยากรบุคคลและสารสนเทศ	15	1.19	0.24
ฝ่ายพัฒนากีฬาเป็นเลิศ	51	1.18	0.18
สำนักกีฬากฎหมาย	9	1.08	0.16
ฝ่ายพัฒนากีฬาอาชีพ	15	1.07	0.13
ฝ่ายสิทธิประโยชน์และมาตรฐานกีฬา	12	1.03	0.20
ฝ่ายสถานกีฬาและบริการ	50	1.15	0.25
ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา	23	1.23	0.25
ฝ่ายพัฒนากีฬาและการท่องเที่ยว	15	1.14	0.17
สำนักงานคณะกรรมการกีฬามวย	11	1.16	0.17
รวม	264	1.14	0.20

จากตาราง 8 แสดงความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำแนกตามตัวแปรดังนี้

1. อายุ

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงสุด คือ 1.24 ($S=0.16$) รองลงมา คือ อายุระหว่าง 31-40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.13 ($S=0.23$) อายุต่ำกว่า 31 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.11 ($S=0.19$) และอายุ 51 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ต่ำสุด คือ 1.08 ($S=0.23$)

2. ระดับการศึกษา

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงสุด คือ 1.18 ($S=0.20$) รองลงมา คือ ระดับการศึกษาปริญญาตรีและระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเท่ากันคือ 1.14 ($S=0.18$ และ $S=0.21$ ตามลำดับ)

3. รายได้ของครอบครัว

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 10,001–15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงสุด คือ 1.18 ($S=0.17$) รองลงมา คือ รายได้ของครอบครัวระหว่าง 15,001–20,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.16 ($S=0.21$) รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.15 ($S=0.24$) และรายได้ของครอบครัว 20,001 บาทขึ้นไปต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ต่ำสุด คือ 1.11 ($S=0.19$)

4. สถานภาพสมรส

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงสุดคือ 1.24 ($S=0.22$) รองลงมา คือ สถานภาพคู่ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.17 ($S=0.19$) และสถานภาพโสด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ต่ำสุดคือ 1.11 ($S=0.21$)

5. ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สูงสุด คือ 1.23 ($S=0.25$) รองลงมา คือ ฝ่ายทรัพยากรบุคคลและสารสนเทศ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.19 ($S=0.24$) ฝ่ายพัฒนากีฬาเป็นเลิศ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.18 ($S=0.18$) สำนักงานคณะกรรมการกีฬามวย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.16 ($S=0.17$) ฝ่ายนโยบายและแผน และฝ่ายสถานกีฬาและบริการ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.15 ($S=0.16$ และ $S=0.25$) ฝ่ายพัฒนาบุคลากรกีฬาและการทะเบียน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.14 ($S=0.17$) สำนักผู้ว่าการ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.10 ($S=0.17$) สำนักกีฬาภูมิภาค มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.08 ($S=0.16$) ฝ่ายพัฒนากีฬาอาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.07 ($S=0.13$) ฝ่ายการคลัง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง 1.06 ($S=0.18$) และฝ่ายสิทธิประโยชน์และมาตรฐานกีฬา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ต่ำสุด คือ 1.03 ($S=0.20$)

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. อายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.570	0.190	4.53*	0.004
	ภายในกลุ่ม	260	10.900	0.042		
	รวม	263	11.470			
2. ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	2	0.092	0.046	1.049	0.352
	ภายในกลุ่ม	261	11.387	0.044		
	รวม	263	11.479			
3. รายได้ของครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	3	0.170	0.057	1.302	0.274
	ภายในกลุ่ม	260	11.309	0.043		
	รวม	263	11.479			
4. สถานภาพสมรส	ระหว่างกลุ่ม	2	0.360	0.180	4.221*	0.016
	ภายในกลุ่ม	261	11.119	0.043		
	รวม	263	11.479			
5. ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน	ระหว่างกลุ่ม	11	0.778	0.071	1.666	0.082
	ภายในกลุ่ม	252	10.701	0.042		
	รวม	263	11.479			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำแนกตามตัวแปร แสดงรายละเอียดดังนี้

1. อายุ

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

2. ระดับการศึกษา

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

3. รายได้ของครอบครัว

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรม

การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

4. สถานภาพสมรส

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5

5. ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยตามตัวแปรอายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงานพบว่า ตัวแปรอายุ และสถานภาพสมรส มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงนำพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของ LSD ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 10 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำแนกตามตัวแปรอายุ และสถานภาพสมรส

ตัวแปรที่ศึกษา		ต่ำกว่า 31 ปี	31 – 40 ปี	41 – 50 ปี	51 ปี ขึ้นไป
	$\bar{X}$	1.11	1.13	1.24	1.08
1. อายุ					
ต่ำกว่า 31 ปี	1.11	-	0.02	0.13*	0.03
31 – 40 ปี	1.13		-	0.11*	0.05
41 – 50 ปี	1.24			-	0.16*
51 ปี ขึ้นไป	1.08				-
2. สถานภาพสมรส		โสด	คู่	หม้าย/หย่า/แยก	
	$\bar{X}$	1.11	1.17	1.24	
โสด	1.11	-	0.06*	0.13*	
คู่	1.17		-	0.07	
หม้าย / หย่า/ แยก	1.24			-	

จากตาราง 10 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำแนกตามตัวแปรดังนี้

1. อายุ

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงดีกว่าบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีอายุต่ำกว่า 31 ปี อายุ 31-40 ปี และอายุ 51 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. สถานภาพสมรส

บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีสถานภาพคู่ และสถานภาพหม้าย/แยก/หย่า มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงดีกว่าสถานภาพโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ความเชื่อทางสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 7 , 8 , 9 , 10 , 11 ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงและความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

ตัวแปร	n	r	p
ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง	264	0.149*	0.016
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง	264	0.067	0.279
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง	264	0.099	0.107
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง	264	0.079	0.210
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง	264	-0.342*	0.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 7
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 8
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 9
4. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 10
5. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 11

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. บุคลากรที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
2. บุคลากรที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
3. บุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
4. บุคลากรที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
5. บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
6. บุคลากรที่มีฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
7. ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย
8. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย
9. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย
10. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย
11. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับ

พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ประกอบด้วยพนักงานการกีฬาแห่งประเทศไทยทุกระดับ และลูกจ้าง ที่ปฏิบัติงานอยู่ ณ การกีฬาแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร จำนวน 837 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำนวน 264 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2533 : 87) และสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่คำนวณได้ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลาก และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเครชชีและมอร์แกน (ยุกทพงษ์ กัยวรรณ. 2543 : 75; อ้างอิงจาก Robert V. Kerjcie and Earyle W. Morgan. 1970 : 608-609)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งลักษณะแบบทดสอบเป็นคำถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ แต่ละข้อมีตัวเลือก 4 ตัว คือ ก. ข. ค. ง. โดยให้เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว ข้อคำถามประกอบด้วยสาเหตุของโรค อาการ การดำเนินโรค การวินิจฉัยโรค การป้องกันโรค และการรักษาโรค

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่เคยปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถามการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การออกกำลังกาย และการรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ตามตัวแปร อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง โดยแจกแจงหาความถี่คิดเป็นร้อยละแล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำแนกตามตัวแปร เพศ โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษารายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6 เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ LSD

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 7, 8, 9, 10, 11

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

การวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ปรากฏผลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ มีจำนวน 264 คน เป็นเพศหญิง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.30 มีอายุ 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.21 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีรายได้ของครอบครัว

15,001-20,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.48 มีสถานภาพโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.95 สังกัดฝ่ายพัฒนากิจาเป็นเลิศ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.30

1.2 บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 47.70 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.30 มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 74.60 มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 87.50 มีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 70.50 และมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 79.90

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน พบว่า

2.1 บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.4 บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.5 บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

3.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

3.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

3.4 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

3.5 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษา พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ความเชื่อทางสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.90 อภิปรายผลได้ว่า อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 57.95 มีสถานภาพโสด และมีอายุระหว่าง 31-49 ปี ร้อยละ 46.21 ซึ่งยังเป็นวัยที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ายังมีร่างกายที่แข็งแรง ไม่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง ประกอบกับเป็นกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่นคง นอกจากนี้ยังอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดสิ่งชักนำ (ได้แก่ สื่อต่างๆ บุคคลใกล้ชิด กลุ่มเพื่อน แพทย์) ให้รับรู้ภาวะคุกคามของโรคต่อตนเองอย่างเหมาะสม และอาจเป็นเพราะถึงแม้ว่าเขามีภาวะพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม แต่บางคนอาจจะประสบกับความยุ่งยากมากในการปฏิบัติ ซึ่งส่วนใหญ่สืบเนื่องมาจากนิสัยดั้งเดิมที่เกิดขึ้นกับบุคคลมาก่อน อีกทั้งในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอีกด้วย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในระดับควรปรับปรุงเป็นจำนวนมาก กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงระดับปานกลาง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอารี บินปัญญา (2543 : 133) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า การปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับชนิดา สุขแสง (2544 : 137-138) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับของการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน

2.1 เพศกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า บุคลากรที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน โดยพบว่า บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ที่เป็นเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ เพศหญิงมักเลือกบริโภคหรือไม่บริโภคอาหารบางชนิดเพื่อความสวยงามของร่างกาย หรือเพื่อให้มีรูปร่างที่บอบบางตามกลุ่มหรือสังคมของตนยอมรับ และในสังคมไทย เพศหญิงถูกกำหนดบทบาทให้เป็นแม่ศรีเรือน รับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัวและต้องออกทำงานนอกบ้านด้วย จึงทำให้เพศหญิงต้องมีการปรับตัวเองให้สามารถดูแลทุกคน รวมทั้งตนเองให้มีสุขภาพที่ดี จึงเป็นสาเหตุให้บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงดีกว่าเพศชาย ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem : 1991) ที่ว่า เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการดูแลตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 148) ที่ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พบว่าผู้บริหารที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 สอดคล้องกับอารี บินทปัญญา (2543 : 135-138) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุริรัตน์ ธรรมลังกา (2547 : 102) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากรังสีของบุคลากรทางรังสีวิทยา สังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า บุคลากรที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากรังสีไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับ ชนิตา สุขแสง (2544 : 144) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.2 อายุกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าบุคลากรที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน จากการศึกษาโดยการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่า บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงดีกว่าบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีอายุต่ำกว่า 31 ปี อายุ 31-40 ปี และอายุ 51 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ระยะชีวิตวัยกลางคนเป็นระยะที่บุคคลมีภารกิจมากที่สุด โดยเฉพาะด้านการงาน อาชีพ และสังคม เพื่อจะก้าวไปสู่ความสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันระดับการครองชีพสูงขึ้น ประกอบกับความปรารถนาที่จะมีมาตรฐานการดำรงชีวิตอย่างสุขสบาย และต้องมีสิ่งเชิดหน้าชูตามากขึ้น มีความรับผิดชอบสูงต่อความเจริญและความเสื่อมของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ เป็นบุคคลซึ่งเป็นหลักของเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ พร้อมๆกับภาระทางเศรษฐกิจ สังคมในครอบครัว และนอกครอบครัว ทำให้บุคคลวัยนี้ต้องทำงานหนัก ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้วัยดังกล่าวมีความตั้งใจมากที่จะป้องกันตนเองไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือแม้ว่าเมื่อใดที่เกิดปัญหาสุขภาพขึ้น ก็มีความสนใจและตั้งใจที่จะปฏิบัติเพื่อให้หายจากความเจ็บป่วยนั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนิตา สุขแสง (2544 : 144-145) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ พบว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับอารี บินทปัญญา (2543 : 133-135) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพ็ชรรินทร์ อังควานิช (2547 : 141-142) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่เป็นโรคกระดูกพรุน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่เป็นโรคกระดูกพรุนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 146-147) ที่ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พบว่าผู้บริหารที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.3 ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า บุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรู้และการป้องกันเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นความรู้เฉพาะด้าน ซึ่งในการศึกษาแต่ละระดับไม่ได้กำหนดวิชาความรู้และการป้องกันเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไว้ ผู้ที่

สนใจต้องชวนหาข้อมูลด้วยตนเอง และการตอบแบบสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงก็ทำตามความเข้าใจของตนเองเท่านั้น อีกประการหนึ่งที่มีความแตกต่างของระดับการศึกษาไม่ทำให้พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันก็เพราะทุกระดับการศึกษาสามารถหาความรู้เพิ่มเติมจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ สิ่งพิมพ์ได้เท่าเทียมกัน และปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยซึ่งสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับด้านสุขภาพได้อย่างมาก และสื่อต่างๆ เหล่านี้ก็ประชาสัมพันธ์ให้เห็นอันตรายของการมีภาวะไขมันในเลือดสูง และประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ดังนั้นบุคลากรจึงเกิดความเชื่อถือ ความเข้าใจ ตามเรื่องที่มีการประชาสัมพันธ์นั้น รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ในสังคม ทำให้ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องกับบุคคลอื่นหรือเพื่อนร่วมงาน ประกอบกับในปัจจุบันการพัฒนาด้านสาธารณสุขมีมากขึ้น มุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนมีการพึ่งพาตนเองและมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในการป้องกันโรค ประชาชนจึงมีความพยายามในการหาความรู้ในเรื่องสุขอนามัยและการป้องกันโรคที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรรถศรีไทยล้วน (2541 : 79) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุรรัตน์ ธรรมลังกา (2547 : 104) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากรังสีของบุคลากรทางรังสีวิทยา พบว่า บุคลากรทางรังสีวิทยาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากรังสีไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิภา อินทนิล. (2545 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขีรถยนต์ของพนักงานขับรถประจำโรงพยาบาลชุมชน พบว่า พนักงานขับรถประจำโรงพยาบาลชุมชนที่มีระดับการศึกษาต่างกันพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขีรถยนต์ไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของชนิดา สุขแสง (2544 : 145-146) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 รายได้ของครอบครัวกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า บุคลากรที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นการกระทำที่มีผลต่อความผาสุกของบุคคล ไม่จำเป็นต้องพึงรายได้ และไม่จำเป็นต้องใช้ค่าใช้จ่ายมากมาย ถ้าหากบุคคลนั้นตระหนักดีว่าการกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ดี และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงยังมีอีกหลายปัจจัย ถึงแม้จะมีรายได้ต่อเดือนต่างกัน แต่หากบุคคลมีความตั้งใจที่จะกระทำ

ก็จะสามารถบริหารจัดการรายได้โดยมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลตนเองได้ โดยการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำจิตใจให้สงบ ไม่เครียด ทำให้บุคลากรมีพฤติกรรมป้องกันการภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 149-150) ที่ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา พบว่าผู้บริหารที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของอารี บิณฑปัญญา (2543 : 144-146) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของกนกกร สุธสมชีพ (2544 : 142-บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนิดา สุขแสง (2544 : 146) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ พบว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมป้องกันการภาวะไขมันในเลือดสูง ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน โดยพบว่าบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีสถานภาพคู่ และสถานภาพหม้าย/แยก/หย่า มีพฤติกรรมป้องกันการภาวะไขมันในเลือดสูงดีกว่าสถานภาพโสด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรที่มีสถานภาพคู่ และสถานภาพหม้าย/แยก/หย่า ได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ รวมถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ จากคู่สมรสและบุตรหลาน จึงทำให้บุคลากรที่มีสถานภาพคู่ และสถานภาพหม้าย/แยก/หย่า มีกำลังใจในการที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้ดีกว่าสถานภาพโสด สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรรัตน์ ธรรมลังกา (2547 : 104) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากรังสีของบุคลากรทางรังสีวิทยา สังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล บุคลากรทางรังสีวิทยาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากรังสีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของอารี บิณฑปัญญา (2543 : 140-142) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพชรรินทร์ อังควานิช (2547 : 145-146) ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุ

ของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่เป็นโรคกระดูกพรุนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่เป็นโรคกระดูกพรุนที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงานกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มีฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า บุคลากรที่มีฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีพฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรส่วนใหญ่ได้มีโอกาสรับรู้เรื่องการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเท่าๆกัน คือ จากการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งเป็นสวัสดิการของหน่วยงาน ปีละ 1 ครั้ง และทุกฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน สามารถหาข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพได้เท่าเทียมกัน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้แต่ละคนมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุรวิรัตน์ ธรรมลังกา (2547 : 105-106) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากรังสีของบุคลากรทางรังสีวิทยา สังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าบุคลากรทางรังสีวิทยาที่มีสายงานต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากรังสีไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกวรรณ บางเสียม (2547 : 85-86) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย กรุงเทพมหานคร พบว่า พนักงานเก็บขยะมูลฝอย กรุงเทพมหานคร ที่มีสายการปฏิบัติงานต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุญจันทร์ เอี่ยมยาว (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันมลภาวะทางอากาศของผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิต โรงไฟฟ้าแม่เมาะ 1-13 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีลักษณะงาน (กลุ่มงาน) ที่ปฏิบัติต่างกัน มีพฤติกรรมในการป้องกันมลภาวะทางอากาศไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อาคม เครือใหม่ (2542 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานกะโรงไฟฟ้าแม่เมาะ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานกะที่มีสถานที่ทำงานแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานแตกต่างกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

3.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.149$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การเกิดความรู้ของบุคคลนั้นเริ่มจากการได้รับรู้ข้อมูลแล้วเกิดเป็นการจำ การระลึกได้ และเกิดความ

เข้าใจ เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหรือการกระทำพฤติกรรมของบุคคล เพราะความรู้สามารถกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่ๆ ขึ้นมาได้ และความรู้มีผลต่อการปฏิบัติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และปฏิบัติตามความรู้ นั้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอาจเป็นเหตุให้ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรีชา วงศ์ทิพย์ (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความรู้ พฤติกรรมการป้องกัน และความชุกของโรคขาดสารไอโอดีนของชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับผล การศึกษาของ บุญจันทร์ เอมยานยาว (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการ ป้องกันมลภาวะทางอากาศของผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิต โรงไฟฟ้าแม่เมาะ พบว่า ความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันมลภาวะทางอากาศ มีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2542 : 111) ที่ศึกษา ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ พยาบาลสำเร็จใหม่ พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลสำเร็จใหม่

3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ซึ่งไม่ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง แสดงว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ทั้งนี้อาจ เป็นเพราะ ภาวะไขมันในเลือดสูงนั้นเป็นโรคไม่ติดต่อชนิดหนึ่ง ซึ่งไม่มีอาการและอาการแสดงให้ เห็นก่อนที่จะเกิดโรค เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมนุษย์เอง บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยจึงไม่ได้อยู่ในภาวะที่เจ็บป่วย ยังมีสภาพร่างกายที่แข็งแรงเป็นปกติ ซึ่งการที่บุคคลใดจะมี พฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้ง อาจเนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม สังคม และความเชื่อ เป็นต้น ที่มีอิทธิพลเกี่ยวกับการ รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีความเชื่อแตกต่างกันออกไป ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจจะส่งผลให้บุคลากรคาดว่าจะไม่เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงกับตนเอง จึงส่งผลให้ มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะ ไขมันในเลือดสูง ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจึงไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย สอดคล้องกับผลการศึกษาของชนิดา สุรจิตต์ (2543 : 49-50) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุน สอดคล้องกับการศึกษาของ นกัสวรรณ อินทร์ ประสิทธิ์ (2536 : 59-61) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคซิฟิลิโคซิส ของคนงานโรงงานไม้หิน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ไม่มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค และสอดคล้องกับเพชรรัตน์ อมรชิวิน (2541 : 100-107) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวิชา ชีโรจนวงศ์ (2544 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อสำรวจพฤติกรรมป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงของภาวะกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันภาวะกระดูกพรุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 ที่ว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างอาจจะยังไม่มีภาวะเสี่ยงหรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการมีภาวะไขมันในเลือดสูงโดยตรง และกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้เป็นเพียงการคาดประมาณในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง เช่น การมีระดับไขมันในเลือดสูงเป็นเวลานานๆ จะทำให้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ซึ่งในกรณีนี้ไม่ได้มีอาการหรืออาการแสดงในทันทีทันใดเมื่อตนเองมีภาวะไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างจึงไม่รับรู้ถึงความรุนแรง และไม่สนใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่จะเป็นการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อีกประการหนึ่งคือกลุ่มตัวอย่างอาจจะยังไม่เข้าใจหรือไม่ทราบว่าการมีภาวะไขมันในเลือดสูงนั้นจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต แม้กระทั่งการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อันเนื่องมาจากโรคที่เกิดจากการมีภาวะไขมันในเลือดสูง เพราะกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ที่ไม่ดีพอหรือในระดับควรปรับปรุง เมื่อกลุ่มตัวอย่างพบเห็นหรือรับทราบว่าบุคคลใกล้ชิด เพื่อนร่วมงาน และญาติพี่น้อง เจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าว ก็ไม่ได้ตื่นกลัวหรือหาวิธีป้องกันแต่อย่างใด และยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Becker และคนอื่นๆ (งามนิตย์ ราชกิจ. 2540 :48) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค กลายเป็นสิ่งขัดขวางต่อการมารับการตรวจโรคของบุคคล อันเนื่องมาจากความกลัวว่าเมื่อพบว่าเป็นโรคแล้ว ความรุนแรงของโรคจะทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้หลบเลี่ยงการตรวจหาโรค หรือระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่สูง จะขัดขวางต่อการก่อให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล นั่นคือ ไม่มีการป้องกันโรค สอดคล้องกับผลการศึกษาของชนิดา สุรจิตต์ (2543 : 50-51) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นัยนา เมธา (2544 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 10 ที่ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะทราบถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง แต่ภาวะไขมันในเลือดสูงนั้นไม่ได้แสดงอาการอย่างชัดเจน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการมีภาวะไขมันในเลือดสูง ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง จึงเป็นเหตุให้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนิตา สุรจิตต์ (2543 : 52-53) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บัญชา มณีคำ (2538 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ของผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์

3.5 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.342$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 11 ที่ว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าตนเองยังแข็งแรง และยังไม่เห็นความจำเป็นในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง รวมทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงก็ขัดกับความเคยชินในการดำรงชีวิตประจำวัน เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติ และความรีบร้อนในชีวิตประจำวันก็ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ เหล่านี้จึงอาจเป็นอุปสรรคสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่จะจัดสรรเวลาและค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงที่เหมาะสมกับตนเองได้ ประกอบกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการกระทำที่ไม่อาจเห็นผลในทันที จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีการตื่นตัวต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค รวมทั้งการขาดการสนับสนุนทางด้านอื่นๆ เช่นการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งอื่น การให้การสนับสนุนด้านต่างๆ จากบุคคลใกล้ชิด กลุ่มเพื่อน หรือบุคคลอื่นๆ เช่นแพทย์ พยาบาล เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ดังนั้นจึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งด้านเวลามากพอที่จะขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนิตา สุรจิตต์ (2543 : 53-54) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรค ที่ระดับ

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวิชา ชีโรจนวงศ์ (2544 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อสำรวจพฤติกรรมป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะกระดูกพรุน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันภาวะกระดูกพรุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริพร ปารมะ (2545 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่า บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย มีความรู้ในระดับควรปรับปรุง และมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้นการกีฬาแห่งประเทศไทยจึงควรมีการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงและการป้องกัน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง นอกเหนือจากการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้บุคลากรเล็งเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานด้วย

2. จากการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ดังนั้นควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง โดยการณรงค์ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น เสียงตามสาย เอกสาร แผ่นพับ ป้ายประชาสัมพันธ์ เวียนให้ทราบตามหน่วยงานภายในการกีฬาแห่งประเทศไทย เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง นอกจากนั้นกิจกรรมที่จัดควรง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในหน่วยงานรัฐวิสาหกิจอื่นๆ ด้วยว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวางแผนพัฒนาการให้สุขศึกษาแก่บุคลากรได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2. ควรมีการเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ปฏิบัติงานที่การกีฬาแห่งประเทศไทยในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ว่ามีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. ควรศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรการกีฬาแห่งประเทศไทยที่เหมาะสมต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- การกีฬาแห่งประเทศไทย. (2546). แผนกลยุทธ์การกีฬาแห่งประเทศไทย พ.ศ.2545-2554.
กรุงเทพฯ : นิเวศน์มิดิเอการพิมพ์.
- กนกวรรณ บางเสียม. (2547). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย
กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กนกกรส สุขสมชีพ. (2544). พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์
กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน. (ม.ป.ป.). เอกสารประกอบการสอนเรื่องแบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2545. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กัลยา วาณิชบัญชา. (2545). การวิเคราะห์สถิติ : สถิติสำหรับบริหารและการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6.
กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2541). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการ
ส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
เจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. กรุงเทพฯ : กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข
- กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการ
ดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข
- งามนิตย์ ราชกิจ. (2540). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
ของผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย. ปรินญาณินพนธ์
สส.ม. (สาธารณสุขศาสตร). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
ถ่ายเอกสาร.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. ปรินญาณินพนธ์ ศษ.ม.
(การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ. (2539). พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหาร
โรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม.
(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- จิตอาวี ศรีอาคะ. (2543). การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาล. ปรินญาณพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร
- จรินทร์ จันทระนายะ. (2529). "การศึกษาระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไฮเดนซีดีไลโปโปรตีนโคเลสเตอรอลในคนไทยปกติ," วารสารกรมวิทยาศาสตร์. 6 : 131-138.
- ชนิดา สุขแสง. (2544). ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ชนิดา สุจริตต์. (2543). ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี. ปรินญาณพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสตรี). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2534). เทคนิคการใช้สถิติในการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ธนวรรณ อัมสมบูรณ์. (2528). "การประเมินผลงานสุศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," วารสารสุศึกษา. 8(29) : 60.
- นภัสวรรณ อินทร์ประสิทธิ์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิฟิลิสของคณงานโรงไม้หิน จังหวัดสระบุรี. ปรินญาณพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นริศ เจนวนิยะ. (2544). "กินไขมันมากจะยากนาน," ไกล่หมอ. 25(8) : 74-75.
- นิภา อินทนิล. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขีรถยนต์ของพนักงานขับรถประจำโรงพยาบาลชุมชน. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นุคุณ ประยูรวงษ์. (2543). "ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะไขมันในเลือดสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย," พุทธชินราชเวชสาร. 17(2) : 81-86.
- บงอร ณ พัทลุง. (2526). ไลโปโปรตีนและไลโปโปรตีน. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเคมีคลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บัญชา มณีคำ. (2538). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ของผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ในจังหวัดเชียงใหม่. ปรินญาณพนธ์ ศษ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- บรรหาร กอนันตกุล. (2547). "พบคนกรุงเทพฯมีโคเลสเตอรอลสูงเกินครึ่ง," รักหัวใจใส่ใจโคเลสเตอรอล. 2(4) : 1.
- บุญจันทร์ เอมย่านยาว. (2541). ความรู้และพฤติกรรมป้องกันมลภาวะทางอากาศของผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิต โรงไฟฟ้าแม่เมาะ จังหวัดลำปาง. ปรินิพนธ์ ศศ.ม. (การจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- บุญเย็น วราศรัย, วรรณวิมล กิตติติลกุล, และแสงโสม สีนะวัฒน์. (2542). "การศึกษาปัจจัยทางด้านอาหาร ที่มีผลต่อภาวะไขมันสูงในเลือดของประชากรอาชีพผู้บริหารและผู้ใช้แรงงาน," วารสารองค์การเภสัชกรรม. 25(1) : 62-69.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ-การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วังบูรพา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2527). เอกสารประกอบชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์
- ปรีชา วงศ์ทิพย์. (2540). ความรู้ พฤติกรรมการป้องกัน และความชุกของโรคขาดสารไอโอดีนของชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง บ้านขุนวาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่. ปรินิพนธ์ ศศ.ม. (สาธารณสุขศาสตร). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- พิชาภรณ์ จันทนกุล. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ทักษะชีวิตกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2533). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เจริญผล
- เพชรรัตน์ อมรชีวิน. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดลพบุรี. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพชรรินทร์ อังควนิช. (2547). พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่เป็นโรคกระดูกพรุนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. ปรินิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ภาวินี โภกลินจำรูญ. (2540). "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์," เอกสารบทคัดย่อ การประชุมวิชาการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ 2540
- มนตรี จุฬาวฒนชล. (2530). ชีวเคมี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มนต์ชัย ชลาประวรัตน์ วิทยา ศรีดามา และธานินทร์ อินทรกำธรชัย. (2546). *Evidence Based Clinical Practice Guideline* ทางอายุรกรรม. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มัลลิกา มัตติโก. (2534). คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ "ก้าวสู่ยุค 2000". กรุงเทพฯ : ชิกมาดีไซน์กราฟฟิค.
- ยุทธพงษ์ กัยวรรณ. (2543). *พื้นฐานการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- เรณู กาวิละ. (2537). *ความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอสันป่าดอง จังหวัดเชียงใหม่*. ปรินูญานิพนธ์ ศษ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2521). *หลักการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ : ทวีกิจการพิมพ์.
- ลือชา ศรีเงินยวง และทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (2534). *ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลตนเอง*. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). "ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมายเรื่องง่ายที่บางครั้งก็พลาดได้," *ข่าวสารการวิจัยการศึกษา*. 18 (3) : 9.
- วิมล นิติวรางกูร. (2543). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการวิเคราะห์พฤติกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วณี กอสุวรรณศิริ. (2543). *แบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร*. ปรินูญานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วิรัช เจริญเวช. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตน กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอ็ดส์ของนักเรียนวัยรุ่น*. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- วลัย อินทร์พรชัย. (2530). *โภชนบำบัด*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาคหกรรมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- วิลาวลัย กล้าแรง. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของวัยรุ่น ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์*. ปรินูญานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ศราวดี สุวรรณประเสริฐ. (2544). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีปัญญาพฤติกรรม ที่มีต่อความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์ และการเห็นคุณค่าในตนเอง. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร ปารมะ. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล จังหวัดลำพูน. ปรินญานิพนธ์ ศษ.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ศุภร เจริญพานิช. (2544). ผลการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อพฤติกรรมการควบคุมโคเลสเตอรอลของผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง. ปรินญานิพนธ์ วท.ม.(จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- สรจักร ศิริบริรักษ์. (2544). "อาหารกับโรคหัวใจ," *ใกล้หมอ*. 25(8) : 120-121.
- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2541). ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลสำเร็จใหม่ ในโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ปรินญานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). *โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2535). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- สุริยะ นำประดิษฐ์ทรัพย์. (2542). ปริมาณโคเลสเตอรอลที่รวมอยู่กับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงและความสามารถในการนำเข้าออกซิเจนสูงสุดของนักกีฬาที่ออกกำลังกาย. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (พลศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุรรัตน์ ธรรมลังกา. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากรังสีของบุคลากรทางรังสีวิทยา สังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุวิชา ธีรโรจนวงศ์. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน. ปรินญานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลอนามัยชุมชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมชาย พัฒนอาจกุล. (2545). "Management of Dyslipidemia in Clinical Practice," *เวชสารแพทย์ทหารบก*. 55(1) : 35 – 51.
- สมชาย พัฒนอาจกุล. (2545). "Dyslipidemia : Basic Concepts," *เวชสารแพทย์ทหารบก*. 55(1) : 35 – 51.

- สมใจ วิชัยดิษฐ์, วิชัย ดันไพจิตร และทรงศักดิ์ ศรีอนุชาติ. (2529). *โภชนศาสตร์ประยุกต์*.
 กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
- อรรถ ศรีไทยล้วน. (2541). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะ
 แทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์
 กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
 ถ่ายเอกสาร.*
- อาคม เครือใหม่. (2542). *การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมใน
 การทำงานของผู้ปฏิบัติงานกะ โรงไฟฟ้าแม่เมาะ 1-13 อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง.
 ปรินิพนธ์ ศศ.ม. (การจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.*
- อารี บินทปัญญา. (2543). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการ
 แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
 กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.*
- เอี่ยมพร ทองกระจาย. (2530). "พฤติกรรมอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอูจาระร่วง," *การ
 ประชุม เชิงปฏิบัติการโรคอูจาระร่วงครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์
 โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- Allard, R. (1989). "Belife about Aids as Determinants of Preventive Practices and of
 Support for Coercive Measures," *American Journal of Plublic Health*. 79(4) :
 448-452.
- Anderson KM, et al. (1987). "Cholesterol and Motality 30 years of follow up from the
 framing study," *JAMA*. (257) : 2176-2180.
- Becker, Marshall H. (1974). "The health belief model and personal health behavior,"
Health Education Monograph 2. 4(winter) : 334.
- Becker, M.H. & Maiman, L. A. (1975). "Socialbehavior Determinants of Compliance
 with health and Medication Care Reccommendation," *Medical care*. 8(1).
- Becker, M.H., et al. (1977, May). "Selected Psychosocial Models and Correlation of
 Individual Health Related Behavior," *Medical care*. 15(supplement) : 27-46.
- Brunswick, A. F., & Banaszak, Hall J. (1996). "HIV risk behavior and the health belief
 model : Anempirical test in an African American community sample," *Journal of
 Community Psychology*. 24 : 44-65.
- Garry P J. et al. (1992, May). "Longitudinal study of dietary intakes and plasma lipids
 in Health elderly men and women," *Am J. Clin. Nutri*. 55 : 682-688
- Herris, Daniel M. and Sharon Guten. (1979). "Health-Protective Behavior : An
 Exploratory Study." *Journal of Health and Social Behavior*." 20 : 17-29.

- Johnson C, et al. (1990, August). "Effects of exercise, dietary cholesterol, and dietary fat on blood lipids," *Arch.Intern Med.* 156 : 65)
- Maiman, Lois A & Becker, Marshall H. (1974). "The health belief model : Origins and correlation in psychological theory," *Health Education Monograph* 2. 336-353.
- Montgomery, S. B. et al. (1989). "The health belief in understanding compliance with preventive recommendation for AIDS : How useful?," *AIDS Education Prevention.* 4 : 303-323.
- Orem. D.E. (1991). "Nursing Concepts of practice" 4th ed. St. Louis : Mosby year book
- Weinberger, M., Greene, J. Y., Memlin, J. J., & Jerin, M. (1981). "Health belief and smoking behavior," *American Journal of Public Health.* 71 : 1253-1255.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ
หนังสือราชการ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี | รองศาสตราจารย์ระดับ 9
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. นายแพทย์เรืองศักดิ์ ศิริผล | นักบริหาร 9
ผู้อำนวยการฝ่ายสิทธิประโยชน์
และมาตรฐานกีฬา
การกีฬาแห่งประเทศไทย |
| 3. นายปณิก อวิรุทธการ | นักบริหาร 7
หัวหน้างานวิชาการและเทคโนโลยีการกีฬา
การกีฬาแห่งประเทศไทย |
| 4. นายสุวิทย์ อยู่บำรุง | นักบริหาร 7
หัวหน้างานบริการและตรวจรักษา
การกีฬาแห่งประเทศไทย |
| 5. นายแพทย์มีชัย อินวู๊ด | นายแพทย์ 6
แพทย์ประจำศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬา
งานบริการและตรวจรักษา
การกีฬาแห่งประเทศไทย |

ที่ ศธ 0519.12/๗๖๐



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ตลิ่งชัน 23 กรุงเทพฯ 10110

๑ พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้ว่าการการกีฬาแห่งประเทศไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววรรณิกา แก้วยศ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากร สังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร และ อาจารย์ทรงพล ค่อนี่ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญ นายแพทย์เรืองศักดิ์ ศิริผล ผู้อำนวยการฝ่ายสิทธิประโยชน์และมาตรฐานกีฬา นายปนิท อวิรุทธการ หัวหน้างานวิชาการและเทคโนโลยีการกีฬา นายสุวิทย์ เกิดบำรุง หัวหน้างานบริการและตรวจรักษา และ นายแพทย์มีชัย อินวู๊ด นายแพทย์ 6 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากร สังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววรรณิกา แก้วยศ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเชษฐกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

หมายเหตุ : คีองการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-3146121 มือถือ 09-1101566

ที่ ศธ 0519.12/๗๖๐



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑ พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้ว่าการการกีฬาแห่งประเทศไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววรรณิกา แก้วยศ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากร สังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์นายแพทย์ มรรษมางกูร และ อาจารย์ทรงพล ค่อนี่ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญ นายแพทย์เรืองศักดิ์ ศิริผล ผู้อำนวยการฝ่ายสิทธิประโยชน์และมาตรฐานกีฬา นายปนิท อวิรุทธการ หัวหน้างานวิชาการและเทคโนโลยีการกีฬา นายสุวิทย์ เกิดบำรุง หัวหน้างานบริการและตรวจรักษา และ นายแพทย์มีชัย อินวู๊ด นายแพทย์ 6 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากร สังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววรรณิกา แก้วยศ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเชรากุล)

ณ บดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

หมายเหตุ : คี้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรทัศน์ 02-3146121 มือถือ 09-1101566

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสอบถาม
เรื่อง
พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
ของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถาม เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย มีทั้งหมด 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง
- แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง
- แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
- แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลมาศึกษาวิจัยประกอบการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย โดยขอความกรุณาให้ท่านตอบตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านให้มากที่สุด และตอบให้ครบทุกข้อ โดยผู้วิจัยขอรับรองว่าคำตอบของท่านจะไม่เกิดผลเสียใดๆ กับตัวท่าน และหน่วยงานของท่าน

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาววรรณิภา แก้วยศ
นิสิตปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถามตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องใดช่องหนึ่ง ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. ท่านมีอายุอยู่ในช่วงใด (นับจำนวนปีเต็ม)

() ต่ำกว่า 31 ปี

() 41 – 50 ปี

() 31-40 ปี

() 51 ปี ขึ้นไป

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

() ต่ำกว่าปริญญาตรี

() ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี

4. รายได้รวมของครอบครัว

() ต่ำกว่า 10,000 บาท

() 15,001 – 20,000 บาท

() 10,001 – 15,000 บาท

() 20,001 บาท ขึ้นไป

5. สถานภาพสมรส

() โสด

() คู่

() หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

6. ฝ่าย/สำนักที่ปฏิบัติงาน

() สำนักผู้ว่าราชการ

() สำนักกึ่งพาภูมิภาค

() ฝ่ายนโยบายและแผน

() ฝ่ายพัฒนากีฬาอาชีพ

() ฝ่ายการคลัง

() ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา

() ฝ่ายทรัพยากรบุคคลและสารสนเทศ

() ฝ่ายสิทธิประโยชน์และมาตรฐานกีฬา

() ฝ่ายพัฒนากีฬาเป็นเลิศ

() ฝ่ายสถานกีฬาและบริการ

() ฝ่ายพัฒนากีฬาและการทะเบียน

แบบทดสอบตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าคำตอบที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด
เพียงข้อเดียว

1. ข้อใดไม่ใช่วิธีการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| () ก. การควบคุมอาหาร | () ข. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ |
| () ค. งดการดื่มสุราและสูบบุหรี่ | () ง. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง |

2. ข้อใดไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Coronary heart disease)

- | | |
|---------------------------------|--|
| () ก. เพศชาย อายุมากกว่า 45 ปี | () ข. สูบบุหรี่เป็นประจำ |
| () ค. ความดันโลหิตสูง | () ง. HDL มากกว่า 60 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร |

3. ไขมันชนิดใดเป็นไขมันชนิดอัมตัว

- | | |
|------------------------|--------------------|
| () ก. ไขมันถั่วเหลือง | () ข. ไขมันหมู |
| () ค. ไขมันมะกอก | () ง. ไขมันรำข้าว |

4. ไขมันปรุงอาหารชนิดใดที่จะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

- | | |
|---------------------|-------------------|
| () ก. ไขมันมะกอก | () ข. ไขมันปาล์ม |
| () ค. ไขมันมะพร้าว | () ง. ไขมันหมู |

5. อาหารชนิดใดที่มีปริมาณกรดไขมันชนิดอัมตัวน้อยที่สุด

- | | |
|-------------|---------------------|
| () ก. กะทิ | () ข. ขนมปังโฮลวีท |
| () ค. เนย | () ง. นมวัว |

6. ไขมันในเลือดมีกี่ชนิด

- | |
|---|
| () ก. 1 ชนิด คือ โคเลสเตอรอล |
| () ข. 2 ชนิด คือ โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ |
| () ค. 3 ชนิด คือ กรดไขมันอิสระ โคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ |
| () ง. 4 ชนิด คือ กรดไขมันอิสระ โคเลสเตอรอล ฟอสโฟไลปิด และไตรกลีเซอไรด์ |

7. ไขมันในเลือดตัวใดที่เป็นปัญหาทางคลินิกและเป็นตัวบ่งชี้เบื้องต้นว่าท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูง

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| () ก. โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ | () ข. ไตรกลีเซอไรด์และฟอสโฟไลปิด |
| () ค. ฟอสโฟไลปิดและกรดไขมันอิสระ | () ง. กรดไขมันอิสระและโคเลสเตอรอล |

8. ข้อใด ไม่ใช่ สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง
- () ก. การดื่มสุรา
 - () ข. การสูบบุหรี่
 - () ค. การรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว
 - () ง. การรับประทานน้ำตาลหรือขนมหวานมากๆ
9. ข้อใดเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
- () ก. ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ
 - () ข. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง
 - () ค. ลดการบริโภคอาหารรสหวาน เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีเส้นใย
 - () ง. เพิ่มการรับประทานไขมันจากพืช เช่นมะพร้าว
10. การออกกำลังกายแบบใดที่จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ดีที่สุด
- () ก. การวิ่ง เดินเร็ว
 - () ข. แบดมินตัน
 - () ค. กอล์ฟ
 - () ง. เทนนิส
11. การออกกำลังกายจะช่วยป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้อย่างไร
- () ก. ช่วยเพิ่มไขมันชนิดดี (HDL-C) ลดไขมันชนิดเลว (LDL-C)
 - () ข. ช่วยลดไขมันทุกชนิด
 - () ค. ทำให้ร่างกายงดสร้างโคเลสเตอรอลชั่วคราว
 - () ง. ช่วยให้ร่างกายขับโคเลสเตอรอลออกมาได้เร็วขึ้น
12. อายุเท่าใด ที่ควรเริ่มตรวจวัดระดับไขมันในเลือด
- () ก. 20 ปี
 - () ข. 30 ปี
 - () ค. 40 ปี
 - () ง. 50 ปี
13. อาการใดที่ไม่ใช่อาการของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมากๆและต่อเนื่องเป็นเวลานาน
- () ก. มีผื่นหรือปื้นขาวเหลือง ตามบริเวณข้อต่อต่างๆ และหนังตาบน
 - () ข. เกิดจ้ำเลือดตามผิวหนังและขาบริเวณปลายเท้า
 - () ค. สมอเสื่อม ทำให้ความคิดความจำและเลือกผิดปกติ
 - () ง. ปวดท้อง มีอาการอักเสบของตับอ่อน

แบบสอบถามตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องใดช่องหนึ่ง ตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง					
1. ภาวะเครียดทำให้มีโอกาสเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง					
2. การรับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้					
3. การไม่ควบคุมน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐานอยู่เสมอ มีโอกาสเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้					
4. การขาดการออกกำลังกาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง					
5. การมีภาวะไขมันในเลือดสูงจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตัน					
6. คนที่มีอายุ 45 ปี ขึ้นไปมีโอกาสรiskต่อการมีภาวะไขมันในเลือดสูงมากกว่าคนอายุน้อย					
7. ถ้าท่านไม่มีอาการแสดงใดๆ ที่ผิดปกติเกี่ยวกับการมีภาวะไขมันในเลือดสูง แสดงว่าท่านยังไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง					
8. คนที่มีน้ำหนักตัวปกติ ไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง					
9. การมีระดับไขมันในเลือดสูงทำให้มีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่มียกระดับไขมันในเลือดสูง					
10. ท่านคิดว่าภาวะไขมันในเลือดสูงจะเป็นได้เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น					
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง					
1. การมีภาวะไขมันในเลือดสูงนานๆ อาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตัน					
2. ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด					
3. การมีภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้					
4. แม้ท่านจะมีภาวะไขมันในเลือดสูงมากๆ ก็ไม่ทำให้ท่าน เสียชีวิต					
5. ถ้าท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูงนานๆ จะทำให้ท่านเป็นอัมพาตได้					
6. การมีระดับไขมันในเลือดสูงเป็นเวลานานจะทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายได้					
7. ถ้าท่านมีระดับไขมันในเลือดสูงจะทำให้ท่านมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควร					
8. การมีภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา					
9. การมีภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้ร่างกายอ่อนแอ ไม่สามารถทำงานได้เหมือนปกติ					
10. ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นต้องควบคุม					

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง					
1. การเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลาจะช่วยป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง					
2. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงจะทำให้ท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดี อายุยืนยาว					
3. การตรวจสุขภาพประจำปีและได้รับคำแนะนำเรื่องการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น					
4. การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยลดไขมันในเลือดได้					
5. การรักษาน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนก็จะช่วยป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้					
6. การตรวจสุขภาพประจำปีช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง					
7. การงดรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ กะทิ จะสามารถป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้					
8. การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบจากพืชผักต่างๆ สามารถป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้					
9. การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงจะช่วยให้มีร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคภัย					
10. การตรวจเลือดเพื่อหาระดับไขมันในเลือด มีความจำเป็นเฉพาะผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงเท่านั้น					
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง					
1. การออกกำลังกายทำให้เสียเวลาในการทำงาน					
2. ท่านไม่ต้องการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับไขมันในเลือด เนื่องจากกลัวเจ็บ					
3. ท่านไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเนื่องจากท่านทำงานหนักอยู่แล้ว					
4. การลดอาหารไขมันทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อย					
5. การควบคุมน้ำหนักตัวเพื่อลดไขมันในเลือดเป็นเรื่องน่าเบื่อหน่าย					
6. ท่านยังไม่เห็นความจำเป็นในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เพราะร่างกายของท่านยังแข็งแรงอยู่					
7. ท่านคิดว่า การงดดื่มสุราเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงจะทำให้ท่านเข้าสังคมได้ยาก					
8. ท่านไม่สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้ เนื่องจากสิ่งเหล่านี้ขัดกับความเคยชินในการปฏิบัติตัวของท่าน					
9. ท่านไม่สามารถควบคุมการบริโภคอาหารได้ เพราะไม่ได้ปรุงอาหารเอง					
10. ความรีบร้อนในชีวิตประจำวันทำให้ท่านไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้					

แบบสอบถามตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องใดช่องหนึ่ง

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นครั้ง คราว	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
1. ท่านรับประทานอาหารพวกเนื้อปลา			
2. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมู			
3. ท่านรับประทานขนมหวานที่ใส่กะทิ			
4. ท่านรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นจากมื้ออาหาร 3 มื้อ			
5. ท่านรับประทานอาหารว่างเป็นผัก ผลไม้ แทนขนมขบเคี้ยว หรือขนมหวาน			
6. ท่านรับประทานอาหารจำพวกของทอดเช่นไก่ทอด หมูทอด กล้วยทอด			
7. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมันหรือหนังสัตว์			
8. ท่านรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น หัวใจ ปอด ตับ สมอ			
9. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิหรือมะพร้าว			
10. ท่านรับประทานอาหารประเภทอาหารจานด่วน (Fast Food) เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า			
11. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกเนย น้ำตาล ในปริมาณมาก			
12. ท่านใช้ผักในการประกอบอาหารเป็นส่วนใหญ่			
13. ท่านใช้น้ำมันหมูในการปรุงอาหาร			
14. ท่านประกอบอาหารโดยวิธีการทอด			
15. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
16. เมื่อมีงานเลี้ยงสังสรรค์ท่านจะรับประทานอาหารทุกชนิด			
17. ท่านออกกำลังกาย ครั้งละ 20-30 นาที			
18. ท่านอยู่ใกล้ชิดคนที่สูบบุหรี่			
19. ท่านควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน			
20. ท่านมีอาการโมโหจนเฉียว ระวังอารมณ์ไม่ค่อยได้			

ภาคผนวก ค
คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง 12 แสดงค่าความยากง่าย (P) เป็นรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อ	ค่าความยากง่ายของความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง
1	.68
2	.32
3	.58
4	.60
5	.74
6	.36
7	.76
8	.66
9	.78
10	.54
11	.34
12	.26
13	.58

* ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงเท่ากับ .77

ตาราง 13 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกของความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง
1	.36
2	.54
3	.53
4	.48
5	.37
6	.55
7	.64
8	.58
9	.34
10	.54
11	.48
12	.45
13	.66

* ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงเท่ากับ .77

ตาราง 14 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง
1	.63
2	.81
3	.79
4	.68
5	.62
6	.55
7	.54
8	.34
9	.45
10	.65

* ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง เท่ากับ .88

ตาราง 15 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง
1	.50
2	.61
3	.55
4	.49
5	.69
6	.68
7	.53
8	.67
9	.62
10	.75

* ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง เท่ากับ .87

ตาราง 16 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
1	.62
2	.45
3	.79
4	.89
5	.82
6	.82
7	.80
8	.78
9	.87
10	.78

* ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เท่ากับ .93

ตาราง 17 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
1	.63
2	.75
3	.87
4	.75
5	.71
6	.78
7	.79
8	.76
9	.70
10	.75

* ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เท่ากับ .97

ตาราง 18 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
1	.26
2	.44
3	.51
4	.39
5	.33
9	.51
10	.53
11	.39
12	.47
13	.53
14	.20
15	.26
16	.60
17	.42
18	.40
19	.54
20	.31
22	.30
21	.46
22	.44
23	.49
24	.22
25	.47

* ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงเท่ากับ .84

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาววรรณิภา แก้วยศ
วันเดือนปีเกิด	5 พฤษภาคม 2520
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	156/2 หมู่ที่ 10 ต.เวียงทอง อ.สูงเม่น จ.แพร่

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2537	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพิริยาลัย จังหวัดแพร่
พ.ศ. 2540	ประกาศนียบัตรพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2542	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา) สถาบันราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
พ.ศ. 2549	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ