

547.121

0 668 พ

13

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนก
อายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปริญญาานิพนธ์

ของ

อารี บินทปัญญา

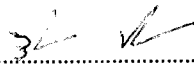
547.121
0 668 พ
13

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
พฤษจิกายน 2543
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

0 668 พ

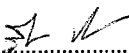
คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

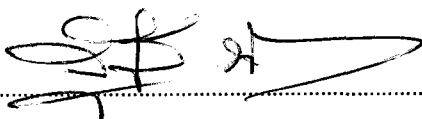
.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)

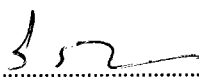
.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์นภาพร มัยมanggur)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์นภาพร มัยมanggur)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารณ)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2543

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์นภาพร มัธยมการ กรรมการผู้ควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วริยา สุขวงศ์ กรรมการแต่งตั้งเพิ่ม ที่กรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงทัศนีย์ นุชประยูร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วริยา สุขวงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี นางสาวสิรินุช เกื้อกุล อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม และให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลตึก ภปร. ห้วหน้าหอ หัวหน้าตึกและ พยาบาลประจำการตึกผู้ป่วยนอกตึก ภปร. ชั้น 1 และฝ่ายสุขศึกษา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทุกท่าน ที่ได้เอื้อเฟื้อช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยที่มีภาวะ ไขมันในเลือดสูงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการตึก ภปร. ชั้น 15 ทุกท่าน ที่กรุณาให้โอกาส และสละเวลาให้กับผู้วิจัยในการศึกษา และเก็บข้อมูล

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบพระคุณ พยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย ตลอดจนเพื่อน นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษาทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจเป็นอย่างดี ตลอดหลักสูตร คุณค่าของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาพระคุณบิดา มารดา ที่ให้ กำเนิดชีวิต กรุณาอบรมเลี้ยงดูปลูกฝังสิ่งที่ดีงาม และพันธุ์รองกต เพ่งพิศ ที่เป็นกำลังใจและ กำลังทรัพย์ และครู อาจารย์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัย ทำให้ประสบความสำเร็จ ในการศึกษา

อารี บินทปัญญา

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
คำนำ.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	6
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	10
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	65
การวิจัยในต่างประเทศ.....	65
การวิจัยในประเทศไทย.....	67
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	77
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	80
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	80
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	81
ลักษณะของเครื่องมือ.....	81
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	82
เกณฑ์การให้คะแนน.....	82
การแปลความหมายของคะแนน.....	83
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	84
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	85
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล.....	86
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	94
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล.....	94
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	95
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	128
บทย่อ.....	128
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า.....	128
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	128
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	129
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	130
การอภิปรายผล.....	132
ข้อเสนอแนะ.....	153
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย.....	153
บรรณานุกรม.....	154
ภาคผนวก.....	166
ภาคผนวก ก. หนังสือขอความอนุเคราะห์และรายนามผู้เชี่ยวชาญ.....	167
ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและคุณภาพเครื่องมือ.....	172
ภาคผนวก ค. ลักษณะคำถามการทดสอบความรู้ ข้อความด้านเจตคติ ด้านการปฏิบัติและด้านการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง.....	184
ภาคผนวก ง. คุณภาพเครื่องมือ.....	186
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	194

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดต่อประชากรแสนคน ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐานจากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ปีพุทธศักราช 2526-2535	2
2	จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปีพุทธศักราช 2538-2541.....	5
3	ปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารชนิดต่าง ๆ ในส่วนที่รับประทานได้ 100 กรัม	13
4	แสดงชนิดของไลโปโปรตีนและส่วนประกอบในพลาสมา.....	18
5	เกณฑ์ตัดสินความผิดปกติของไขมันในเลือด (Dyslipidemia).....	31
6	การแบ่งชนิดของภาวะไขมันในเลือด ตามลักษณะทางชีวเคมี.....	31
7	หลักการโภชนาบำบัดในผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง.....	32
8	แสดงปริมาณกรดไขมันในเลือดในน้ำมันพืชที่ใช้ปรุงอาหาร.....	35
9	จำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสูบบุหรี่ และการสนับสนุนจากครอบครัว	95
10	คะแนนเต็ม ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนรวมเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง	99
11	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ.....	100
12	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ.....	101
13	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามอายุ.....	102
14	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ย ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ.....	103
15	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามเพศ.....	104

[illegible]

ตาราง	หน้า
31 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามรายได้ของครอบครัว...	120
32 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามการสูบบุหรี่.....	121
33 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามการสูบบุหรี่.....	122
34 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามการสนับสนุนจากครอบครัว....	123
35 การวิเคราะห์ความแปรปรวนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามการสนับสนุนจากครอบครัว.....	124
36 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามการสนับสนุนจากครอบครัว.....	125
37 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามการสนับสนุนจากครอบครัว	126
38 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้กับเจตคติ เจตคติกับการปฏิบัติและความรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง.....	127
39 ค่าสถิติแสดงความยากง่าย (P) ของแบบทดสอบความรู้ และค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามเจตคติการปฏิบัติ และการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง.....	187
40 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกเป็นรายคู่	189
41 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทางด้านเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกเป็นรายข้อ....	191
42 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกเป็นรายข้อ	192
43 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกเป็นรายข้อ.....	193

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

- | | | |
|---|---|----|
| 1 | แนวโน้มของอัตราการตายด้วยโรคสำคัญ 5 โรคในประเทศไทย ปีพุทธศักราช 2533-2538..... | 3 |
| 2 | กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า | 77 |

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในสองทศวรรษข้างหน้าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพของประชากรทั่วโลก ในด้านระบาดวิทยาของโรคและภาวะต่าง ๆ รอบตัว ที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยตรงในประเทศที่กำลังพัฒนาจะพบว่าโรคไม่ติดต่อจะกลายเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขหลัก จำนวนผู้เสียชีวิตจะเพิ่มจาก 29.10 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1990 เป็น 49.70 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2020 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 77 โดยสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก คือ โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะซึมเศร้า และอุบัติเหตุจราจรบนถนน ในขณะที่โรคติดต่อต่าง ๆ เช่น โรคของมารดา ซึ่งได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การคลอดระยะหลังคลอด การแท้ง พิษแห่งครรภ์ รวมถึงโรคที่เกิดขึ้นในช่วงก่อนและหลังคลอด และโรคทางโภชนาการจะลดลงจาก 17.30 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1990 เป็น 10.30 ล้านคน หรือลดลงร้อยละ 50 ซึ่งมีผลมาจากการพัฒนาของยาปฏิชีวนะและวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพสูง และแม้จะคิดถึงผลกระทบจากการระบาดของโรคติดต่อ เอช ไอ วี และวัณโรคในแง่เลวร้ายที่สุดก็ตาม ได้มีผู้ประมาณว่าอัตราการตายจากโรคติดต่อก็ยังคงลดลงจากร้อยละ 17.30 ในปี ค.ศ. 1990 เป็น 16.90 ในปี ค.ศ. 2020 (นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล. 2540 : 705-706)

ในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากทั่วโลกประมาณ 50 ล้านคน ร้อยละ 80 ของผู้เสียชีวิตเกิดในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและพบประมาณ 1 ใน 4 ของผู้เสียชีวิตในประเทศที่กำลังพัฒนานั้นเกิดเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วพบการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิต โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของการตายนี้ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด และภาวะอัมพาตจากโรคหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงสมอง ซึ่งพบในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป อัตราการตายในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 75-84 ปี จะมีอัตราการตายของโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 เท่าของคนที่มีอายุระหว่าง 65-74 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในระยะ 25 ปีที่ผ่านมา ประเทศที่พัฒนาแล้วมีอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มลดลง แต่ในประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยกลับมีแนวโน้มของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (วินัส ลิฬหกุล. 2539 : 39 ; อ้างอิงมาจาก World Health Statistics Annual. 1990,1991)

จากการรายงานสถิติของกองสถิติสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขถึงจำนวนการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2526-2535 พบว่า จำนวนการตายของโรค

หัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น ทำให้เห็นว่าโรคนี้กำลังจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมาก ปัญหาหนึ่ง ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดต่อประชากรแสนคนตามบัญชีตารางโรคพื้นฐาน จากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ปีพุทธศักราช 2526-2535

ปีพุทธศักราช	จำนวนผู้ป่วยตาย	อัตราตายต่อประชากรแสนคน
2526	972	2.00
2527	843	1.70
2528	800	1.50
2529	724	1.40
2530	800	1.50
2531	1,050	1.90
2532	1,001	1.84
2533	728	1.30
2534	903	1.60
2535	1,097	1.90

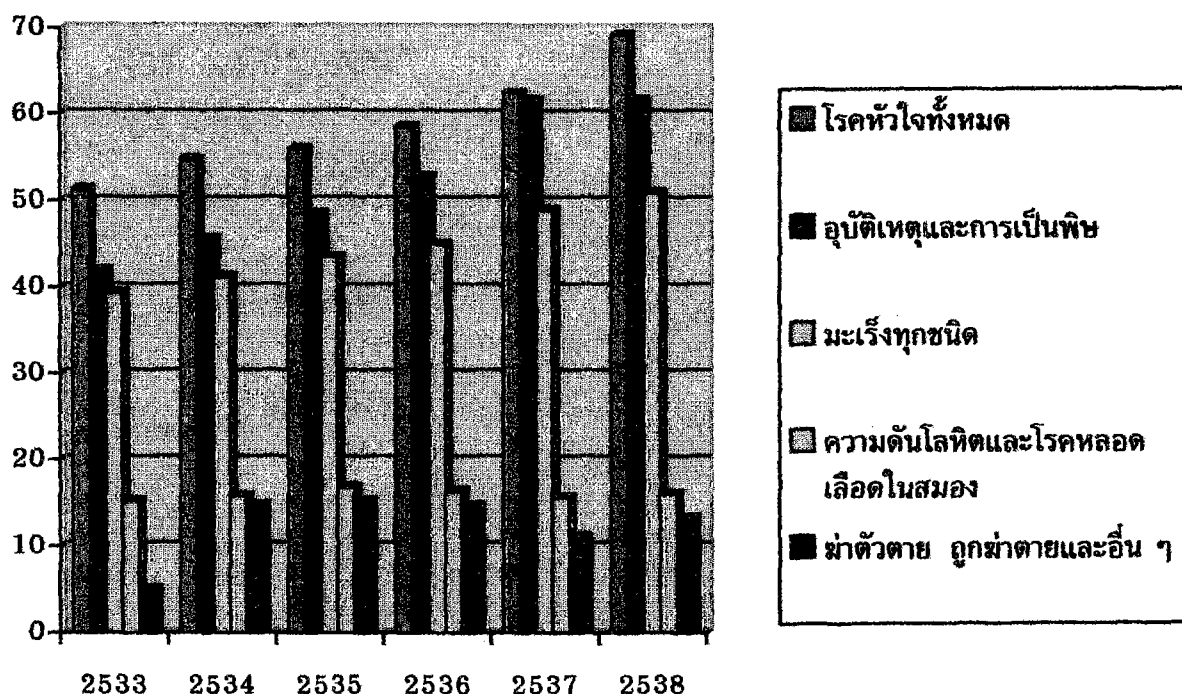
ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. 2536 : 87

ต่อมาในปีพุทธศักราช 2537 พบว่า โรคระบบไหลเวียนเลือดเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายของประชากร เป็นอันดับ 1 ใน 10 อันดับดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข. 2537 : 66)

1. โรคระบบไหลเวียนเลือด
2. อุบัติเหตุทั้งหมด
3. โรคเนื้องอก
4. โรคระบบหายใจ
5. โรคระบบติดยาเสพติดและปรสิตบางชนิด
6. โรคระบบย่อยอาหาร
7. โรคระบบสืบพันธุ์ และระบบปัสสาวะ
8. โรคระบบประสาท
9. โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม
10. การถูกทำร้าย

จากส่วนของข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่า แนวโน้มของอัตราการตายด้วยโรคที่สำคัญ 5 โรค (อัตราต่อประชากรแสนคน) ในปีพุทธศักราช 2533-2538 โรคหัวใจมีอัตราแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีเป็นอันดับ 1 ดังภาพประกอบ 1

อัตราต่อประชากรแสนคน



ภาพประกอบ 1 แนวโน้มของอัตราการตายด้วยโรคสำคัญ 5 โรคในประเทศไทย ปีพุทธศักราช 2533-2538

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. 2539 : 25

จากภาพประกอบ 1 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายที่สำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคหัวใจทั้งหมด อุบัติเหตุและการเป็นพิษ มะเร็งทุกชนิด ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดในสมอง ฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตายและอื่น ๆ จะเห็นว่าโรคหัวใจทั้งหมดมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี เป็นข้อบ่งชี้ให้เห็นถึงสภาพความเป็นอยู่ของประชากรไทย และปัญหาสาธารณสุขที่ควรรับทำการแก้ไขในปัจจุบัน

จากการเปลี่ยนแปลงภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้แบบแผนการเจ็บป่วยของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย จากข้อมูลแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ปีพุทธศักราช 2540-2544 พบว่า

อัตราการเจ็บป่วยจากภาวะกลุ่มโรคติดเชื้อลดลงและกลุ่มโรคที่ไม่ติดเชื้อเพิ่มขึ้น สำหรับสาเหตุการตายนับพบว่าโรคหัวใจมีอัตราการตายที่สูงเป็นอันดับแรกถึงร้อยละ 78.90 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2538 และมีอัตราการตายสูงขึ้นทุกปี (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2539 : 13-27) ในปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ได้เน้นการส่งเสริมภาคอุตสาหกรรมเป็นหลักทำให้มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านต่าง ๆ มากมาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็กลับส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคนในสังคมไทยทำให้ประเทศไทยมีความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในเรื่องที่อยู่อาศัย อาชีพการทำงาน สภาพสังคม การศึกษา การบริการต่าง ๆ โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่และเป็นแหล่งที่รับวัฒนธรรมจากทุกประเทศตามสภาพสังคมโลกาภิวัตน์ได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งทำให้ประเทศไทยได้รับวัฒนธรรมการบริโภคจากตะวันตก ประชาชนจึงมักซื้ออาหารสำเร็จรูปโดยเฉพาะอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ดมากขึ้น จากการสำรวจวารสารคู่แข่งเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดของคนกรุงเทพฯ (ศุภชัย ไชยธีรพันธ์. 2531 : 86-94) พบว่า ผู้ซื้อส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นนักเรียนนักศึกษาทำให้มีการบริโภคอาหารเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะสัตว์ใหญ่สัตว์ปีกมากขึ้น อาหารประเภทดังกล่าวมีไขมันอิ่มตัวโคเลสเตอรอลสูง คุณค่าทางโภชนาการต่ำเป็นผลทำให้สัดส่วนอาหารโปรตีนและไขมันเพิ่มขึ้น ในขณะที่อาหารประเภทผักและผลไม้ลดลงและรวมทั้งพัฒนาการด้านอาหารมีความก้าวหน้ามากขึ้น ประชาชนส่วนใหญ่จึงมักซื้ออาหารสำเร็จรูปและรับประทานอาหารนอกบ้าน ถ้าประชาชนไม่รู้จักเลือกอาหารรับประทานก็อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ (วงศ์จันทร์ ไกรมาก. 2540 : 195) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด จากการศึกษาของ วิชัย ตันไพจิตร และคนอื่น ๆ (2529 : 71-72) พบว่า โรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) เพราะภาวะไขมันในเลือดสูงจะเป็นตัวสำคัญ ทำให้เกิดการสะสมของไขมันที่ผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญปัจจัยหนึ่งของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) อันนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้

ดังนั้นจะเห็นว่าการมีภาวะไขมันในเลือดสูงถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในที่สุด นอกจากนี้ยังมีผลกระทบในแง่ของผลกระทบต่อสุขภาพต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติอีกด้วย เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องการการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ซึ่งต้องใช้บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้าน และต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ ในการรักษาทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จากการศึกษาของ สันต์ หัตถิรัตน์ (2540 : 15) พบว่า รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยแต่ละคนโดยเฉลี่ยเพิ่มจากเดิม 462 บาท ในปีพุทธศักราช 2523 เป็น 3,048 บาท (เกือบเจ็ดเท่าตัว) ในปีพุทธศักราช 2537 หรือคิดเป็นรายจ่ายทั้งประเทศในด้านสุขภาพต่อปีแล้วจะเพิ่มจาก 21,701 ล้านบาท ในปีพุทธศักราช 2523 เป็น 180,122 ล้านบาท (กว่าแปดเท่า) ในปีพุทธศักราช 2537 จึงเป็นที่เห็นพ้องกันทั่วโลกว่าการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสำคัญและเหมาะสมกับสภาพสังคมมากกว่าการดูแลรักษาเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว (ลินจง โปธิบาล. 2538 : 2)

จากสถิติการเกิดโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเกิดจากการมีภาวะไขมันในเลือดสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปีพุทธศักราช 2538-2541

ปีพุทธศักราช	จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (คน)
2538	7,580
2539	7,690
2540	9,069
2541	9,323

ที่มา : สถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2538-2541 : 10

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขคนหนึ่ง และเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 8 ปีพุทธศักราช 2540-2544 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพอนามัยเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ทักษะ และตระหนักถึงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งสามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ ตลอดจนส่งเสริมบทบาทของประชาชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในเบื้องต้นก่อนเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงตามตัวแปรที่กำหนดได้แก่

- 2.1 อายุ
- 2.2 เพศ
- 2.3 อาชีพ
- 2.4 สถานภาพสมรส

2.5 ระดับการศึกษา

2.6 รายได้ของครอบครัว

2.7 การสูบบุหรี่

2.8 การสนับสนุนจากครอบครัว

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้กับเจตคติ เจตคติกับการปฏิบัติ และ ความรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับ บริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในการวางแผน และดำเนินงานพัฒนา บุคลากรในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีพฤติกรรมที่ ถูกต้องเหมาะสม

2. ช่วยให้ทราบถึงปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะ ไขมันในเลือดสูง เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

3. เป็นแนวทางในการสร้างแรงจูงใจมีเจตคติที่ดี และช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีภาวะ ไขมันในเลือดสูงได้ตระหนักเห็นความสำคัญของตนเองครอบครัวและญาติ ในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคไต เบาหวาน เป็นต้น

4. เป็นประโยชน์ต่อหน่วยสุศึกษา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในการช่วยเหลือป้องกัน และส่งเสริมเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งผลการตรวจระดับไขมันในเลือด มีระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็น ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 8,000 คนต่อปี

2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็น ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 381 คน คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane, 1967 : 583)

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ คุณลักษณะของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังต่อไปนี้

- 2.1.1 อายุ
- 2.1.2 เพศ
- 2.1.3 อาชีพ
- 2.1.4 สถานภาพสมรส
- 2.1.5 ระดับการศึกษา
- 2.1.6 รายได้ของครอบครัว
- 2.1.7 การสูบบุหรี่
- 2.1.8 การสนับสนุนจากครอบครัว

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แสดงออกในเรื่องความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถสังเกตหรือวัดได้โดยตรงและทางอ้อมดังนี้

1.1 ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง การจำหรือการเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดหรือข้อเท็จจริงของสาเหตุ อาการและการดำเนินโรค การวินิจฉัยและการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบทดสอบวัดความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.2 เจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ความเชื่อหรือความคิดของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะไขมันในเลือดสูง หรือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.3 การปฏิบัติตนในภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง การที่บุคคลมีภาระกระทำในการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการออกกำลังกาย ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูงซึ่งระดับ

ไขมันในเลือดมีระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับไตรกลีเซอไรด์ มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นเกณฑ์

3. อายุ หมายถึง จำนวนอายุเต็มปีบริบูรณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดย นับวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนถึงวันสำรวจ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังต่อไปนี้

3.1 อายุ 20-30 ปี

3.2 อายุ 31-40 ปี

3.3 อายุ 41-50 ปี

3.4 อายุ 51-60 ปี

3.5 อายุ 60 ปีขึ้นไป

4. อาชีพ หมายถึง งานซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงปฏิบัติเพื่อเป็นรายได้หลัก แบ่งออกเป็น 5 ประเภท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2534 : 6)

4.1 ค้าขาย หมายถึง ผู้ทำการค้าทุกชนิดรวมทั้งหาบเร่แผงลอย

4.2 รับจ้าง หมายถึง ผู้รับจ้างรายวัน รายเดือน ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน

4.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพในการทำนา ทำสวน ทำไร่ หรือเลี้ยง สัตว์เพื่อนำผลผลิตมาจำหน่าย

4.4 รับราชการ หมายถึง ผู้ทำงานในสังกัดรัฐบาล หรือรัฐวิสาหกิจ

4.5 แม่บ้าน หมายถึง ผู้ที่อยู่บ้านเลี้ยงดูบุตร ไม่มีรายได้เลี้ยงครอบครัว

4.6 นักเรียน/นักศึกษา หมายถึง ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่

5. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แบ่งออกได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536)

5.1 โสด

5.2 คู่

5.3 หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

6. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสุดท้ายของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2529 : 25-26)

6.1 ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา

6.2 ระดับประถมศึกษา

6.3 ระดับมัธยมศึกษา

6.4 ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป

7. รายได้ของครอบครัว หมายถึง เงินที่ได้จากการประกอบอาชีพหรือรายได้อื่น ๆ ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันเฉลี่ยต่อเดือน ซึ่ง แบ่งออกได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 79)

- | | | | |
|-----|---------|---------------|-------------|
| 7.1 | ต่ำกว่า | 5,000 | บาทต่อเดือน |
| 7.2 | ตั้งแต่ | 5,000-10,000 | บาทต่อเดือน |
| 7.3 | ตั้งแต่ | 10,001-15,000 | บาทต่อเดือน |
| 7.4 | สูงกว่า | 15,000 | บาทต่อเดือน |

8. การสูบบุหรี่ หมายถึง ปฏิบัติหรือการกระทำของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ประกอบด้วย

8.1 ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่สูบบุหรี่เป็นประจำ และปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่อยู่

8.2 ผู้ไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย

8.3 ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวในบางโอกาส ได้แก่ งานเลี้ยงสังสรรค์กับเพื่อน เป็นต้น

8.4 ผู้เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่เคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันไม่สูบบุหรี่

9. การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการช่วยเหลือ และการตอบสนองความต้องการจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ด้วยในเรื่องการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในสังคม การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยได้ยึดหลักการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (Tilden.1985 ; citing House. 1981), คอบบี้ (Cobb. 1976 : 300-313) และไวส์ (Weiss. 1974 : 17-26) ซึ่งสามารถแบ่งการสนับสนุนจากครอบครัวได้ดังนี้คือ

9.1 การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมากที่สุด

9.2 การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก

9.3 การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง

9.4 การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย

10. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หมายถึง สถานพยาบาลแห่งหนึ่งของสภาการขาดไทย ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวนเตียง 1,200 เตียง มีหน้าที่จัดบริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพ ฝึกอบรม ค้นคว้าวิจัย และให้คำปรึกษาด้านวิชาการแก่หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยประชาชนและผู้ป่วยให้รอดพ้นหรือบรรเทาจากอาการป่วย สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติ สุขมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ (วิเชียร ทวีลาภ และคนอื่น ๆ. 2523 : 39)

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งของในประเทศและต่างประเทศ โดยสรุปเป็นหัวข้อดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. การสูบบุหรี่
4. การสนับสนุนจากครอบครัว
5. การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 5.1 การวิจัยในต่างประเทศ
 - 5.2 การวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

ความหมายของภาวะไขมันในเลือดสูง

ความหมายของภาวะไขมันในเลือดสูง รัตนา พากเพียรกิจวัฒนา, สุนาฏ เตชางามและ วิชัย ตันไพจิตร (2529 : 83-85) ได้อธิบายความหมายของศัพท์ที่ใช้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไว้ดังนี้

ไฮโปไลโปตีเมีย (Hyperlipidemia) หมายถึง ภาวะที่มีไขมันในเลือดสูง โดยในทางปฏิบัตินั้นในเลือดที่มีไขมันสูงที่มีความสำคัญทางคลินิก คือ โคเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างในเลือดสูง โดยทราบได้จากการวินิจฉัยในหลอดทดลอง

ไฮโปไลโปโปรตีนีเมีย (Hyperlipoproteinemia) หมายถึง ภาวะที่มีไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ชนิดต่าง ๆ ในเลือดสูง โดยอาจเป็นเพียงชนิดเดียวหรือมากกว่าหนึ่งชนิดก็ได้ โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ต่างก็รวมอยู่กับโปรตีนในรูปของไลโปโปรตีน เพื่อละลายตัวในน้ำเลือด ดังนั้นถ้าตรวจพบภาวะไฮโปไลโปตีเมียในบุคคลโดยย่อหมายความว่า ร่างกายของบุคคลนั้นอยู่ในภาวะไฮโปไลโปโปรตีนีเมียด้วย

นอกจากนี้ วิชัย ตันไพจิตร และคนอื่น ๆ (2529 : 71) ได้ให้ความหมายของ ภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ภาวะโคเลสเตอรอล (Cholesterol) หรือ ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

สรุปความหมายของ ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) เป็นการมีระดับโคเลสเตอรอลรวมทั้งหมด (Total Cholesterol) หรือ ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) หรือทั้งสองชนิดสูงขึ้นมากเกินปกติในเลือด จากการศึกษาในคนปกติทั้งเพศชายและเพศหญิงในช่วงอายุต่างกัน พบว่า ทั้งโคเลสเตอรอลรวมทั้งหมด และไตรกลีเซอไรด์มีความเข้มข้นสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยของโคเลสเตอรอลสูงกว่าผู้ชายเล็กน้อย ขณะที่ไตรกลีเซอไรด์ต่ำกว่าสมาคมโรคหัวใจของอเมริกาแนะนำว่า ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงควรพิจารณาเมื่อความเข้มข้นของโคเลสเตอรอลมีค่ามากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ขณะที่ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด พิจารณาเมื่อระดับไตรกลีเซอไรด์สูงกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ภาวะไขมันในเลือดสูงเกิดเนื่องจากหลายสาเหตุทั้งจากอาหาร และจากภาวะหรือโรคต่าง ๆ ของร่างกาย การบริโภคอาหารไขมันสูงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้นได้ (วินัย ทะหัลลัน. 2535 : 268) รวมทั้งปัจจัยเสริมอื่น ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ความอ้วน (ลินจง โปธิบาล. 2538 : 5-6)

ชนิดของไขมันในพลาสมา

เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการศึกษาเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ควรจะทราบว่าในพลาสมาประกอบด้วยไขมันต่างชนิดกัน ไขมันเหล่านี้ละลายได้ไม่ดีในน้ำ แม้ว่าไขมันบางชนิดจะมีฟอสฟอรัสหรือไนโตรเจนเป็นส่วนประกอบอยู่ก็ตาม แต่ถ้าเรากัดไขมันในพลาสมาด้วยตัวทำละลายที่เหมาะสมและทำการแยกส่วนก็จะได้ไขมันต่าง ๆ ที่มีปริมาณมากน้อยตามลำดับ ดังนี้

1. ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid)
2. โคเลสเตอรอล (Cholesterol)
3. ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)
4. กรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid or Non-Esterified Fatty Acid : FFA or

NEFA)

ไขมันในพลาสมาที่พบในคนที่สำคัญมีอยู่ 4 ชนิด มีชื่อเรียกแตกต่างกันตามลักษณะทางเคมี และตามวิธีการแยกที่แตกต่างกัน ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดในแต่ละชนิดได้ดังนี้คือ

ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) เป็นไขมันที่พบในเซลล์ทุกชนิด รวมทั้งในพลาสมาบางแห่งจะเรียกว่า ฟอสโฟไลด์ แพ้ท (Phosphorized Fat) ฟอสโฟไลพินส์ (Phospholipins) หรือ ฟอสฟาไทด์ (Phosphatides) ส่วนใหญ่จะประกอบด้วย กลีเซอรอล ปัจจุบันนี้พบฟอสโฟไลปิดอยู่ในพลาสมา 5 ชนิด คือ

1. กรดฟอสฟาติค (Phosphatidic Acid) หรือ ฟอสฟาติล กลีเซอรอล (Phosphatidyl Glycerol) เป็นสารที่เกิดระหว่างปฏิกิริยาที่สำคัญในโมเลกุลประกอบด้วย หมู่ฟอสเฟต (Phosphate) และกลีเซอรอล (Glycerol) อย่างละ 1 ตัว และมีกรดไขมันอีก 2 ตัว ซึ่งอาจจะเป็นชนิดเดียวกันหรือต่างกันได้

2. เลซิธิน (Lecitin) หรือ ฟอสฟาติล คอลีน (Phosphatidyl Choline) เป็น เอสเทอร์ (Ester) ของกรดฟอสฟาติค (phosphatidic Acid) กับโคลีน (Choline) การที่ เลซิธินหมู่โคลีน และกรดฟอสฟอริก (Phosphoric Acid) ทำให้มีคุณสมบัติเป็นสารที่มีประจุใน พลาสมา ซึ่งมีประโยชน์ทำให้สารประกอบไขมันคงสภาพเป็นสารละลายได้ในร่างกาย สามารถ ทำลายได้ในตัวทำลายอินทรีย์ทั่ว ๆ ไปของร่างกาย ยกเว้น อะซิโตน (Acetone)

3. เซฟาลิน (Cephalin) หรือ ฟอสฟาไทด์ (Phosphatide) ที่มีกลุ่มเอทานอลามีน (Ethanolamine) ซีรีน (Serine) หรืออินซิทอล (Inositol) แทนที่กลุ่มโคลีนของเลซิธิน พบได้ในเนื้อเยื่อทั่ว ๆ ไปของร่างกาย แต่มีมากในสมองและเนื้อเยื่อของระบบประสาท สารกลุ่มนี้ทำหน้าที่กระบวนการแข็งตัวของเลือด

4. พลาสมาโลเจน (Plasmalogen) มีกลุ่มฟอสฟาติล (Phosphatidyl) เอทานอลามีน (Ethanolamine) ซีรีน (Serine) หรืออินซิทอล (Inositol) แทนที่กลุ่มโคลีนของเลซิธิน พบได้ ในกล้ามเนื้อหัวใจ สมอง และตับ ยังไม่ทราบหน้าที่ของสารกลุ่มนี้ แต่มีส่วนที่ต่างจากสาร กลุ่มอื่น คือ กรดไขมันที่ตำแหน่งหนึ่งของกลุ่มนี้เป็นกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว

5. สฟิงโกไมยอีลิน (Sphingomyelins) เป็นสารฟอสโฟไลปิดที่พบได้ในเนื้อเยื่อ ทั่วไป โดยเฉพาะสมองและระบบประสาท

ความเข้าใจเกี่ยวกับสารกลุ่มนี้ยังไม่เป็นที่ชัดเจนแน่นอนทั้งหมด แต่เท่าที่ทราบก็คือ ฟอสโฟไลปิดทำหน้าที่เป็นตัวฟอก (Detergent) ทำให้ความสามารถในการละลายของไขมันอื่น ๆ ดีขึ้น

โคเลสเตอรอล (Cholesterol) เป็นสารกลุ่มสเตียรอยด์ (Steroid) ประกอบด้วย 27 อะตอม และมีส่วนที่เป็นโพลาร์ (Polar) คือ หมู่ไฮดรอกซิล (Hydroxyl) ที่ตำแหน่ง 3 ทำให้ สามารถสร้างเป็นเอสเทอร์กับกรดไขมันได้ ดังนั้นจึงมีคุณสมบัติเป็น เช็ดคันดารีแอลกอฮอล์ (Secondary Alcohol) และมีบอนด์คู่ระหว่าง C 5 - C 6 ด้วย

โคเลสเตอรอล เป็นสารที่มีอยู่ในไขมันและอาหารทั่ว ๆ ไปที่มาจากสัตว์ เช่น ไขมัน จากสัตว์ และผลิตผลจากสัตว์ ตัวอย่างเช่น เนื้อมันสัตว์ เครื่องใน ไข่ เป็นต้น ส่วนไขมันจากพืช และอาหารทั่วไปจากพืช เช่น น้ำมันพืช ผัก ผลไม้ ข้าวต่าง ๆ เหล่านี้จะไม่โคเลสเตอรอลอยู่

ตาราง 3 ปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารชนิดต่าง ๆ ในส่วนที่รับประทานได้ 100 กรัม

ชนิดอาหาร	ไขมัน (กรัม/100กรัม)	โคเลสเตอรอล (มก./100กรัม)	กรดไขมันอิ่มตัว ร้อยละของไขมันทั้งหมด
ไข่ไก่, ไข่แดง	30.00	1,250	34.90
ไข่ไก่, ทั้งฟอง	8.60	427	35.70
ไขมันกระเทียม	13.20	508	37.40
ไข่ขาว, ไก่	0.30	-	32.10
ตับ, หมู	5.20	364	41.10
ตับ, ไก่	7.90	336	42.40
ตับ, เป็ด	3.50	235	40.50
หมู, เซ่งจี	3.00	235	33.10
หมู, ขา	18.00	66	29.40
หมู, สันใน	3.30	55	36.60
หมู, แฮมทอด	7.90	66	27.90
วัว, เนื้อ	1.70	65	45.50
วัว, สันใน	3.30	55	36.60
วัว, นมวัว	3.90	17	63.70
น่องไก่	10.00	100	29.60
อกไก่, ไม่ติดหนัง	1.50	63	32.40
เป็ด, เนื้อ	2.20	82	31.00
กุ้งแช่บ๊วย	0.90	192	30.80
กุ้งกุลาดำ	1.20	175	31.60
มันกุ้งนาง	34.00	138	38.30
หอยนางรม	4.20	231	37.30
หอยแมลงภู่	1.60	148	32.10
หอยแครง, ลวก	1.50	195	35.90
ปูทะเล	0.40	87	29.50
ปูทะเล, มัน	4.70	361	39.10
ปลาหมึกกล้วย, เนื้อ	1.10	251	34.00
ปลาคูก, เนื้อ	3.00	94	34.20
ปลาช่อน, เนื้อ	4.30	44	31.50

ตาราง 3 (ต่อ)

ชนิดอาหาร	ไขมัน (กรัม/100กรัม)	โคเลสเตอรอล (มก./100กรัม)	กรดไขมันอิ่มตัว ร้อยละของไขมันทั้งหมด
ปลาจาละเม็ด	2.60	56	48.50
เนย	82.40	186	65.40
เนยแข็ง	29.70	94	61.90

ที่มา : พิมพ์ วัชรพงศ์กุล และวิไลลักษณ์ ศรีสุระ. 2532 : 202-212

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่า อาหารแต่ละชนิดจะมีปริมาณโคเลสเตอรอลแตกต่างกัน ดังนั้นควรบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงให้น้อยลง โดยที่ปริมาณโคเลสเตอรอลที่ได้รับให้น้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน วิธีปฏิบัติทำได้โดยหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ต่าง ๆ โดยเฉพาะพวกสมอง หน้างเปิด หน้างไก่ อาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก หอยนางรม เป็นต้น อย่าบริโภคทุกวัน รวมทั้งไข่แดงมีวิตามินเอสูง ดังนั้นถ้าจะบริโภคไข่ทุกวันต้องบริโภคไม่เกินวันละฟอง ผู้ที่มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูงยังบริโภคไข่ทั้งฟองได้ โดยอาจบริโภควันเว้นวันครั้งละฟอง แต่ควรใช้น้ำมันพืชสำหรับการทอด แต่ถ้ากังวลเรื่องโคเลสเตอรอลที่มีอยู่ในไข่ให้ไข่ขาวเพราะไม่มีโคเลสเตอรอล จากการศึกษาพบว่าถ้าลดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้น้อยลงวันละ 100 มิลลิกรัม จะลดโคเลสเตอรอลได้เฉลี่ย 7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

คนเรานอกจากจะได้โคเลสเตอรอลจากอาหารที่รับประทานเข้าไปแล้ว ร่างกายยังสามารถสังเคราะห์ขึ้นได้เองจากอะซีเตท (Acetate) และมีวาโลเนท (Mevalonate) ซึ่งอาจได้จากการสลายตัวของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันในร่างกายอาจเกิดขึ้นที่ตับหรือที่ผนังของลำไส้เล็กก็ได้ ซึ่งโดยปกติแล้วร่างกายจะมีการควบคุมการสังเคราะห์โคเลสเตอรอลจากร่างกายสร้างได้ประมาณวันละ 1,000 - 2,000 มิลลิกรัม โดยที่ระดับของโคเลสเตอรอลในตับจะสมดุลกับระดับของโคเลสเตอรอลในพลาสมา (Plasma) ถ้ารับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลเข้าไปมากก็จะทำให้การสังเคราะห์โคเลสเตอรอลในร่างกายลดลง แต่อย่างไรก็ตามถ้าร่างกายได้รับโคเลสเตอรอลเข้าไปมาก ๆ ก็จะมีการสะสม ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดอุดตันได้ โคเลสเตอรอลสามารถสูญเสียจากร่างกายได้ 2 ทางคือ

1. โดยการออกซิไดซ์ (Oxidise) ที่ตับให้กลายเป็นน้ำดี ซึ่งน้ำดีนี้ช่วยในการย่อยและการดูดซึมของไขมัน
2. โดยปนกับน้ำดีไปที่ลำไส้เล็กและปนไปกับอาหาร อาจถูกดูดซึมกลับบ้างที่เหลือจะออกไปที่ลำไส้ใหญ่เป็นอุจจาระ

นอกจากนี้ โคเลสเตอรอลที่ผิวหนังก็อาจถูกเปลี่ยนเป็นวิตามินดีได้ เมื่อร่างกายถูกแสงแดด แม้ว่าโคเลสเตอรอลจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจ ในกรณีที่ได้รับมากเกินไปหรือในกรณีที่ได้รับเข้าไบน้อย และร่างกายมีความผิดปกติเกี่ยวกับการสังเคราะห์ แต่โคเลสเตอรอลมีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น ในการสังเคราะห์น้ำดี ฮอรโมนของต่อมหมวกไต และโกนาด (Gonad) นอกจากนี้ ยังมีความสำคัญในการรักษาโครงสร้างของเซลล์และภายในเซลล์

ในการพิจารณาว่าจะเลือกรับประทานอาหารหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงของโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าปกติหรือไม่ ถ้าเป็นควรเลือกอาหารที่มีปริมาณของโคเลสเตอรอลอยู่น้อย ถ้าเป็นคนที่ค่อนข้างผอม น้ำหนักน้อย ไม่ควรเลือกแต่อาจระมัดระวังไม่รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลอยู่ในปริมาณมากจนเกินไปหรือบ่อยจนเกินไป ตัวอย่างเช่น ไข่เป็นอาหารที่ให้โปรตีนคุณภาพดีและในไข่แดงมีวิตามินและเกลือแร่ที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ดังนั้นจึงไม่ควรที่จะเลือกรับประทานไข่ นอกจากผู้ที่ค่าโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าปกติอยู่แล้วยังมีสารที่จะไปสะสมตามข้อทำให้เกิดโรคเก๊าท์ (Gout)

ในเนื้อเยื่อส่วนใหญ่ โคเลสเตอรอลจะอยู่ในรูปอิสระ แต่ในพลาสมาร้อยละ 60-70 จะเป็นรูปเอสเทอร์ โดยมีเอนไซม์เลซิธิน โคเลสเตอรอล เอซิล ทรานสเฟอเรส (Lecithin Cholesterol Acyl Transferase : LCAT) ตำแหน่งที่ 2 ของเลซิธิน ส่วนใหญ่ได้แก่ กรดไลโนเลอิก (Linoleic Acid) มาทำให้โคเลสเตอรอลกลายเป็น โคเลสเตอรอล ไลโนเลอิก (Cholesteryl Linoleate) และพบว่า โคเลสเตอรอลที่ดูดซึมผ่านลำไส้เล็กจะสร้างเป็นเอสเทอร์ โดยรวมกับกรดโอเลอิก (Oleic Acid) แล้วรวมอยู่ในโคไลไมครอน (Chylomicron) และไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ที่สร้างจากเซลล์ลำไส้แล้วถูกนำต่อไปยังตับ

ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) เป็นเอสเทอร์ (Ester) ระหว่างกลีเซอรอลและกรดไขมัน 3 ตัว ถ้ามีกรดไขมันเกาะ 1 ตัว เรียกว่า โมโนกลีเซอไรด์ (Monoglyceride) ถ้ามีกรดไขมัน 2 ตัว เรียกว่า ไดกลีเซอไรด์ (Diglyceride) ทั้งโมโนกลีเซอไรด์และไดกลีเซอไรด์มีปริมาณน้อยในพลาสมา เนื่องจากเป็นสารที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิกิริยาการสร้างไตรกลีเซอไรด์เท่านั้น ไตรกลีเซอไรด์อาจจะเป็นของแข็งหรือของเหลวได้ที่อุณหภูมิห้อง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของกรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid : FFA) ถ้าเป็นกรดไม่อิ่มตัว เช่น กรดโอเลอิก (Oleic Acid) กรดไลโนเลอิก (Linoleic Acid) กรดไลโนเลนิก (Linolenic Acid) จะมีจุดหลอมเหลวต่ำและเป็นของเหลวที่อุณหภูมิห้อง แต่ถ้าเป็นกรดอิ่มตัว เช่น กรดสเตียริก (Stearic Acid) ปาลเมติก (Palmitic Acid) จะมีจุดหลอมเหลวสูงขึ้นและเป็นของแข็งที่อุณหภูมิห้อง กรดไขมันอิสระที่ประกอบอยู่ในโมเลกุลของไตรกลีเซอไรด์ทั้ง 3 ตำแหน่ง อาจเป็นกรดชนิดเดียวกันหรือต่างกันได้ ไตรกลีเซอไรด์ในพลาสมาได้มาจากหลายทาง ทางแรกได้โดยการรับประทานอาหารและจากลำไส้เข้ามาในกระแสเลือดในรูปโคไลไมครอน (Chylomicron) และอีกทางหนึ่งคือ การสร้างขึ้นที่ตับและเซลล์ลำไส้จากสารคาร์โบไฮเดรตและกรดไขมันอิสระ ไตรกลีเซอไรด์ที่เกิดจากการสร้างขึ้นเองนี้จะถูกขนถ่ายในสภาพของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein : HDL) และ

โคโลไมครอน (Chylomicron) ดับทำหน้าที่สำคัญในการสร้าง วี แอล ดี แอล (VLDL) และ เอช ดี แอล (HDL) ส่วนใหญ่ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดจะถูกเผาผลาญเป็นพลังงานเช่นเดียวกับไตรกลีเซอไรด์ในโคโลไมครอน และ วี แอล ดี แอล (VLDL) ในที่สุด บางส่วนของไตรกลีเซอไรด์จะเก็บสะสมไว้ในร่างกายที่เนื้อเยื่อไขมัน เพื่อเป็นพลังงานและนำเอามาใช้ได้เมื่อร่างกายต้องการ โดยสลายไตรกลีเซอไรด์ให้กรดไขมันอิสระออกมาสู่กระแสเลือด เพื่อการออกซิไดซ์ (Oxidise) ต่อไป ส่วนประกอบของกรดไขมันอิสระในเนื้อเยื่อไขมันจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของพันธุกรรม ชนิดของสัตว์ และชนิดของอาหารที่ได้รับพบว่าถ้ารับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงนาน ๆ จะมีกรดไขมันอิ่มตัวมากขึ้น

กรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid) กรดไขมันอิสระส่วนใหญ่จะเป็นกรดอิ่มตัวที่สำคัญคือ กรดสเตียริก (Stearic Acid) มีจำนวนถึงร้อยละ 85 หรือมากกว่า แม้ว่ากรดไขมันอิสระจะมีเพียงร้อยละ 5 หรือน้อยกว่ากรดไขมันทั้งหมดในพลาสมา คือ 0.50 มิลลิโมล หรือ 10-15 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่เป็นส่วนที่สำคัญในกระบวนการเมตาบอลิซึม (Metabolism) ของไขมันในพลาสมาอย่างหลวม ๆ และมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก การออกซิไดซ์กรดไขมันอิสระจะเป็นแหล่งพลังงานสำคัญในระยะหลังดูดซึมอาหาร

ไขมันที่พบในพลาสมาของคนนั้น มี 4 ชนิด ได้แก่ ฟอสโฟไลปิด โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และกรดไขมันอิสระนั้น เนื่องจากไขมันเหล่านี้ไม่สามารถละลายตัวในพลาสมาได้ จึงจำเป็นต้องเกาะกับโปรตีน เพื่อทำให้ตัวเองลอยตัวอยู่ในกระแสเลือดและเคลื่อนที่ไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ ได้ สำหรับกรดไขมันจะจับอยู่กับอัลบูมิน (Albumin) ส่วนไขมันที่เหลือ 3 ตัว จะจับกับโปรตีนชนิดอื่นเรียกว่า ไลโปโปรตีน (Lipoprotein)

ไลโปโปรตีนในพลาสมา

ไลโปโปรตีน หมายถึง สารซับซ้อนที่มีโมเลกุลใหญ่ มีแกนในที่ประกอบด้วย ไขมันประเภท โคเลสเตอรอลเอสเทอร์ (Cholesterol Esters) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ที่ไม่ละลายน้ำ ส่วนบนผิวของโมเลกุลประกอบด้วยสารที่ละลายน้ำประเภท ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) โคเลสเตอรอลอิสระ (Free Cholesterol) และโปรตีนที่เรียกว่า อะโปโปรตีน (Apoprotein) ถ้าจำนวนไขมันในพลาสมาเพิ่มขึ้น แต่ระดับโปรตีนลดลง จะทำให้ค่าของไลโปโปรตีนลดลงด้วย บทบาทของไลโปโปรตีนที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของโมเลกุล คุณสมบัติการละลายน้ำ (Hydrophilic) หรือการไม่ละลายน้ำ (Hydrophobic) ของไลโปโปรตีน การจำแนกของไลโปโปรตีน ทำได้โดยการพิจารณาคุณสมบัติของไลโปโปรตีนในแง่ของขนาดของไลโปโปรตีน ส่วนประกอบทางเคมี คุณสมบัติทางฟิสิกส์เคมี ลักษณะการลอยตัว และลักษณะการเคลื่อนตัวของประจุ (พรีทีย์ โลห์เลขา. 2538 : 13)

การศึกษาเกี่ยวกับไลโปโปรตีน เริ่มตั้งแต่ปี คริสต์ทศวรรษ 1929 โดยมาคิโบคัพท์ (Mackebocuf) ได้สกัดกอนไลโปโปรตีนออกจากเซรัมของม้าได้สำเร็จ โดยคงส่วนประกอบ

เดิมอยู่ได้ ต่อมามีการใช้วิธีการต่าง ๆ ได้แก่ อิเล็กโตรฟอรีซิส (Electrophoresis) และการปั่นด้วยความเร็วสูง (Ultracentrifugation) มาใช้ศึกษาไลโปโปรตีนทำให้เรื่องราวเกี่ยวกับคุณสมบัติทางเคมีของไลโปโปรตีนเป็นที่ทราบกันดียิ่งขึ้น เมื่อปี คริสต์ทศวรรษ 1941 ทิสเลียส และคนอื่น ๆ (Tiselius and others) ได้แยกไลโปโปรตีนด้วยอิเล็กโตรฟอรีซิส ออกเป็น 2 ส่วนหรือ แอลฟา-1 (Alpha-1) และ เบต้า-ไลโปโปรตีน (Beta-Lipoprotein) หลังจากนั้นอีก 10 ปีต่อมา จึงสามารถแยกส่วนของ ฟรีเบต้า-ไลโปโปรตีนด้วยวิธีอิเล็กโตรฟอรีซิส เมื่อต้นปี คริสต์ทศวรรษ 1950 มีการยืนยันการแยกไลโปโปรตีนด้วยวิธีอิเล็กโตรฟอรีซิสพบว่ามี 3 ส่วน และมีหลายท่านที่ใช้วิธีการปั่นด้วยความเร็วสูงเพื่อแยกไลโปโปรตีน และพบว่าไลโปโปรตีนในพลาสมาประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ หลายส่วน มีความหนาแน่นและปริมาณสารต่าง ๆ กันส่วนที่สำคัญจะแบ่งกันตามความหนาแน่นได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่ ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein) มีความหนาแน่นเท่ากับ 1.063-1.210 ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low Density Lipoprotein) มีความหนาแน่นเท่ากับ 1.006-1.063 และไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมาก (Very Low Density Lipoprotein) มีความหนาแน่นเท่ากับ 0.930-1.003 เทียบได้กับส่วนที่แยกโดยอิเล็กโตรฟอรีซิส คือ แอลฟา -1, เบต้า 1, เบต้า - และ ฟรีเบต้า - ไลโปโปรตีน

ในปี คริสต์ทศวรรษ 1958 จิตลิน และคนอื่น ๆ (Gitlin and others) สังเกตพบว่าไลโปโปรตีนบางตัวจะเปลี่ยนกลับไปกลับมาได้ และวอลตัน (Walton) ได้ยืนยันข้อสังเกตนี้เมื่อต้นปีคริสตทศวรรษ 1963 โดยเมื่อฉีด วี แอล ดี แอล (VLDL) ที่ติดฉลากสารรังสีเข้าไปจะพบว่า มีสารรังสีออกมาอยู่ในส่วนของ แอล ดี แอล ด้วย และโปรตีน ไตรกลีเซอไรด์รวมทั้งโคเลสเตอรอลของแต่ละส่วนจะสามารถเปลี่ยนแปลงระหว่างไลโปโปรตีนแต่ละตัวได้

การแบ่งชนิดของไลโปโปรตีน สามารถแบ่งได้ตามวิธีที่ใช้แยกดังนี้

1. การปั่นแยกด้วยความเร็วสูง (Ultracentrifugation) เนื่องจากไลโปโปรตีนมีอัตราส่วนของโปรตีนและไขมันต่างกันในแต่ละส่วนจึงทำให้ความหนาแน่นไม่เท่ากัน ถ้าเราปรับความหนาแน่นของพลาสมาให้เป็น 1.063 แล้วปั่นด้วยความเร็วสูงจะแยกไลโปโปรตีนจากความหนาแน่นมากไปหาน้อยจะได้เป็นโคโลไมครอน, วี แอล ดี แอล และเอช ดี แอล ตามลำดับ
2. อิเล็กโตรฟอรีซิส (Electrophoresis) เป็นการแยกด้วยการเคลื่อนที่ในสนามไฟฟ้า แล้วย้อมด้วยสียอดไขมันจะเห็นส่วนของไลโปโปรตีนต่าง ๆ เรียกชื่อตามการเคลื่อนที่ไปกับโปรตีนคือ โคโลไมครอน อยู่ตรงจุดเริ่มต้น และต่อไปเป็นเบต้า - , ฟรีเบต้า - , และแอลฟา - ไลโปโปรตีน ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบกับการแยกด้วยวิธีการปั่นด้วยความเร็วสูงจะตรงกับส่วนโคโลไมครอน, แอล ดี แอล, วี แอล ดี แอล และเอช ดี แอล ตามลำดับ
3. การกรอง (Filtration) จะแยกไลโปโปรตีนออกตามขนาดของโมเลกุล แบ่งได้เป็นโมเลกุลขนาดเล็ก โมเลกุลขนาดกลาง และโมเลกุลขนาดใหญ่

ความหนาแน่นของไลโปโปรตีนแต่ละส่วนจะขึ้นกับอัตราส่วนของโปรตีนและไขมันที่เป็นส่วนประกอบ ตัวที่มีไตรกลีเซอไรด์มากจะมีขนาดขึ้นกับอัตราส่วนของโปรตีนและไขมันที่เป็น

ส่วนประกอบใหญ่และมีความหนาแน่นน้อย ส่วนตัวที่มีความหนาแน่นมากขึ้นและมีไตรกลีเซอไรด์น้อย จะมีขนาดเล็กและมีความหนาแน่นสูงขึ้น ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 แสดงชนิดของไลโปโปรตีนและส่วนประกอบในพลาสมา

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

ที่มา : คณะกรรมการผลิตชุดวิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์ (ดัดแปลงจากตารางในหนังสือ

Human Nutrition Dietetics 7 Edition. 1979). 2527 : 211

ส่วนประกอบของไลโปโปรตีน

ไลโปโปรตีน แบ่งออกได้เป็น 4 ชนิด โดยวิธีการปั่นด้วยความเร็วสูงมีส่วนประกอบดังนี้

1. ไคโลไมครอน (Chylomicron) เป็นพาหะของไตรกลีเซอไรด์ที่ได้จากอาหารและที่สร้างจากเซลล์ลำไส้เล็กผ่านเข้ามาทางระบบหลอดน้ำเหลือง (Lymphatic System) และเข้าสู่กระแสเลือด (Thoracic Duct) ไคโลไมครอนมีขนาดต่าง ๆ กัน ตั้งแต่ 300-5,000 อะตอม ไขมันส่วนใหญ่ ได้แก่ ไตรกลีเซอไรด์มีถึงร้อยละ 84-85 ฟอสโฟไลปิดมีประมาณร้อยละ 7-9 โคเลสเตอรอลประมาณร้อยละ 5 และโปรตีนร้อยละ 0.5-2.0 ส่วนที่ประกอบเป็นโปรตีนมีน้อยและปริมาณไม่คงที่ โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในน้ำเหลืองประมาณร้อยละ 66 จะเป็นอะโป บี ร้อยละ 22 เป็นอะโป บี และร้อยละ 12 เป็นอะโป เอ โดยที่อะโป เอ และ บี มีปริมาณเท่ากัน

2. ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมาก ๆ (Very Low Density Lipoprotein) หรือ วี แอล ดี แอล (VLDL) เป็นพาหะสำคัญสำหรับการนำไตรกลีเซอไรด์ที่สร้างขึ้นในร่างกายแหล่งสำคัญที่สร้างไตรกลีเซอไรด์ คือ ตับ ขนาดของ วี แอล ดี แอล มีตั้งแต่ 150-280 อะตอม ทั้งนี้ขึ้นกับปริมาณของไตรกลีเซอไรด์ที่เป็นส่วนประกอบ หรือเป็นสัดส่วนกลับกับปริมาณฟอสโฟไลปิดหรือโปรตีน หรือขึ้นกับระยะเวลาของการถูกย่อยด้วยเอนไซม์ไลโปโปรตีนไลเปส (Lipoprotein Lipase) วี แอล ดี แอล มีความหนาแน่น 0.93-1.003 โดยที่ร้อยละ 90-92 โดยน้ำหนักเป็นไขมันที่เหลือเป็นโปรตีน ส่วนที่เป็นไขมันร้อยละ 51 เป็นไตรกลีเซอไรด์ ร้อยละ 18 เป็นฟอสโฟไลปิด ในรูปเลซิธินและสฟิงโกมายอีธินเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 15-17

เป็นโคเลสเตอรอลรูปเอสเทอร์เท่ากับรูปอิสระ ส่วนที่เป็นโปรตีนส่วนใหญ่เป็น อะโป ซี มีปริมาณไม่แน่นอนขึ้นกับภาวะไขมันในร่างกาย อายุ และขนาดของ วี แอล ดี แอล

3. โลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low Density Lipoprotein) หรือ แอล ดี แอล (LDL) เป็นพาหะสำคัญในการนำโคเลสเตอรอลที่ออกมาจากตับไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย พบว่า แอล ดี แอล มาจาก วี แอล ดี แอล ที่ถูกย่อยเอาไตรกลีเซอไรด์ออกไป ทำให้ขนาดเล็กลงเหลือประมาณ 210-215 อะตอม และมีความหนาแน่นเพิ่มขึ้นเป็น 1.006-1.063 มีไขมันร้อยละ 75 และโปรตีนร้อยละ 22-25 ส่วนที่เป็นไขมันมีโคเลสเตอรอลเอสเทอร์เป็นส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 37-50 โดยที่กรดไขมันที่เป็นส่วนประกอบ ได้แก่ กรดไลโนเลอิกเป็นส่วนใหญ่ มีโคเลสเตอรอลอิสระเพียงร้อยละ 10 ฟอสโฟไลปิดร้อยละ 22 และไตรกลีเซอไรด์ร้อยละ 10

4. โลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein) หรือ เอช ดี แอล (HDL) เป็นโลโปโปรตีนที่สร้างขึ้นที่ตับและบางส่วนสร้างขึ้นที่ลำไส้ ประกอบด้วยโปรตีนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งประมาณร้อยละ 50 พบโคเลสเตอรอล ฟอสโฟไลปิดบ้าง และมีไตรกลีเซอไรด์เพียงเล็กน้อย เป็นตัวนำเอาโคเลสเตอรอลออกจากเซลล์เนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกายกลับมายังตับเพื่อเปลี่ยนแปลงไปเป็นน้ำดี หรือสร้างสารพวกสเตียรอยด์ เอช ดี แอล แบ่งเป็นหลายกลุ่มได้อีก คือ เอช ดี แอล₁ (HDL₁) เอช ดี แอล₂ (HDL₂) และ เอช ดี แอล₃ (HDL₃) ซึ่งมีความหนาแน่นแตกต่างกัน

นอกจากโลโปโปรตีนในพลาสมาที่กล่าวข้างต้น ยังมีโลโปโปรตีนชนิดพิเศษอื่น ๆ ได้แก่

1. โลโปโปรตีน เอ (Lipoprotein a) หรือ แอล พี เอ (LP a) เป็น แอล ดี แอล ตัวหนึ่งพบในพลาสมาของคนปกติมีความหนาแน่น 1.050-1.120 มีน้ำหนักโมเลกุล 5×10^5 ดัลตัน แต่เมื่อแยกโดยวิธีอิเล็กโตรโฟรีซิสจะพบว่า เคลื่อนที่ไปกับ วี แอล ดี แอล มีจำนวนกรดไซอะลิก (Sialic Acid) เพิ่มขึ้น ส่วนประกอบโลโปโปรตีน เอ ส่วนที่เป็นโปรตีนประกอบด้วย อะโป บี ร้อยละ 65 อัลบูมินร้อยละ 15 และโปรตีนที่เรียกว่า อะโป โลโปโปรตีน เอ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโลโปโปรตีน เอ หน้าที่และความสำคัญของ โลโปโปรตีน เอ ยังไม่เป็นที่ทราบชัดในพลาสมาจะพบโลโปโปรตีน เอ เฉลี่ย 14 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไม่ขึ้นกับ เพศ อายุ ระดับไขมัน และภาวะของโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. โลโปโปรตีน เอ็กซ์ (Lipoprotein x) หรือ แอล พี เอ็กซ์ (LP x) เป็นโลโปโปรตีนที่พบในคนที่โรคตับชนิดทางเดินน้ำดีอุดตัน (Obstructive Liver Disease) และคนที่ขาดเอ็นไซม์ เลซิธิน โคเลสเตอรอล เอซิล ทรานสเฟอเรส หรือ แอล ซี เอ ที (Lecithin Cholesterol Acyl Transferase : LCAT) แอล พี เอ็กซ์ มีส่วนประกอบต่างจาก แอล ดี แอล ทำให้ไม่เกิดปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันกับแอนติบอดีต่อแอล ดี แอล โปรตีนของ แอล พี เอ็กซ์ ที่ได้จากผู้ป่วยที่ขาดเอ็นไซม์ แอล ซี เอ ทีมีส่วนประกอบได้แก่ อัลบูมิน, อะโป ซี, อะโป เอ และมี อะโป อี เป็นส่วนน้อย ข้อที่น่าสังเกตคือ แอล พี เอ็กซ์ ที่ได้จากผู้ป่วยโรคตับชนิดทางเดินน้ำดี

ุดตันนี้ จะไม่มี อะโป เอ ชนิดที่หนึ่ง (Apo A-I) ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นการทำงานของ แอล ซี เอ ที่สำคัญ ส่วนที่เป็นไขมันของ แอล พี เอ็กซ์ ประกอบด้วยโคเลสเตอรอล ซึ่งเป็นรูปอิสระเกือบทั้งหมดและพอสฟอไลปิด

3. เบต้า - วี แอล ดี แอล (Floating Beta Lipoprotein : β - VLDL) เป็นไลโปโปรตีนที่ผิดปกติ มีส่วนประกอบของโคเลสเตอรอลมากกว่า วี แอล ดี แอล นอกจากนี้ยังมีความหนาแน่นใกล้เคียงกับ วี แอล ดี แอล แต่เคลื่อนตัวอยู่ที่ตำแหน่งใกล้เคียงกับ แอล ดี แอล เมื่อทดสอบด้วยวิธีอิเล็กโตรฟอร์ซิสจะพบ เบต้า - วี แอล ดีแอล ในผู้ป่วยประเภทภาวะไขมันในเลือดสูงชนิดที่สาม (Type III Hyperlipoproteinemia)

สาเหตุของภาวะไขมันในเลือดสูง

ภาวะไขมันในเลือดสูงมีหลายสาเหตุที่สำคัญ ได้แก่

1. ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ภาวะโคเลสเตอรอล หรือ แอล ดี แอล (LDL) โคเลสเตอรอลในเลือดสูง แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ สูงจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงปฐมภูมิ หรือ จากพันธุกรรม (Primary Hypercholesterolemia) สูงจากสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลัง (Secondary Hypercholesterolemia) และสูงจากอาหาร (Dietary) ดังนี้คือ

1.1 ภาวะโคเลสเตอรอลสูงปฐมภูมิ หรือ จากพันธุกรรม (Primary Hypercholesterolemia) ภาวะโคเลสเตอรอลสูงเนื่องจากพันธุกรรมมีอยู่ 3 ประเภท คือ แฟมิลีเลียล ไฮเปอโคเลสเตอรอลลิเมีย (Familial Hypercholesterolemia) โดยผู้ค้นพบคือ โกลด์สไตน์ และบราวน์ (Goldstein and Brown) พบว่า ผู้ป่วยประเภทนี้เกิดจากความผิดปกติของ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล ในผู้ป่วยประเภทนี้มีผลทำให้การเผาผลาญลดลงระดับ แอล ดี แอล ในเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโฮโมไซกัส แฟมิลีเลียล ไฮเปอโคเลสเตอรอลลิเมีย (Homozygous Familial Hypercholesterolemia) มีการสร้าง แอล ดี แอล

อาการทางคลินิกที่สำคัญคือ การเกิดภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง เมื่ออายุน้อย ผู้ป่วยเฮเทอโรไซกัส แฟมิลีเลียล ไฮเปอโคเลสเตอรอลลิเมีย (Heterozygous Familial Hypercholesterolemia) ที่ไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนอายุ 30 ปี การศึกษาพบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยประเภทนี้ มักมีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนอายุ 60 ปี การศึกษาพบว่าร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจตาย เกิดจาก เฮเทอโรไซกัส แฟมิลีเลียล ไฮเปอโคเลสเตอรอลลิเมีย ส่วนผู้ป่วยโฮโมไซกัส แฟมิลีเลียล ไฮเปอโคเลสเตอรอลลิเมีย มักมีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนอายุ 20 ปี อนึ่งผู้ป่วยประเภทนี้มักมีเส้นเลือด เอออดิคตีบ (Aortic Stenosis) ร่วมด้วย

แฟมิลีเลียล คอมบายด์ ไฮเปอโคเลสเตอรอลลิเมีย (Familial Combined Hypercholesterolemia) ได้มีการค้นพบโรคนี้ในปีคริสต์ทศวรรษ 1973 และครึ่งหนึ่งของพี่น้องของผู้ป่วยมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ ออโตโซมอล โดมิแนนท์ (Autosomal Dominant) โดย

ยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด ตัวผู้ป่วยหรือญาติสายตรงของผู้ป่วยอาจมีฟีโนไทป์ (Phenotype) เป็นแบบ IIa, IIb, IV หรือ V อย่างไรก็ตามการศึกษา พบว่า 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 ต่อ 1,000 คน

ผลตามมาทางคลินิกที่สำคัญ คือ การเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยพบร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดจากประเภนี้ ส่วนป็นเกล็ดที่ผิวพบได้น้อย แต่มักพบว่า ผู้ป่วยโรคอ้วนไม่มีความต้านทานกลูโคส (Glucose Intolerance) และภาวะอินซูลินในเลือดสูง (Hyperinsulinemia)

โพลีจีนิก ไฮเปอร์โคเลสเตอรอลลิเมีย (Polygenic Hypercholesterolemia) คือ ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เนื่องจากความผิดปกติของยีนหลายตัวที่มีผลระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลในเลือด ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการที่มีส่วนส่งเสริมต่อการแสดงออกของโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ผู้ป่วยประเภนี้มีข้อมูลบ่งชี้ว่า แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล ที่สูงขึ้นในเลือดนั้น เกิดจากการสร้าง 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 เพิ่มขึ้น

1.2 ภาวะโคเลสเตอรอลสูงทุติยภูมิ (Secondary Hypercholesterolemia) เป็น ภาวะที่มีโคเลสเตอรอลสูงจากโรคหรือยาบางชนิด โรคหรือภาวะบางอย่าง ตลอดจนการใช้ยาบางชนิดสามารถทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดสูงได้ เช่น ต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ การได้รับยาขับปัสสาวะบางชนิด (Thiazide) เป็นต้น นอกจากนั้นการดื่มเหล้าเป็นประจำ การขาดการออกกำลังกายก็เป็นสาเหตุหนึ่งด้วย และมีการรายงานว่าผู้ที่ดื่มกาแฟเป็นประจำวันหนึ่งไม่ต่ำกว่า 6-9 แก้ว จะทำให้มีระดับโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้นเกือบ 20-30 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ตามลำดับ นอกจากนั้นผู้ที่ดื่มกาแฟในปริมาณมาก จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น (วินัส ตันยติมูล. 2536 : 48)

1.3 ภาวะโคเลสเตอรอลสูงจากอาหาร (Dietary Hypercholesterolemia) การรับประทานอาหารที่มีไขมันกับโคเลสเตอรอลมาก และไขมันส่วนใหญ่เป็นชนิดอิ่มตัวมีผลทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดสูงได้ คนอ้วนบางรายระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลสูงได้ โดยมีความสัมพันธ์กับชนิดของอาหารดังกล่าว

2. สาเหตุของไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง สาเหตุของไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง อาจเกิดจาก

2.1 อาหารที่รับประทานโดยเฉพาะผู้ที่รับประทานจุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพวกที่รับประทานไขมันจากสัตว์มาก รับประทานน้ำตาลทรายหรือขนมหวานมากจะทำให้เกิดโรคอ้วน

ในที่สุด ทำให้ระดับสังเคราะห์ วิ แอล ดี แอล มาก จึงทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดสูง

2.2 ผู้ที่ดื่มสุรามากเป็นประจำก็มักจะมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ซึ่งมักจะเป็นผลจากระดับ แอล ดี แอล และโคเลโมครอนในเลือดสูง

2.3 ภาวะไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดสูงจากโรคหรือการใช้ยาบางชนิด โรคบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน (Diabetic Mellitus) ภาวะไตล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic Renal Failure) ตลอดจนการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด อาจก่อให้เกิดภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงได้ ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงที่เกิดจากร่างกายมี วิ แอล ดี แอล มากกว่าปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เนื่องจากการเผาผลาญ วิ แอล ดี แอล ลดลงกว่าปกติ ทั้งนี้เพราะผู้ที่มีการสร้าง วิ แอล ดี แอล มาก มักมี วิ แอล ดี แอล ส่วนน้อยที่หลงเหลืออยู่ แอล ดี แอล ขนาดเล็กซึ่งผ่านเข้าสู่เยื่อหลอดเลือดแดงได้ง่ายกว่า วิ แอล ดี แอล ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ สำหรับภาวะโคเลโมครอนสูงในเลือดสูงนั้นก่อให้เกิดการอักเสบของตับอ่อนแบบเฉียบพลันได้ (Acute Pancreatitis) และอาจเป็นไปได้ว่าโคเลโมครอนที่เหลืออยู่ซึ่งมีขนาดเล็กกว่า และมีโคเลสเตอรอลมากกว่าอาจก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งขึ้นได้

นอกจากนี้พบว่า สาเหตุการตายในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนาในปัจจุบัน โดยมีโรคหัวใจเป็นสาเหตุที่สำคัญของการตายนั้น เนื่องจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง การดื่มสุรามาก การมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ภาวะเครียด ระดับฮอร์โมนเพศ หรือภาวะการตั้งครรภ์ ภาวะที่มีน้ำหนักเกินพิกัดหรืออ้วน ล้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดโรคนี้ โดยมีอิทธิพลต่อกระบวนการเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงและการอุดตันในหลอดเลือด และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วย การเสียชีวิตและทุพพลภาพ ระดับไขมันในเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งไขมันชนิดอิ่มตัวจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจได้ในทุกวัย ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดของภาวะไขมันในเลือดสูงมีผลกระทบต่ออวัยวะที่สำคัญ คือ หลอดเลือดแดงใหญ่ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย

ภาวะไขมันในเลือดสูงมีผลกระทบต่ออวัยวะหลอดเลือดแดง ดังนี้

ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งในคนที่มีไขมันในเลือดสูง ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิด ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ไขมันในพลาสมาที่สำคัญมี 4 ชนิด ได้แก่ โคเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์, ฟอสโฟไลปิด และกรดไขมันอิสระ ไขมันดังกล่าวต้องรวมตัวกับโปรตีนเพื่อให้ละลายอยู่ในพลาสมาได้โดยกรดไขมันอิสระจับอยู่กับอัลบูมิน ส่วนไขมันที่เหลืออีก 3 อย่างจับอยู่กับโปรตีนอื่นที่เรียกว่า ไลโปโปรตีน ซึ่งมีอยู่ 4 ชนิด ด้วยกัน คือ โคเลโมครอน, วิ แอล ดี แอล, แอล ดี แอล และ เอช ดี แอล

มีหลักฐานที่แสดงเด่นชัดว่าการที่ร่างกายมีระดับ แอล ดี แอล ในเลือดสูงเป็นระยะเวลาอันยาวนานเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคภาวะหลอดเลือดแดงแข็งส่งผลให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มี เอช ดี แอล ต่ำในเลือด จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง วี แอล ดี แอล ในเลือดกับโรคหัวใจขาดเลือดนั้นในระยะหลังพบว่า ผู้ที่มี ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เนื่องจากสร้าง วี แอล ดี แอล (VLDL) มากกว่าปกติมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า ผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงเนื่องจากการเผาผลาญ วี แอล ดี แอล (VLDL) ลดลงกว่าปกติ ทั้งนี้เพราะผู้ที่มีการสร้าง วี แอล ดี แอล เรมันท์ (VLDL Remnant) และ แอล ดี แอล (LDL) ขนาดเล็กมาก ซึ่งผ่านเข้าสู่หลอดเลือดแดงได้ง่ายกว่า วี แอล ดี แอล (VLDL) เอง ร่วมกับการมี เอช ดี แอล (HDL) ลดต่ำลง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ ส่วนโคไลไมครอน (Chylomicron) ไม่ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (วิชัย ตันไพจิตร. 2530 : 1-23)

ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เป็น พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่และหลอดเลือดแดงขนาดปานกลาง โดยมีการคั่งของไขมันที่ผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดง แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ รอยไขมัน (Fatty Streaks) แผ่นพังผืด (Fibrous Plaque) และบาดแผลซับซ้อน (Complicated Lesion) การเกิดพยาธิสภาพของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง มีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยอาจตรวจพบรอยไขมันในหลอดเลือดแดงของเด็กตั้งแต่อายุ 10 ปี ถ้าหากความผิดปกตินี้ไม่ได้รับการแก้ไขจะเปลี่ยนเป็นแผ่นพังผืดในช่วงอายุ 20-30 ปี และกลายเป็นบาดแผลซับซ้อนเมื่ออายุประมาณ 40 ปี ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดแดงสูญเสียคุณสมบัติความยืดหยุ่นก่อให้เกิดผลร้ายต่อร่างกายได้

เมื่อนำหลอดเลือดแดง ซึ่งพยาธิสภาพแบบรอยไขมันมาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบว่ามีไขมันซึ่งส่วนใหญ่เป็นโคเลสเตอรอลคั่งอยู่ภายในเซลล์ และมีเซลล์กล้ามเนื้อเรียบจากผนังชั้นกลางของหลอดเลือดแดงบุกรุกเข้าแทรกอยู่ร่วมกับเซลล์เนื้อเยื่อชั้นใน ดังนั้นกลไกสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ คือ การที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโคเลสเตอรอลสูงอย่างเรื้อรังเป็นผลทำให้เกิดการสะสมของไขมันที่ผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดง นอกจากนี้ภาวะหลอดเลือดแดงอาจเกิดจากเซลล์เยื่อบุที่ได้รับอันตราย (Endothelial Injury) จากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ เมื่อเซลล์เยื่อบุเกิดบาดแผลขึ้นผลตามาคือ เกล็ดเลือด (Platelet) และ โมโนไซด์ (Monocyte) รวมตัวกันเป็นก้อนเลือด ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นยังทำให้เซลล์กล้ามเนื้อเรียบเพิ่มจำนวนมากขึ้นและบุกรุกเข้ามาในผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดง ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเกิดขึ้นได้ง่ายในผู้ที่มีทั้งภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมกับภาวะที่เซลล์เยื่อบุถูกทำลาย

สมมติฐานการเกิดบาดแผลที่ผนังหลอดเลือด (Injury Hypothesis) สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดบาดแผลกับเยื่อบุเอ็นโดทีเลียล (Endothelial) คือ ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง (Hypercholesterolemia) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และการสูบบุหรี่ (Smoking)

เมื่อมีอันตรายเกิดขึ้นที่เยื่อบุเอ็นโดทีเลียล เซลล์พวกโมโนไซต์ (Monocyte) แมคโครฟาจ (Macrophage) และเกล็ดเลือด (Platelet) จะรวมตัวกันและสร้างสารต่าง ๆ เปลี่ยนเป็นฟอร์มเซลล์ (Form Cell) แอล ดี แอล และสอรโมโนรวมตัวกัน มีปัจจัยการเจริญเติบโต (Growth Factor) กระตุ้นให้กล้ามเนื้อเรียบเจริญเติบโตขึ้น เกิดเป็นรอยไขมัน (Fatty Streaks) ขึ้น ถ้าการดำเนินของพยาธิสภาพนี้ก้าวหน้าต่อไปก็จะกลายเป็นปื้นหนา (Plaque)

สมมติฐานจากการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือด (Lipogenic Hypothesis) มีข้อมูลสนับสนุนว่าไขมันทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง คือ

1. พบว่ามีโคเลสเตอรอลในผนังหลอดเลือดแดงที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง
 2. การศึกษาในสัตว์ทดลอง พบว่า ถ้าเพิ่มโคเลสเตอรอลในอาหาร จะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งอย่างแน่นอน การลดโคเลสเตอรอลในอาหารจะทำให้ปื้นหนาของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งที่เกิดขึ้นลดน้อยลง
 3. ฟรามีงแฮม และสถาบัน เอ็ม อาร์ เอฟ ไอ ที (วิจัย ต้นไฟจิตร. 2530 : 80 ; อ้างอิงมาจาก Framingham and MRFIT Institute. 1983) ได้ศึกษาพบความสัมพันธ์ของระดับโคเลสเตอรอลกับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) อย่างเด่นชัด คือ เมื่อให้โคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ในทางตรงกันข้าม ถ้าให้โคเลสเตอรอลลดลงร้อยละ 1 จะทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดลดลงร้อยละ 2
- ตำแหน่งหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่และขนาดกลาง ที่เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ

1. แอ็บโดมินอล เอออร์ตา (Abdominal Aorta) และ อิลีแอค อาเทอร์รี่ (Iliac Artery)
2. โคโรนารี อาเทอร์รี่ (Coronary Artery)
3. เฟเมอร์อล และ ปอปพลิเทียล อาเทอร์รี่ (Femoral and Popliteal Arteries) และ ทอราซิก เอออร์ตา (Thoracic Aorta)
4. อินเทนออน คาโรติด อาร์เทอร์รี่ (Internal Carotid Artery)
5. เวอร์ทีบรอล และบาซิลาร์ อาเทอร์รี่ (Vertebral and Basilar Arteries)

อาการทางคลินิกของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมีได้ 2 รูปแบบ คือ

1. หลอดเลือดแดงโป่งพอง (Aneurysm)
2. การตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ เช่น เกิดจากการตีบตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) โดยระยะแรกอาจไม่มีอาการ จนกระทั่งหลอดเลือดแดงตีบแคบเกินร้อยละ 70 ของรูเดิม จึงจะแสดงอาการ ถ้าบริเวณที่ตีบแคบเกิดการอุดตันแบบทันทีทันใด เช่น มีลิ่มเลือดไปอุดตันอย่างทันทีทันใดทำให้หัวใจขาดเลือดทันทีเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ถ้าเป็นมากหัวใจจะวายได้เพราะ

กล้ามเนื้อหัวใจที่เหลืออยู่ไม่พอบีบตัวสูบฉีดเลือด ผู้ป่วยบางรายแม้จะมีกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายเป็นบริเวณแคบแต่ก็ตายได้เพราะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

อาการและการดำเนินโรคของภาวะไขมันในเลือดสูง

บุคคลที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงนั้น อาจไม่มีอาการแต่อาการจะปรากฏต่อเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจน และอาหารจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ เนื่องจากรูของหลอดเลือดโคโรนารีค่อย ๆ ตีบแคบลงอย่างช้า ๆ จนตีบแคบกลายเป็นหลอดเลือดแดงแข็ง และเป็นโรคหัวใจขาดเลือดตามมา ดังนั้นจะขอกล่าวถึงอาการและการดำเนินโรคของภาวะไขมันในเลือดสูงที่สำคัญ ได้แก่ อาการและการดำเนินโรคของภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ด้านวิทยาการระบาดวิทยาและการศึกษาในชุมชนบ่งชี้ว่า ระดับโคเลสเตอรอลมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

1. โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) พบบ่อยในประเทศซึ่งประชากรมีค่าเฉลี่ยของโคเลสเตอรอลในเลือดเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เช่น สหรัฐอเมริกา ประเทศยุโรปกลาง และยุโรปเหนือ และออสเตรเลีย ในทางตรงกันข้ามประเทศซึ่งประชากรมีค่าเฉลี่ยของโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีอุบัติการณ์ของโรคหัวใจขาดเลือดต่ำ การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจะน้อยมาก เมื่อประชากรมีระดับโคเลสเตอรอลเพียงร้อยละ 60 ของประชากรที่มีความชุกของโรคหัวใจขาดเลือดสูง ส่วนประชากรที่มีค่าเฉลี่ยของโคเลสเตอรอลอยู่ระหว่าง 150-200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เช่น กรีซ อิตาลี ญี่ปุ่น ส่วนที่เป็นเขตเมืองเปโตรโตรีโก มีอัตราการเกิดของโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่าประชากรที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เมื่อแบ่งระดับโคเลสเตอรอลของผู้ชายชาวอเมริกัน อายุระหว่าง 40-64 ปี ตามควอไทล์ต่อไปนี้ ควอไทล์ที่ 1 มีระดับโคเลสเตอรอลน้อยกว่า 194 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควอไทล์ที่ 2 มีระดับโคเลสเตอรอล 195-218 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควอไทล์ที่ 3 มีระดับโคเลสเตอรอล 219-240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควอไทล์ที่ 4 มีระดับโคเลสเตอรอล 241-268 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และควอไทล์ที่ 5 มีระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 268 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พบว่า ผู้ที่มีโคเลสเตอรอลอยู่ในระดับ ควอไทล์ที่ 1 และ 2 อัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดไม่ต่างกัน ส่วนผู้ที่มีโคเลสเตอรอลอยู่ในควอไทล์ที่ 3, 4 และ 5 มีอัตราการเกิดโรคหัวใจสูงขึ้น โดยเมื่อเทียบกับควอไทล์ที่ 1 และ 2 อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 1.50, 1.64 และ 1.99 ตามลำดับ

การศึกษาในสัตว์ทดลอง เมื่อเลี้ยงสัตว์ทดลองด้วยอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและกรดไขมันอิ่มตัวมาก จะทำให้เกิดภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงและภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Gotto and others. 1981 : 1065A-1090A)

2. แขนโทมา (Xanthoma) ปรากฏตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ปื้นเหลืองที่ข้อศอก หัวเข่า หรือที่ข้อพับต่าง ๆ แต่ถ้ามีปื้นไขมันที่หนังตา เรียกว่า แขนทีลาสมา (Xanthelasma) นอกจากนี้ยังอาจพบปื้นไขมันได้ที่บริเวณรอยหยาบด้วยทำให้มีขนาดหนาผิดปกติ

3. คอรัเนียล อาร์คัส (Corneal Arcus) เส้นโค้งสีขาวบนขอบนอกของตาเกิดจากการมีโคเลสเตอรอลไปจับที่กระจกตา อาจจะเป็นรูปครึ่งวงกลมหรือเต็มวงกลมก็ได้ ความผิดปกติเช่นนี้เกิดจากการมี แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล ไปเกาะตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ หลักสำคัญของการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูง คือ การตรวจเลือดในขณะที่เดียวกันการตรวจร่างกายก็มีความสำคัญ เมื่อตรวจพบว่าที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และจัดแบ่งประเภทของภาวะไขมันในเลือดสูงว่าเป็นชนิดใดแล้ว จะต้องหาสาเหตุที่มาของภาวะไขมันในเลือดสูงนั้นว่าเกิดจากสาเหตุใดด้วย สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงอยู่เสมอ คือ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระดับไขมันในร่างกาย เช่น การรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน การรับประทานยาบางชนิด การดื่มสุรา ทั้งโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ อาจทำให้พวกที่มีสาเหตุจากพันธุกรรมแสดงอาการได้ไวขึ้น

อาการและการดำเนินโรคของภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง จากผลการศึกษาทำให้ทราบว่าภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงสามารถคุกคามสุขภาพได้หลายประการ ทั้งนี้ขึ้นกับว่าไตรกลีเซอไรด์ที่สูงนั้นเกิดจากโคโลไมครอน (Chylomicron) หรือ วี แอล ดี แอล (VLDL) ดังต่อไปนี้คือ

1. หลอดเลือดแดงแข็ง ถ้ามีหลอดเลือดแดงแข็งที่อวัยวะใดแล้วจะทำให้หัวใจส่วนนั้นได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอ ถ้าเป็นที่หัวใจก็เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ ถ้าเป็นที่สมองก็เกิดอัมพาตได้ ผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนที่มีความไตรกลีเซอไรด์ในเลือดปกติ โอกาสที่จะเป็นโรคหัวใจขาดเลือดยิ่งมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าไตรกลีเซอไรด์ที่มาจาก วี แอล ดี แอล เป็นตัวการสำคัญในโรคนี้ หนึ่งผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงส่วนใหญ่ก็เกิดจาก วี แอล ดี แอล ซึ่งเป็นตัวการสำคัญในโรคนี้นั่นเอง

2. ตับม้ามโต ในรายที่ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงจากโคโลไมครอน

3. ปื้นเหลืองที่ผิวหนัง (Xanthoma) ผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงจากโคโลไมครอนจะมีปื้นเหลืองตามผิวหนังได้ ปื้นเหลืองนี้จะมีลักษณะพิเศษ คือ เป็นเม็ดพุ่ม โดยตรงกลางของเม็ดพุ่มมีสีเหลือง ส่วนที่ฐานมีลักษณะสีแดง ปื้นเหลืองแบบพุ่มนี้พบต่อเมื่อไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงอย่างมากแล้ว ($>1,000$ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

4. อาการปวดท้อง พบว่าผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงมาก ๆ จากโคโลไมครอน อาจเกิดอาการปวดท้องได้และบางรายอาจรุนแรงถึงขั้นตับอ่อนอักเสบได้ เชื่อว่าโคโลไมครอนไปอุดตันหลอดเลือดฝอยที่หล่อเลี้ยงลำไส้ หรือตับอ่อนอักเสบทำให้อวัยวะดังกล่าวขาดเลือดไปเลี้ยงความผิดปกตินี้จะหายไป ถ้าสามารถควบคุมระดับโคเลสเตอรอลให้อยู่ในระดับปกติได้

การวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูง

การวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับเมตาบอลิซึมของไขมัน ต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตัดสินใจวินิจฉัยโรคอาจต้องทำโดยเจาะเลือดมาตรวจอย่างน้อย 2 ครั้งเพราะว่าแม้ว่าจะมีการระมัดระวัง อย่างไรก็ตามก็ยังมีความผิดปกติเกิดขึ้นได้เสมอ ยังมีสาเหตุที่ทำให้การเลือกทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด ได้แก่

1. วิธีการรับประทานอาหารและจำนวนแคลอรีที่ได้รับ มีผลต่อระดับไขมันและชนิดของไลโปโปรตีน ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารปกติทั้งเวลาและปริมาณของตนเองอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ก่อนเจาะเลือดเพื่อศึกษาระดับไขมัน ควรงดการใช้ยาหรือกินอาหารอื่น ๆ สำหรับแอลกอฮอล์ก็ดื่มได้ตามปกติ

2. การเจาะเลือด ควรเจาะเลือดหลังอดอาหารมาแล้วตลอดคืน หรือไม่ว่าต่ำกว่า 12 ชั่วโมง ทั้งนี้เพราะการเจาะเลือดหลังอาหารจะมีโคเลสเตอรอล และฟิบริเจน - ไลโปโปรตีนจากลำไส้ในปริมาณต่าง ๆ กันขึ้นกับเวลาที่เจาะหลังอาหาร และปริมาณของไขมันที่รับประทานเข้าไป การดื่มสุราควรให้น้อยที่สุดเพราะแอลกอฮอล์ทำให้เกิดเซรัมชั้นเหมือนกับรับประทานไขมัน (Alimentary Lipemia) ได้ ผู้ป่วยสามารถดื่มน้ำได้ในระหว่างอดอาหาร ซึ่งทางห้องปฏิบัติการควรได้จัดพิมพ์ข้อปฏิบัติต่าง ๆ แจกให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบด้วย

3. โรคหลายชนิดที่ทำให้ไขมันเปลี่ยนแปลงไป ในโรคกระเพาะและลำไส้อักเสบเฉียบพลัน (Acute Gastroenteritis) ทำให้โคเลสเตอรอลลดลงอย่างมากภายใน 2-3 วัน ส่วนโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) โคเลสเตอรอลลดลงมากภายใน 48 ชั่วโมง และใช้เวลานานหลายสัปดาห์กว่าจะกลับระดับสู่ปกติ โดยที่ยังไม่ทราบกลไก ขณะเดียวกันระดับไตรกลีเซอไรด์ค่อนข้างสูงขึ้นและคงตัวอยู่ได้ประมาณ 3 เดือน ระหว่างการติดเชื้อรุนแรงหรือมีความเครียด (Stress) จะมีไตรกลีเซอไรด์ลงชั่วคราวอย่างไม่ทราบเหตุผลอาจเป็นผลของแคทีโคลามีนส์ (Catecholamines) ทำให้มีการสลายตัวของไขมันเพิ่มขึ้น แต่การเก็บไขมันในเนื้อเยื่อไขมันต่าง ๆ ลดลง

4. ระดับไขมันในเซรัม พบว่า ลดลงได้ในระยะ 2-3 วันแรก ที่เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้นควรตรวจผู้ป่วยที่เพิ่งรับเข้ามาทันที หรือในวันรุ่งขึ้นยกเว้นมีเหตุจำเป็น

5. การตรวจเพื่อวินิจฉัยผู้ป่วยไม่ควรได้รับยาที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด ควรจะงดยาต่าง ๆ อย่างน้อย 3 สัปดาห์ก่อนเจาะเลือด สำหรับยาอื่น ๆ ที่ไม่มีผลต่อไขมันก็ใช้ต่อไปได้แต่ควรบันทึกไว้ว่ากำลังได้รับยาชนิดใดอยู่

6. การเจาะเลือด ต้องระมัดระวังความสะอาดเพื่อป้องกันแบคทีเรียปะปน นอกจากนั้นไม่ควรรัดแขนนานหรือควรปล่อยสายรัดแขนก่อนดึงเลือดเข้ากระบอก การรัดแขนนาน ๆ ทำให้มีการอุดตันในเส้นเลือดและระดับโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น ถ้าเป็นไปได้ควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนและได้พักผ่อนก่อนเจาะเลือดประมาณ 10 นาที เนื่องจากท่านั่งและนอนจะทำให้ผลที่ได้แตกต่างกันได้

7. การเก็บเลือดจากสายสะดือ ไม่ใช่วิธีที่ดี แต่ควรให้เลือดหยดลงใส่หลอดทันทีในเด็กที่ยังต้องให้นมทุก ๆ 4 ชั่วโมงนั้น ในตอนกลางคืนก่อนทำการเจาะเลือดวันรุ่งขึ้น ควรให้อาหารที่ปราศจากไขมันด้วย เช่น น้ำกลูโคส

โดยทั่วไปจะตรวจเลือดเพื่อการศึกษาไขมันจากตัวอย่าง ที่เก็บขณะอดอาหารตลอดคืน ดังกล่าว ควรทำการศึกษาพันธุกรรมครอบครัวด้วย ซึ่งจะดีกว่าทราบปริมาณไขมันแบบต่าง ๆ อย่างเดียว เพราะโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติของไขมันมักจะเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม

ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระดับไขมันในเลือด

1. อายุ ระดับไขมันส่วนใหญ่จะเพิ่มขึ้นตามอายุ ระดับต่ำสุด ได้แก่ เลือดจากสายสะดือมีโคเลสเตอรอล 50-95 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไตรกลีเซอไรด์ 10-65 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และจะสูงขึ้นค่อนข้างรวดเร็วในวัยเด็กจนอายุประมาณ 6 ปี จะเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ จนถึงวัยผู้ใหญ่ จากนั้นค่อย ๆ ลดลงเมื่ออายุประมาณ 70-80 ปี ซึ่งมีสมมติฐานว่าการเพิ่มขึ้นของไขมันตามอายุในผู้ใหญ่จะแสดงถึงโอกาสการมีไขมันสูง ๆ ได้ในวัยสูงอายุ

2. ความดันโลหิตและความอ้วน โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ที่เพิ่มขึ้นในผู้ใหญ่ อาจจะสัมพันธ์กับการมีความดันโลหิตสูงและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้วการเพิ่มขึ้นของสารดังกล่าว จะเป็นการแสดงถึงโอกาสของการมีโรค คือ โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคอ้วน (Obesity) การรักษาโรคที่มีไขมันเพิ่มขึ้นนี้แพทย์มักจะถามถึงอาชีพการทำงานเพื่อทราบถึงการทำงานปกติของร่างกายด้วย

3. เพศ มีความแตกต่างกันระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญและเห็นชัด โดยเฉพาะในผู้ใหญ่เพศหญิงจะมีระดับสูงกว่าเพศชาย

4. ฤดูกาล พบว่าไขมันมีความแตกต่างกันระหว่างฤดูกาล โดยค่าจะต่ำลงในฤดูร้อนและสูงสุดในฤดูหนาว

การตรวจหาไขมันในห้องปฏิบัติการให้มีความถูกต้อง แม่นยำ และวิธีการเป็นที่น่าสนใจ ต้องมีการควบคุมคุณภาพที่ดีด้วย หรือมั่นใจว่าเก็บตัวอย่าง หรือเตรียมการสารมาตรฐานได้ถูกต้อง และสารที่ใช้มีความบริสุทธิ์พอควรทำดังนี้

1. เชรั่มควบคุมคุณภาพ ควรจะต้องทำทุกครั้งที่ทำตัวอย่างผู้ป่วยและควรมี 2 ค่า ทั้งค่าปกติและค่าสูงสุด เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่เกิดจากการล้าเอียง

2. การทำการควบคุมคุณภาพประจำวัน (Routine Condition Variance : RCV) อาจทำได้เองโดยการแยกเก็บเชรั่มที่รวบรวมจากเชรั่มผู้ป่วยที่เหลือ นำมาผสมให้เข้ากันเป็นอย่างดีแล้วแยกเป็นหลอดเล็ก ๆ เก็บไว้ที่ - 2 องศาเซลเซียส แล้วนำออกมาทำไปพร้อม ๆ กับตัวอย่างผู้ป่วยแต่ละวันเป็นการดูความแปรปรวนของการทำงาน

3. การทำการควบคุมคุณภาพระหว่างห้องปฏิบัติการ (External Quality Control) เป็นการควบคุมให้ถึงความถูกต้องแม่นยำในแต่ละกลุ่มของห้องปฏิบัติการ

ขั้นตอนของการทำการตรวจ

ควรได้พิจารณาถึงสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

1. การเก็บตัวอย่าง ปกติเราควรเก็บตัวอย่างเลือดหลังจากผู้ป่วยอดอาหารตลอดคืน (Fasting) โดยทั่วไปอาหารมีผลน้อยมากต่อระดับโคเลสเตอรอล แต่อย่างไรก็ตามอาหารมื้อสุดท้ายก่อนเจาะเลือดสามารถทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในบางรายเพิ่มขึ้นได้ถึง 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดังนั้นควรจะมีการเตรียมตัวก่อนเจาะเลือดดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

2. การขนส่งตัวอย่าง ควรส่งตัวอย่างมายังห้องปฏิบัติการโดยเร็ว อาจใช้เซรัมหรือพลาสมาที่เติมสารเฮปาริน (Heparin), กรดเอธิลิลีน ไดอะมีน เตตราอะซิติก หรือ อี ดี ที เอ (Ethylene Diamine Tetraacetic Acid : EDTA) เป็นสารกันเลือดแข็ง แต่การเก็บสิ่งส่งตรวจนานเกินไปมีผล เนื่องจากแบคทีเรียทำให้ไขมันเปลี่ยนแปลงก็ควรเก็บโดยวิธีปลอดเชื้อ (Sterile Techniques) หรือเติมสาร ไธโอเมอโรซอล (Thiomerosal) 0.1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ที่ปรับ พี เอช ให้เป็น 7.4 หรือเติม โซเดียม อะไซด์ (Sodium Azide) ลงไป

3. การออกซิไดซ์จากอากาศ จะเกิดขึ้นเร็วขึ้นโดยการเร่งของโลหะ ชนิดมีประจุอิเล็กตรอนสองหน่วย (Divalent) การลดความเร็วของปฏิกิริยาออกซิเดชันนี้ ทำได้โดยการเติมสาร อี ดี ที เอ ลงไปในปริมาณ 1 มิลลิกรัมต่อเลือด 1 มิลลิลิตร

4. การเก็บตัวอย่าง ควรเก็บเซรัมไว้ที่อุณหภูมิ -15 ถึง -20 องศาเซลเซียส ที่อุณหภูมินี้และขณะที่นำเซรัมมาละลายเพื่อนำมาตรวจ ไม่ควรทำให้เกิดฟองเพราะไลโปโปรตีนจะเสียคุณสมบัติได้ที่ผิวหน้าระหว่างน้ำและอากาศ

5. การรายงานผล ห้องปฏิบัติการทั่วไปในบ้านเรายังรายงานผลเป็นหน่วยมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ทางยุโรปนิยมรายงานเป็นหน่วยสากล (System International : SI Unit) คือใช้หน่วยเป็นโมลาร์แทนหน่วยน้ำหนัก ข้อควรระวังเกี่ยวกับการตรวจสอบไขมันในห้องปฏิบัติการมีมากมาย

การวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือด ทำได้โดยการประเมินทางคลินิก ซึ่งได้แก่ การตรวจร่างกายเพื่อดูอาการต่าง ๆ ที่บ่งชี้ถึงภาวะไขมันในเลือดสูง พร้อมทั้งซักประวัติอาการซึ่งจะเป็นข้อบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นได้รับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์จากอาหารมากเกินไปเพียงใด สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงบริโภคนิสัยของบุคคลนั้นด้วย

การประเมินทางคลินิก

การประเมิน	หมายเหตุ
1. ประวัติส่วนตัว	รวมถึงโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง
2. ประวัติครอบครัว	ประวัติครอบครัวมีโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วนบริเวณลำตัว (Central Obesity) ควรตรวจสมาชิกในครอบครัวเมื่อสงสัยโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม
3. อาหาร และวิถีดำเนินชีวิตอื่น ๆ	ชนิดของอาหารที่ชอบอาหารที่มีไขมันโคเลสเตอรอล และ/หรือไขมันอิ่มตัวสูง การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานเกลือโซเดียม ชนิดและปริมาณการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ภาวะเครียด
4. การตรวจทางห้องทดลอง	ตรวจหาระดับไขมันในเลือด (ระดับ Total Cholesterol) ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ระดับ เอช ดี แอล โคเลสเตอรอล (HDLc) และคำนวณ ระดับ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล (LDLc) ตรวจทางห้องทดลองอื่น ๆ ตามความจำเป็น

ที่มา : มนต์ชัย ขาลาประวรรณ. 2539 : 167

อย่างไรก็ตามปัจจุบันนี้ข้อมูลที่บ่งชี้อย่างแน่ชัดแล้วว่า ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดมีส่วนสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นการตัดสินใจระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจึงขึ้นกับระดับที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ในด้านไตรกลีเซอไรด์ก็ใช้หลักเกณฑ์เดียวกัน จากตาราง 5 แสดงถึงเกณฑ์ตัดสินใจระดับไขมันผิดปกติในเลือด กำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญของสมาคมภาวะหลอดเลือดแข็งแห่งยุโรป (European Atherosclerosis Society : EAS) และโครงการศึกษาโคเลสเตอรอลแห่งชาติ (National Cholesterol Education Program : NECP) ดังนี้

ตาราง 5 เกณฑ์ตัดสินความผิดปกติของไขมันในเลือด (Dyslipidemia)

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

ที่มา : สมใจ วิชัยดิษฐ์ และคนอื่น ๆ. 2529 : 80

ในขณะนี้เป็นที่ยอมรับแล้วว่าภาวะไลโปโปรตีนในเลือด แบ่งเป็น 5 ชนิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเป็นชนิดที่ 2 และ 4 ดังตาราง 6

ตาราง 6 การแบ่งชนิดของภาวะไขมันในเลือด ตามลักษณะทางชีวเคมี

ชนิด	ความผิดปกติที่เกิดขึ้น	ระดับไขมันในเลือดที่ตรวจพบ	ทดสอบโคไลไมครอน
I	โคไลไมครอน	โคเลสเตอรอลสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง	ชั้นครีมลอยอยู่ชั้นบน ซีรัมส่วนล่างใส
IIa	LDL สูง	โคเลสเตอรอลสูง	ซีรัมใส
	VLDL ปกติ	ไตรกลีเซอไรด์สูง	
IIb	LDL สูง	โคเลสเตอรอลสูง	ซีรัมขุ่น
III	VLDL สูง	โคเลสเตอรอลสูง	ชั้นครีมลอยอยู่ชั้นบน
IV	VLDL สูง	โคเลสเตอรอลสูง	ซีรัมส่วนล่างขุ่น
V	โคไลไมครอน VLDL	ไตรกลีเซอไรด์สูง	

ที่มา : สมใจ วิชัยดิษฐ์ และคนอื่น ๆ. 2529 : 8

หลักการรักษาระดับไขมันในเลือดสูง

เมื่อวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงต้องหาสาเหตุว่าเกิดจากโรคทางพันธุกรรม โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ การใช้ยาบางชนิด หรือจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ ถ้าพบว่ามีสาเหตุจากโรคหรือจากยา การรักษาโรคนั้นอย่างถูกต้องหรือหยุดยาจะทำให้ระดับไขมันลดลงได้แต่ถ้าควบคุมโรคที่เป็นแล้วอย่างดี และยังมีไขมันในเลือดสูงให้คิดถึงว่าผู้ป่วยนั้นอาจมีไขมันสูงจากโรคพันธุกรรมอยู่ด้วยการเปลี่ยนระดับไขมันในเลือดโดยวิธีโภชนาบำบัดมีวิธีการต่าง ๆ ตั้งแต่โภชนาบำบัด (Diet Therapy) การออกกำลังกาย (Exercise) และการใช้ยา (Drug Therapy) จุดประสงค์เพื่อไม่ให้เพิ่มมากขึ้นและไม่เกิดการอุดตันเฉียบพลัน ซึ่งเป็นตัวก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอันเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต การให้โภชนาบำบัดลดอัตราการตายจากการเปลี่ยนลักษณะอาหารให้เป็นจำพวกไขมันต่ำ แต่มีใยอาหาร (Fiber) สูงสามารถลดอัตราการตายเนื่องจากโรคหัวใจได้ถึงร้อยละ 60 โภชนาบำบัดสำหรับภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาได้วางหลักเกณฑ์การใช้อาหารบำบัดภาวะโคเลสเตอรอลสูง โดยให้ลดปริมาณไขมันในอาหารให้น้อยลงทีละน้อย ไขมันที่ควรลดคือ ไขมันทั้งหมดในอาหาร (Total Fat) ไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลในอาหารและเพิ่มกรดไขมันไม่อิ่มตัว ซึ่งขั้นตอนการใช้โภชนาบำบัดแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 จะแตกต่างกันในปริมาณของไขมันโคเลสเตอรอลและคาร์โบไฮเดรต ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 หลักการโภชนาบำบัดในผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

Nutrient	Dietary Phase		
	I	II	III
Total Fat (% of Calories)	30	25	20
Saturated	10	8.3	6.7
Monounsaturated Fatty Acid (MUFA)	10	8.3	6.7
Polyunsaturated Fatty Acid (PUFA)	10	8.3	6.7
Carbohydrate (% of kcal)	55	60	65
Starch	Increased	Increased	Increased
Simple sugar	Decreased	Decreased	Decreased
Protein (% of kcal)	15	15	15
Cholesterol (mg/d)	< 300	200-250	100-150
Total Calories	Reduction to Achieve Ideal Weight		

ที่มา : วิชัย ตันไพจิตร, รัตนา พากเพียรกิจวัฒนาและสุภาภรณ์ เดชางาม. 2529 : 90

การพิจารณาเลือกอาหารในระยะใดขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงและความตั้งใจในการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยในทางปฏิบัติ การจัดหาอาหารต้องคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการและรสชาติที่ผู้ป่วยจะยอมรับได้ในผู้ที่มีโคเลสเตอรอลสูง และมีโรคอ้วน

ระยะที่หนึ่ง ให้รับประทานอาหารซึ่งให้สัดส่วนของพลังงานดังนี้ ร้อยละ 30 จากไขมัน ร้อยละ 55 จากคาร์โบไฮเดรต (ชนิดของคาร์โบไฮเดรตควรเป็นประเภทคอมเพล็กซ์คาร์โบไฮเดรต เช่น แป้ง ข้าว และร้อยละ 15 จากโปรตีน และจำกัดปริมาณโคเลสเตอรอลที่รับประทานให้น้อยกว่าวันละ 300 มิลลิกรัม

ระยะที่สอง ให้รับประทานอาหารซึ่งให้สัดส่วนของพลังงานดังนี้ ร้อยละ 25 จากไขมัน ร้อยละ 60 จากคาร์โบไฮเดรต และร้อยละ 15 จากโปรตีน และรับประทานโคเลสเตอรอลเพียงวันละ 200-250 มิลลิกรัม

ระยะที่สาม ให้รับประทานอาหารซึ่งให้สัดส่วนของพลังงานดังนี้ ร้อยละ 25 จากไขมัน ร้อยละ 60 คาร์โบไฮเดรต (ชนิดคอมเพล็กซ์ คาร์โบไฮเดรต เช่น แป้ง ข้าว) และร้อยละ 15 จากโปรตีน และรับประทานโคเลสเตอรอลเพียงวันละ 100-150 มิลลิกรัม

หลักสำคัญของการบำบัดนี้อยู่ที่การลดปริมาณไขมันที่รับประทาน โดยปริมาณไขมันในแต่ละระยะควรประกอบด้วยไขมันอิ่มตัว ไขมันไม่อิ่มตัวชนิดเชิงเดี่ยว และเชิงซ้อนอย่างละเท่า ๆ กัน เช่น ระยะที่หนึ่งให้รับประทานไขมันทั้งหมดร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด จะประกอบด้วยกรดไขมันแต่ละชนิดร้อยละ 10 เท่ากัน ส่วนการพิจารณาเลือกอาหารระยะใดในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดกับการพิจารณาเลือกอาหารในระยะใดนั้น ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโคเลสเตอรอลสูงในเลือด และความตั้งใจในการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยในทางปฏิบัติการจัดอาหารต้องคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการและรสชาติ ที่ผู้ป่วยจะยอมรับได้ในผู้ที่มีโคเลสเตอรอลสูงและมีโรคอ้วนด้วย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องลดน้ำหนักควบคู่ไปด้วย โดยควบคุมปริมาณพลังงานที่ควรจะได้รับในแต่ละวัน และการออกกำลังกายที่เหมาะสมสม่ำเสมอ

การลดปริมาณไขมันที่รับประทานให้น้อยลงสามารถลดระดับ แอล ดี แอล ได้ จากการศึกษาด้านวิทยาการระบาด พบว่า การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำสัมพันธ์กับการลดอัตราการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด คนที่รับประทานอาหาร 2,000 แคลอรี ควรรับประทานไขมันร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ ซึ่งเท่ากับไขมัน 67 กรัม

การลดปริมาณกรดไขมันอิ่มตัว การรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูงจะเพิ่มทั้งระดับ วี แอล ดี แอล และ แอล ดี แอล การลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวให้น้อยลงจะสามารถลดไขมันในเลือดได้ การศึกษาทางคลินิกพบว่าถ้าลดปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวที่รับประทานให้น้อยลงจากร้อยละ 17 เป็นร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด จะสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ประมาณ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง คือ พวกเนื้อมีไขมันติดมัน ไขมันสัตว์ต่าง ๆ เช่น ไขมันหมู นมต่าง ๆ

การเพิ่มไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน (Polyunsaturated Fatty Acid : PUFA) เมื่อลดกรดไขมันอิ่มตัวแล้วควรรับประทาน พี ยู เอฟ เอ มากขึ้น ในทางปฏิบัติแหล่งสำคัญที่ให้ พี ยู เอฟ เอ คือ น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิกมาก กรดไลโนเลอิกมีฤทธิ์ลดทั้งโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือด แต่ยังไม่ทราบกลไกที่แน่นอน ตลอดจนการจับตัวของเกล็ดเลือดและลดความดันโลหิตด้วย ตาราง 8 แสดงปริมาณกรดไลโนเลอิกในน้ำมันพืชที่ใช้ปรุงอาหารที่มีจำหน่ายในบ้านเรา ซึ่งวิเคราะห์โดยหน่วยโภชนาการและชีวเคมีทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามธิบดีพบว่า น้ำมันพืชที่ขายตามท้องตลาดในประเทศไทย มีทั้งน้ำมันบริสุทธิ์และน้ำมันผสม น้ำมันถั่วเหลือง และข้าวโพด ร้อยละ 100 มีปริมาณกรดไลโนเลอิกสูง น้ำมันถั่วเหลือง และน้ำมันรำข้าวมีปริมาณกรดไลโนเลอิกในปริมาณปานกลาง ส่วนน้ำมันปาล์มและน้ำมันมะพร้าวมีกรดไลโนเลอิกต่ำ ดังนั้นในทางปฏิบัติควรเลือกใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิกมากกว่าร้อยละ 45 ขึ้นไป การเลือกใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิกสูงจะได้กรดไลโนเลอิกที่เพียงพอ ขณะเดียวกันก็ได้รับไขมันที่ไม่มากเกินไป เมื่อเลือกใช้น้ำมันพืชที่ดีแล้วควรเลือกรับประทานน้ำมันพืชนั้นเป็นประจำทุกวัน จึงจะได้ผลในการลดระดับไขมันในเลือดปริมาณที่ควรรับประทานนั้นขึ้นอยู่กับ การรับประทานของแต่ละคน ถ้าคนที่รับประทานอาหารวันละ 2,000 แคลอรี ต้องการกรดไลโนเลอิกร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด (200 แคลอรี) จะต้องรับประทานกรดไลโนเลอิก 22 กรัม ถ้าเลือกใช้น้ำมันถั่วเหลืองบริสุทธิ์ โดยทั่วไปมีกรดไลโนเลอิกประมาณร้อยละ 50 จะต้องรับประทานน้ำมันถั่วเหลืองร้อยละ 44 กรัม หรือประมาณ 9 ช้อนชา การที่เราจะได้ปริมาณน้ำมันดังกล่าวได้ควรรับประทานอาหารที่บ้านให้บ่อยที่สุด และต้องมีรายการใช้น้ำมันทำอาหารเป็นประจำทุกวันจึงจะลดปริมาณไขมันได้

ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการของประเทศสหรัฐอเมริกาและกลุ่มประเทศในยุโรปได้เสนอว่า การรับประทานไตรกลีเซอไรด์ไม่เกิน ร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด และให้กรดไลโนเลอิก ร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด มีส่วนสำคัญต่อการลดระดับโคเลสเตอรอล และ แอล ดี แอล ส่วนระดับโคเลสเตอรอลนั้นขึ้นกับปริมาณโคเลสเตอรอลที่รับประทาน

ตาราง 8 แสดงปริมาณกรดไขมันไม่อิ่มตัวในน้ำมันพืชที่ใช้ปรุงอาหาร

ส่วนประกอบ	ชื่อทางการค้า	ปริมาณกรดไขมันไม่อิ่มตัว*
น้ำมันบริสุทธิ์		
ถั่วเหลือง ร้อยละ 100	เบสฟูต, สลัด	57
	ทิฟ	47
ข้าวโพด ร้อยละ 100	มาโซลา	47
ถั่วลิสง ร้อยละ 100	อะลาติน	37
	ทิฟ	34
รำข้าว ร้อยละ 100	ลูกโลก	32
	คิง	31
ปาล์ม ร้อยละ 100	พีเจียน	13
	รอยโก้	11
มะพร้าว ร้อยละ 100	ซังบิน	2
น้ำมันผสม		
ถั่วเหลือง ร้อยละ 50 นุ่น ร้อยละ 50	ทิฟ	48
ถั่วเหลือง ร้อยละ 25 นุ่น ร้อยละ 25	ทิฟ	48
รำข้าว ร้อยละ 25 ฝ้าย ร้อยละ 25		
รำข้าว ร้อยละ 50 นุ่น ร้อยละ 50	ทิฟ	37
ถั่วเหลือง ร้อยละ 40 นุ่น ร้อยละ 40	กุก 2	47
ฝ้าย ร้อยละ 20		
ถั่วเหลือง ร้อยละ 40 รำข้าว ร้อยละ 40	กุก 3	49
ฝ้าย ร้อยละ 20		

*คิดเป็นร้อยละของกรดไขมันทั้งหมด

ที่มา : สมใจ วิชัยดิษฐ์ และคนอื่น ๆ. 2529 : 92

การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้น้อยลง จากการศึกษพบว่าถ้ารับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงจะเพิ่มระดับโคเลสเตอรอลในเลือด และถ้าลดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้น้อยลงวันละ 100 มิลลิกรัม จะลดโคเลสเตอรอลได้เฉลี่ย 7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดังนั้นเพื่อให้โคเลสเตอรอลในเลือดลดลง ควรรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้น้อยลง โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น สมอ เครื่องในสัตว์ต่าง ๆ ไข่แดง และไข่ปลา

ดังนั้นการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงเกิดขึ้นเนื่องจากหลายสาเหตุ ทั้งจากอาหารและจากภาวะหรือโรคต่าง ๆ ของร่างกาย หรือจากพันธุกรรม ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจากอาหาร ถ้ามีการปรับตัวรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงคืนสู่เกณฑ์ปกติ การควบคุมอาหารก็ยังมีบทบาทสำคัญต่อการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมเพราะการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ จะทำให้ภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมทวีความรุนแรงขึ้นต้องได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันควบคู่ไปกับการควบคุมอาหาร การเกิดโรคจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน รวมทั้งช่วงต่าง ๆ ของชีวิต และสถานภาพแวดล้อมที่ไม่สอดคล้องเหมาะสมกับสมรรถภาพชีวภาพ ทำให้เกิดความเสื่อมของร่างกายก่อนเวลาอันควรโดยปรากฏให้เห็นส่วนหนึ่งในรูปของโรคต่าง ๆ ลักษณะของโรคส่วนใหญ่เกิดจากหลายปัจจัยเสี่ยง ระยะแฝงตัวนาน มีการดำเนินการของโรคและความเจ็บป่วยนานมีผลกระทบทำให้ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ ส่วนใหญ่รักษาไม่หายขาดมักเรื้อรังมีความพิการจำเป็นต้องมีการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามสภาพการเจ็บป่วยอยู่นั้น

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการบริโภค การออกกำลังกาย เป็นต้น ให้อยู่ในสถานะที่ห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจะเป็นการสร้างเกราะป้องกันพยาธิสภาพบนทางสู่โรคหัวใจขาดเลือดได้เป็นอย่างดี รวมทั้งโรคอื่น ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น เพื่อลดความสูญเสียชีวิตและเศรษฐกิจของส่วนรวมในปัจจุบันและอนาคตที่มีการพัฒนาในทุก ๆ ด้านอย่างรวดเร็วมาก

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530 : 583) หมายถึง การกระทำ หรือ อาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า ได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมไว้มากมาย ซึ่งแตกต่างกันดังนี้คือ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2524 : 3) ให้ความเห็นว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ของอินทรีย์ที่แสดงออกมาโดยสามารถสังเกตได้ด้วยบุคคลอื่น เช่น การพูด การนั่ง การหัวเราะ พฤติกรรมเหล่านี้สังเกตได้ด้วยประสาทรับความรู้สึกทั้ง 5 แต่กิจกรรมบางอย่างต้องใช้เครื่องมือเข้าช่วย เช่น เวลาคนตกใจ อาจไม่เห็นด้วยตาเปล่า ต้องอาศัยเครื่องมือเข้าช่วยวัดจังหวะการเต้นของหัวใจ หรือแรงดันเลือดที่เพิ่มขึ้น แม้กระทั่งการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน หรือการหลั่งของน้ำย่อยต่าง ๆ ก็เป็นพฤติกรรม นอกจากนี้กิจกรรมที่เกิดขึ้นภายใน เช่น จินตนาการ ความคิด ความเชื่อ เป็นต้น ก็จัดว่าเป็นพฤติกรรม

ไพบุลย์ เทวรักษ์ (2529 : 4-6) ได้กล่าวถึง พฤติกรรม หมายถึง อากัปกริยาทั้งมวลของบุคคลทั้งที่เราสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสโดยตรงหรือโดยอ้อม และทั้งที่รู้ตัว

หรือไม่รู้ตัว ได้แก่ การนั่ง เดิน นอน ยืน อารมณ์โกรธ เกลียด รัก และฝัน เป็นต้น แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมภายใน เป็นพฤติกรรมที่บุคคลอยู่ในใจตนเองยากที่ผู้อื่นจะรู้ได้ ถ้าบุคคลไม่บอกหรือแสดงออกมาให้ปรากฏ เช่น ความคิด การเข้าใจ การตัดสินใจ เป็นต้น

2. พฤติกรรมภายนอก เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาแล้วผู้อื่นสามารถสังเกตได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การเดิน พูด ทำงาน เป็นต้น นอกจากนั้นพฤติกรรมภายนอกบางอย่างจำเป็นต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วยบันทึกพฤติกรรม เช่น เครื่องมือวัดคลื่นสมอง เป็นต้น

โยธิน ศันสนยุทธ และคนอื่น ๆ (2533 : 3) ให้นิยามไวกว้าง ๆ ว่า เป็นการกระทำทั้งหมดที่สังเกตได้ เช่น การพูด การเดิน การเต้นของหัวใจ และยักรวมถึง กระบวนการของจิต เช่น การรับรู้ การคิด การจำ และการรู้สึก

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541 : 2) ให้คำจำกัดความว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในบุคคล และกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้จากคำจำกัดความนี้สามารถแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือ การกระทำที่เกิดขึ้นสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส หรืออาจใช้เครื่องมือช่วย

2. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิต บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้

บลูม (Bloom, 1975 : 65-197) ได้กล่าวถึง พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้และพฤติกรรมดังกล่าวนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) เป็นพฤติกรรมขั้นสามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิดและพัฒนากิจการด้านสติปัญญา จำแนกไว้ตามลำดับชั้นจากง่ายไปหายาก ดังนี้

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehention) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ต้องมีความรู้มาก่อนถึงจะเข้าใจ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความตีความ และคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิธีการทางทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวความคิดต่าง ๆ ไปใช้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถ และมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์อย่างชัดเจนระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างมีความชัดเจนและมีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัยราคาของสิ่งของต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ช่วยประเมินค่านี้อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้วก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain) พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการอธิบายเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคน การเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติแบ่งขั้นตอนดังนี้

2.1 การรับรู้ หรือ การให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่ามีการเกิดหรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้นและบุคคลนั้นมีความยินดี หรือที่มีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับ หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วย ความตระหนัก ความยินดีที่ควรรับและการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองพฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย การยินยอม ความเต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยา แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า ค่านิยม ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบ และผูกมัดค่านิยมเข้ากับตัวเอง

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยมและจัดระบบของค่านิยม

2.5 การสร้างลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value or Value Complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิดและจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดีที่สุดไปถึงน้อยที่สุด และพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนทางของการปฏิบัติ และแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกายรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกของร่างกาย รวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายต้องอาศัย พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา หรือเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้อง

อาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอนในด้านสุขภาพนั้นถือว่า พฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคล คือ เป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

ความรู้ (Knowledge)

ความรู้ มีผู้ให้ความหมายไว้ดังต่อไปนี้คือ

พจนานุกรมทางการศึกษา (Dictionary of Education) ของกู๊ด (Good. 1973 : 325) ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสม

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (The Lexicon Webster Dictionary. 1977 : 531) ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษาหรือค้นหา หรือเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคลที่ได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือจากการรายงานการรับรู้ข้อเท็จจริงต่าง ๆ เหล่านี้ต้องมีความชัดเจนและต้องอาศัยเวลา

บลูม (Bloom. 1975 : 201) นักการศึกษากล่าวว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธี และกระบวนการต่าง ๆ โดยวัตถุประสงค์ของความรู้นั้นย้าในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงการจัดระบบใหม่

ไพศาล หวังพานิช (2526 : 96) ให้ความหมายของความรู้ หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริง หรือรายละเอียดของเรื่องราวการกระทำอันเป็นประสบการณ์ของบุคคล สะสมและถ่ายทอดสืบต่อกันไป

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 16) ให้ความหมายของความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็นได้ย็นก็จำได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐานเหล่านี้ เป็นต้น

จากความหมายของผู้รู้หลายท่านพอสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง กระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการจัดระบบของข้อมูลใหม่เกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่มนุษย์ได้รับจากการศึกษาค้นคว้า การสังเกตจากประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งสะสมหรือถ่ายทอดสืบกันมาเป็นพฤติกรรมขั้นต้นเพียงแต่จำได้หรือนึกได้

เจตคติ (Attitude)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525 : 235) หมายถึง ท่าทีหรือความรู้สึกรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

เครท และครูทฟิลด์ (Krech and Cruthfield. 1948 : 152) ได้กล่าวว่า เจตคติเป็นผลรวมของกระบวนการที่ก่อให้เกิดสภาพการพอใจ อารมณ์ การยอมรับ และด้านความคิดความเข้าใจ กระบวนการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของบุคคล

สุชา จันทร์อม (2524 : 80) กล่าวว่า เจตคติโดยทั่วไป หมายถึง ความรู้สึก หรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุสิ่งของ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ความรู้สึก หรือท่าทีนี้จะเข้าไปในทำนองที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 3) ได้สรุปจากคำจำกัดความของนักทฤษฎีที่ศึกษาเรื่องเจตคติทั้งหลายว่า เจตคติเป็นความคิดเห็น มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบที่พร้อมจะมีปฏิบัติเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

จากความหมายของเจตคติดังกล่าวพอสรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง ความโน้มเอียงในการประเมินค่าของสิ่งต่าง ๆ หรือสัญลักษณ์ของสิ่งนั้นเป็นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง การประเมินจะเป็นความรู้สึกที่สามารถบอกได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และความโน้มเอียงที่จะประพฤติ อาจจะเป็นทางบวกหรือทางลบก็ได้

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Practice Behavior)

เคาน์ท์ และคริสมา (Counte and Chrisma. 1981 : 1) ได้กล่าวไว้ว่า ภาวะสุขภาพของบุคคลจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับเจตคติที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน โดยมีเจตคติมีความรู้เป็นพื้นฐานและการปฏิบัติที่ดีที่สุดเกิดขึ้นจากความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 20) กล่าวว่า การปฏิบัติ หรือพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกายและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง

จากความหมายของพฤติกรรมการปฏิบัติดังที่กล่าวไว้ข้างต้นพอสรุปได้ว่า หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของร่างกาย รวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมขั้นนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายต้องอาศัยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ เป็นส่วนประกอบ สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในด้านสุขภาพอนามัยถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี

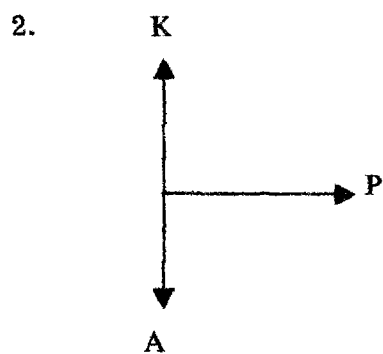
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับพฤติกรรมการปฏิบัติ

สามารถสรุปรูปแบบของความสัมพันธ์ได้เป็น 4 ลักษณะ (นิภา มนุษย์ปิจุ. 2528 : 68)

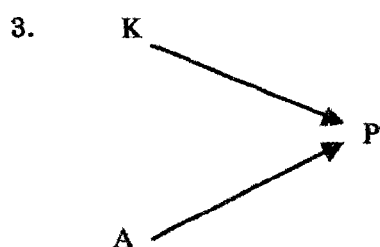
คือ



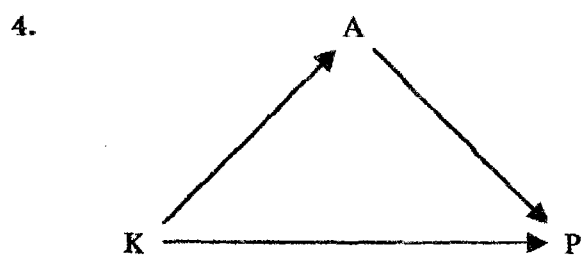
เจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติ ดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ และเจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ



ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



ความรู้ และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีเจตคติเป็นตัวกลาง การปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตามเจตคตินั้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 14) ได้สรุปความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติไว้ดังนี้ ความรู้หรือประสบการณ์เดิมของบุคคลช่วยในการเกิดเจตคติและเป็นตัวกำหนดเจตคติของบุคคล นอกจากองค์ประกอบด้านความรู้แล้ว เจตคดียังประกอบไปด้วยองค์ประกอบด้านความรู้สึกและด้านการปฏิบัติ เจตคติจะมีบทบาทในการช่วยให้บุคคลแสดงออก

ถึงค่านิยมต่าง ๆ เจตคติไม่ได้เป็นองค์ประกอบอย่างเดียวยที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ แต่เป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ก่อให้เกิดหรือเป็นที่มาของการปฏิบัติและการปฏิบัติของบุคคล จะทำให้เจตคติเปลี่ยนแปลงและเกิดเจตคติขึ้นใหม่ได้ นอกจากนั้นการปฏิบัติของบุคคลนั้นไม่ได้มีสาเหตุจากเจตคติอย่างเดียวแต่เป็นผลที่เกิดจากการครองชีพ (Norms) นิสัย (Habits) และสิ่งคาดหวังจากผลการกระทำด้วย

ในทางสุขภาพนั้น เจตคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดีได้ ซึ่งเป็นผลให้สุขภาพดีในที่สุด และเจตคติมีบทบาทสำคัญในเรื่องของการปฏิบัติ เพราะถ้าคนเรามีเจตคติที่ดีต่อความรู้ที่ได้รับจะช่วยให้เกิดการนำความรู้ไปใช้หรือปฏิบัติ เปรียบได้กับปฏิกิริยาทางเคมีของส่วนประกอบดังนี้คือ



ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้คือ

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ได้กล่าวความหมายพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 154) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมนุษย์แสดงออกในด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ

ทวีสิทธิ์ สิทธิกร (2531 : 44) ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของเด็กเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติและทักษะ โดยเน้นเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายนอกที่ครูสามารถสังเกตและวัดได้

ธนวรรณ อัมสมบุรณ์ (2532 : 38) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่น ๆ แล้วแต่กรณี ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะด้วยกันดังนี้คือ

1. ลักษณะแรก เป็นการแสดงออกที่ทำให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ
2. ลักษณะที่สอง เป็นการงดเว้น หรือแสดงออกในสิ่งที่ทำให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสองลักษณะนี้แสดงให้เห็นปรากฏในสภาพต่าง ๆ 2 สภาพด้วยกัน

2.1 เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือในรูปของความรู้ ความเข้าใจในเรื่องใดที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

2.2 เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือรูปของความรู้สึก นึกคิด ความคิดเห็น เจตคติ ความเชื่อ ความศรัทธา จิตสำนึก ความตระหนัก รวมทั้งที่กระทำที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

จากความหมายที่นักวิชาการทางสุขศึกษาได้ให้ไว้พอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลนั้น ๆ ในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัย ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเป็นผลมาจากการเรียนรู้ตามพัฒนาการของบุคคลต่าง ๆ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 75) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพออกได้เป็น 3 ชนิด ดังนี้คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับรถ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การซักถามถึงอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม การเพิกเฉย เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากยิ่งขึ้น
ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น สามารถจำแนกออกได้ในลักษณะเฉพาะ ดังนี้คือ

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองและครอบครัวดีขึ้น

2. พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการกระทำของบุคคลที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน มิให้เกิดการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อหรือไม่ติดต่อ

3. พฤติกรรมการเจ็บป่วย เป็นการกระทำของบุคคลเมื่อตนเอง หรือบุคคลอื่นในครอบครัวเจ็บป่วยขึ้นมาในแง่ของการดูแลการเจ็บป่วย หรือแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ หรือแหล่งการรักษาพยาบาลอื่นใด

4. พฤติกรรมการรักษาพยาบาล เป็นการกระทำของบุคคลตามคำแนะนำของแพทย์หรือตามข้อกำหนดของการรักษาพยาบาล เมื่อตนเองเจ็บป่วยหรือบุคคลที่ตนเองต้องดูแลรับผิดชอบเจ็บป่วย

5. พฤติกรรมการมีส่วนร่วม เป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติเพื่อให้มีผลต่อการป้องกันปัญหา หรือการแก้ไขปัญหา หรือการแก้ไขปัญหายของสาธารณสุขในชุมชน และปัญหาของส่วนรวม

6. พฤติกรรมการดูแลพึ่งพาตนเอง เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเองหรือครอบครัวในด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ในด้านการป้องกันโรคและในด้านการส่งเสริมสุขภาพตามระดับ หรือขีดความสามารถที่จะดูแลพึ่งพาตนเองได้พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินสาธารณสุขในปัจจุบัน

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ

พณีย์ สุจันงค์ (2522 : 80-82) กล่าวว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคน ได้แก่

1. กลุ่มสังคม ได้แก่ เพื่อนบ้าน เพื่อนที่โรงเรียน นอกโรงเรียน เป็นต้น
2. บุคคลที่เป็นแบบอย่าง เริ่มจากพ่อแม่ ครู พี่ หรือผู้มีชื่อเสียงในสังคมที่เป็นที่ชื่นชอบของตนเอง

3. สถานภาพ อาจเป็นสถานภาพที่สังคมกำหนดหรือหามา เช่น เพศหญิง เพศชาย ตำแหน่ง ยศ เมื่อบุคคลมีสถานภาพที่แตกต่างกัน พฤติกรรมย่อมแตกต่างกัน

4. ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ได้แก่ มีเครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น พฤติกรรมก็เปลี่ยนแปลงไป

5. กฎหมาย พฤติกรรมบางอย่างถูกควบคุมด้วยกฎหมาย เช่น ถ้าสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นการกระทำผิดกฎหมาย

6. ศาสนา ศาสนาแต่ละศาสนามีกฎเกณฑ์และข้อห้ามแตกต่างกัน คนที่นับถือศาสนาต่างกัน จึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย

7. การรับประทานอาหาร การเลี้ยงเด็ก เป็นต้น จะแตกต่างกันไปตามความเชื่อของสังคมนั้น ๆ

8. สิ่งแวดล้อม คนที่อยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่ต่างกันย่อมมีพฤติกรรมที่ต่างต่างกัน ทักษะคติ เป็นตัวแปรอีกตัวหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคน

9. การเรียนรู้ พฤติกรรมส่วนมากของคนเกิดจากการเรียนรู้ การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตตั้งแต่เล็กจนโตและตาย ได้แก่ เด็กเรียนรู้การปฏิบัติตนจากผู้ใหญ่ เป็นต้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 173-185) กล่าวว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบคือ

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ ความสนใจ ความสามารถ ความคับข้องใจ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มี

อิทธิพลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติ และในยามเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบทางด้านสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคมวัฒนธรรมและศาสนา ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยของบุคคลทั้งสิ้นดังต่อไปนี้

2.1 ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัตินั้น มีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัว ได้แก่ บางครอบครัวปลูกฝังไม่รับประทานผัก เนื้อสัตว์ หรือปลูกฝังให้ออกกำลังกาย รักษาความสะอาดของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การรักษาความสะอาดบ้านเรือน เป็นต้น ถ้าสถาบันครอบครัวช่วยส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมีค่านิยมที่ดีต่อสุขภาพ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องในด้านที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยดีแล้วจะเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศในอนาคตได้อย่างมาก

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม จะมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมคล้ายตามกันได้ เพราะเราต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม นักศึกษาจึงควรใช้กลุ่มของสังคมให้เป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติให้คนมีพฤติกรรมที่ดีตามกัน

2.3 สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันจะทำให้คนแสดงออกได้แตกต่างกัน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ย่อมจะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ส้วมดีกว่าประชาชนทั่วไป เป็นต้น

2.4 วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดวิธีการดำเนินชีวิต วิถีความคิด ความเชื่อ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมาก อิทธิพลของวัฒนธรรมส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติทางสุขภาพได้เป็นอย่างมาก ได้แก่ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บางชุมชนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยนิยมรักษาโดยทางเวทมนต์

2.5 ศาสนา ศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชน และมีผลต่อพฤติกรรมของประชาชนด้วย ยกตัวอย่าง ได้แก่ คำสอนในพุทธศาสนาที่กล่าวถึง การรับประทานแต่พอควรไม่ให้น้อยเกินไปหรืออึดเกินไป จะเห็นได้ว่าคำสอนดังกล่าว มีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะเศรษฐกิจของประชาชนที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมากเช่นเดียวกันดังตัวอย่างที่เห็นได้ชัด จากสถิติการติดเชื้อจะพบกลุ่มประชาชนที่ยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะปานกลางหรือร่ำรวย แต่ในกลุ่มที่มีฐานะดีมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังบางอย่าง ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น จากการศึกษาของ อารีย์ บุณยะตระกูล (2533 : 131) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ พบว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าจะมีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติในเรื่องการดูแลบุตรดีกว่ามารดาที่มี

ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำได้ จากการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. องค์ประกอบทางด้านการศึกษามีอิทธิพลต่อสุขภาพ ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ เพราะผู้ที่มีการศึกษาดีจะมีอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างดี อันจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าพวกที่มีการศึกษาน้อยกว่า จากการศึกษาของ มัคเลนแคม และเซเลส (ถนอมวรรณ อยู่ช้า. 2536 ; อ้างอิงมาจาก Muklenkamp and Sayles. 1986 : 336) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างประชากรผู้ใหญ่อยู่ระหว่าง 18-67 ปี ในพื้นที่ภาคตะวันตกเฉียงใต้ของอเมริกา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการกิน การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การพักผ่อน การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อยกว่า

5. องค์ประกอบทางด้านการเมือง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมการสอนสุขศึกษาที่จัดให้กับประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

6. ด้านระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งจะต้องเพียงพอและเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 141-150) คือ

6.1 ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล การปฏิบัติในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอาจจะขัดขวาง หรือเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติหรือให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้เห็นได้ชัดเจนในรายที่ผู้ป่วยจะต้องถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่อื่นหรือไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลหรือคลินิกพิเศษ การให้บริการรักษาพยาบาลที่มีเพียงพอและทั่วถึงได้ย่อมพิสูจน์ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมปฏิบัติตามการรักษาพยาบาล และพฤติกรรมป้องกันโรคลักษณะของการจัดเวลาของคลินิกมีผลต่อการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย ถ้าระยะเวลาระหว่างการมาตรวจครั้งแรกเพื่อวินิจฉัยโรคกับการนัดตรวจอีกครั้งห่างกันมากผู้ป่วยจะไปตรวจตามนัดน้อย เนื่องจากลืมวันนัดหรืออาจจะเปลี่ยนความเชื่อหรือบรรทัดฐานของผู้ป่วย นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องมารอแพทย์นานมากกว่า 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักจะไม่ว่าตามนัดในครั้งต่อไป มีองค์ประกอบอีกหลายอย่างในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และมีผลต่อการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมักจะให้เหตุผลของการ

ไม่มาตรวจตามนัดดังนี้ ทำบัตรนัดหาย สับสนไม่แน่ใจเกี่ยวกับวันนัด ทำการนัดกับแพทย์ได้ยาก ไม่สามารถจะหาคนมาดูแลลูกแทนได้ มีปัญหาเรื่องการเดินทางและปัญหาเกี่ยวกับดิน ฟ้า อากาศ

6.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษา การขาดแหล่งทรัพยากร และค่ารักษาพยาบาลไม่ใช่ปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล เมื่อบุคคลมีความเชื่อ และเจตคติ คอยสนับสนุนให้เกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติแล้ว แหล่งทรัพยากรหรือปัจจัยด้านการเงินจึงจะมีบทบาทต่อพฤติกรรม ดังนั้นการจะจัดปัญหาเรื่องการเงินจะมีผลก็ต่อเมื่อภายหลังที่บุคคลได้เกิดความพร้อมในการทำนายพฤติกรรม (Behavior Intention) แล้วเท่านั้น การให้คำแนะนำและการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ทางด้านการแพทย์ควรถามถึงความสามารถในการจ่ายค่ายามีความสามารถในการจ่ายได้มากน้อยเพียงใด การสั่งยาและการให้คำแนะนำผู้ป่วยตรงกับสภาพของโรคเพื่อได้แก้ปัญหา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง

6.3 ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งของการสั่งการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำ กล่าวคือ ถ้าจำนวนครั้งของการสั่งการรักษามีมากขึ้นการปฏิบัติตามคำแนะนำจะลดน้อยลง

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2528 : 24-26) ได้กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเราว่า เป็นลักษณะใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการดังนี้คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing Factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยมและเจตคติ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่จุดเริ่มแรกของการเรียนรู้ ซึ่งอาจได้มาจากภาวะสิ่งแวดล้อมในครอบครัว หรือจากสังคมแวดล้อมทั่วไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคลได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างพอเพียงเหมาะสมและต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและรับผิดชอบโครงการสุขภาพในโรงเรียนตามระดับความรู้ ความชำนาญ ก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้นได้โดยมีปัจจัยอื่น ๆ เป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing Factor) ได้แก่บุคคลต่าง ๆ ในครอบครัวในโรงเรียนและสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอนอบรมแนะนำชักจูงควบคุมดูแล กระตุ้น หรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างใดอย่างหนึ่งที่จะเสริมสร้างให้ทำการกระทำ หรือการปฏิบัติใน

สิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าวและกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ

พฤติกรรมต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลที่ได้เกี่ยวข้องกับเกาะกลุ่มเป็นวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นนับเป็นสิ่งที่ยากต่อการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยบุคคลที่จะได้รับสิทธิและเสรีภาพที่จะเลือกวิถีการดำเนินชีวิตของตนเองมากน้อยแตกต่างกันไป แต่ละบุคคลจะตัดสินใจทำงานที่ตนเองถนัด อาศัยอยู่ในบ้านเรือนที่ตนเองพอใจ ใช้เวลาว่างทำประโยชน์ให้ตนเอง เลือกอาหารการกินที่ชอบมีความคิดตามที่ตนเองต้องการคิด รวมถึงการพูดจาสื่อสารกับผู้อื่น ตลอดจนการบำรุงรักษาหรือดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่ตนเองอาศัยอยู่ อีสรภาพที่ได้รับเหล่านี้จะทำให้บุคคลมีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถแห่งตน หรือวิถีทางของความมั่นใจในความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะวางแผน และควบคุมพฤติกรรมของตนเองและเป็นองค์ประกอบหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิต แต่อย่างไรก็ตามแต่ละบุคคลมีอิสระภายในขอบเขตจำกัดสำหรับการเลือกตัดสินใจในเหตุการณ์สำคัญ ๆ เป็นผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองด้วยเช่นกัน

ปัจจุบันโครงสร้างของสังคมและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง เด็กและวัยรุ่นขาดคนดูแล วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม ความคิดและสติปัญญา จากความจริงที่ว่าวัยรุ่นในวันนี้คือผู้ใหญ่ในวันหน้าจะพบว่าโรคที่เกิดขึ้นในผู้ใหญ่ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ตับแข็ง ไขมันโป่งพอง เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมปฏิบัติตั้งแต่วัยรุ่นได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งถ้ามีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องตั้งแต่เด็กก็จะส่งผลต่อสุขภาพในวัยต่อไป

การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมเป็นเวลานาน นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ต้องรีบแก้ไข ปัจจุบันบุหรีมีอิทธิพลต่อชีวิตของคนเรามาก แม้ว่าบุหรีจัดเป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งแต่ก็เป็นสิ่งเสพติดที่เสพติดได้โดยไม่ผิดกฎหมาย และเป็นสิ่งที่สังคมทั่วไปยอมรับ แม้ว่าการสูบบุหรี่จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับศาสนา สังคม กฎหมาย และเป็นปัญหาทางการแพทย์และการสาธารณสุขอยู่มากมาย แต่ความรู้สึกของคนทั่วไปเห็นเป็นเรื่องปกติจึงไม่ค่อยมีคนสนใจปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่อย่างจริงจัง บุหรีจึงกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำ ซึ่งจะพบเห็นได้จากงานประเพณีต่าง ๆ หรือในงานเลี้ยงสังสรรค์ใด ๆ ก็ตาม จะต้องมีการสูบบุหรี่ควบคู่กันเสมอ พบว่า การสูบบุหรี่แพร่หลายอยู่ในสังคมทั่วไป จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทยครั้งล่าสุดโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติปีพุทธศักราช 2539 พบว่าขณะนี้ประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ทั้งสิ้น 11.2 ล้านคน (ร้อยละ 23.40) เพิ่มขึ้นจากปีพุทธศักราช 2536 จำนวน 848,270 คน เป็นเพศชาย 804,350 คน เพศหญิง 43,920 คน เฉลี่ยมีผู้สูบ

บุหรี่ปั๊ยะ 282,756 คน จำนวนผู้สูบบุหรี่อยู่ในช่วงอายุ 11-19 ปี มีจำนวน 563,700 คน ช่วงอายุ 20-24 ปี มีจำนวน 1,423,550 คน รวมจำนวนเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 24 ปี ที่สูบบุหรี่ มีจำนวน 1,987,250 คน อัตราการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นชายอายุ 15-19 ปี เพิ่มจากร้อยละ 16.50 ในปีพุทธศักราช 2536 เป็นร้อยละ 18.30 ในปีพุทธศักราช 2539 ในช่วงอายุ 25-29 ปี เพิ่มจากร้อยละ 52.60 เป็นร้อยละ 54.30 และการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง ในชายอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เป็นประจำคือ 18.4 ปี อายุเฉลี่ยที่เลิกสูบบุหรี่คือ 42 ปี และเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ปั๊ยะที่สูบต่อวันต่อคนคือ 12.2 มวน จำนวนและอัตราร้อยละของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2539)

จากข้อมูลข้างต้นพอที่จะเป็นภาพสะท้อนให้เห็นว่า การรณรงค์ในระดับนโยบายอาจจะอ่อนลง การออกกฎหมายห้ามการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะยังขาดความจริงจัง ประกอบกับการแข่งขันของบุหรี่ปั๊ยะต่างประเทศกับบุหรี่ปั๊ยะของรัฐในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งรัฐบาลไม่มีมาตรการรองรับในการให้กฎหมายห้ามจ่ายบุหรี่ปั๊ยะกับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้มีผลทางปฏิบัติจึงเป็นเหตุให้ผู้สูบบุหรี่สูงขึ้น จากการคำนวณของศาสตราจารย์นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ (2540 : ไม่มีเลขหน้า) พบว่าคนไทยเสียชีวิตเพราะบุหรี่ปั๊ยะเฉลี่ยชั่วโมงละ 5 คน ซึ่งในแต่ละปีคนไทยจะเสียชีวิตที่โรคจากการสูบบุหรี่ 42,000 คน หรือวันละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 5 คน โดยแยกเป็นโรคหัวใจ 15,876 คน โรคมะเร็งปอด 10,878 คน โรคถุงลมโป่งพอง 6,090 คน โรคเส้นเลือดตีบ 4,326 คน และโรคอื่น ๆ 4,830 คน หากรวมทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ปีละ 3 ล้านคน หรือชั่วโมงละ 360 ล้านคน

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกปัจจุบัน และเป็นสาเหตุที่สามารถหลีกเลี่ยงและป้องกันได้ ในปีพุทธศักราช 2532 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดวันปลอดบุหรี่ปั๊ยะโลกขึ้นคือ วันที่ 31 พฤษภาคม และในปีพุทธศักราช 2533 ได้เน้นหนักในเรื่องบุหรี่ปั๊ยะกับเยาวชนและได้กำหนดคำขวัญว่า เติบโตอย่างสดใส ห่างไกลจากภัยบุหรี่ปั๊ยะ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปีพุทธศักราช 2538 พบว่าประชากรโลกสูบบุหรี่ทั้งหมด 1,100 ล้านคน โดยจะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่า 3 ล้านคนต่อปี หากคำนวณออกมาอย่างละเอียดจะพบว่าในทุก ๆ หนึ่งนาทีกจะมีผู้เสียชีวิต 6 คน หรือ 1 คน ต่อ 1 วินาที นอกจากนั้น องค์การอนามัยโลกได้คำนวณต่อไปอีกว่าใน 30 ปี ข้างหน้าทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นไปอีก 10 ล้านคน หรือ 20 คน ต่อ 1 นาที (ประกิต วาทีสาธกกิจ. 2540 : 7) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายที่จะทำการรณรงค์ เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะเยาวชนได้ทราบถึงโทษและพิษภัยของบุหรี่ปั๊ยะที่เกิดขึ้นกับผู้สูบและบุคคลแวดล้อม

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่ง ที่คนเราได้ยึดถือปฏิบัติกันมาเป็นเวลานานในปัจจุบันนี้จะเห็นได้ว่า การสูบบุหรี่ได้แพร่กระจายไปทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มประชากรวัยเด็กต่าง ๆ อีกด้วย ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดเกี่ยวกับบุหรี่ปั๊ยะนี้คือ

ส่วนประกอบของบุหรี่

ประเวศ วะสี และคนอื่น ๆ (2529 : 1) ได้กล่าวไว้ว่า ในควันบุหรี่จะมีสารประกอบต่าง ๆ ได้แก่ นิโคติน (Nicotine) ทาร์ (Tar) คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbonmonoxide) ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen Cyanide) ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogendioxide) แอมโมเนีย (Ammonia) สารกัมมันตภาพรังสี และแร่ธาตุอื่น ๆ ได้แก่ โปแตสเซียม โซเดียม แคลเซียม ทองแดง นิเกิล และโครเมียม เป็นต้น

อันตรายของการสูบบุหรี่

จันโททัย กลีบเมฆ (2528 : 18-19) ได้กล่าวถึงอันตรายและโทษของการสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพดังนี้

1. อวัยวะรับความรู้สึก การได้ยิน การเห็น การรับรู้ การสัมผัส การรู้กลิ่น ตลอดจนการทรงตัวจะเสื่อมไปเมื่อเทียบกับคนปกติ
2. ระบบประสาท ทำให้ความจำเสื่อม ความว่องไวน้อยลง และอาจทำให้ชัก และเป็นอัมพาตได้
3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด การหายใจเอาควันบุหรี่เข้าไปบ่อย ๆ จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น อาจทำให้เป็นอัมพาตของประสาทที่ควบคุมการทำงานของหัวใจ ถ้าคนเป็นโรคหัวใจอยู่แล้วและสูบบุหรี่จัดจะมีอันตรายถึงชีวิตได้ นอกจากนี้ยังทำให้ระดับน้ำตาลและระดับไขมันในเลือดสูงมีการบีบเกร็งของเส้นเลือดและเกิดการตีบตัน ทำให้ร่างกายบางส่วนได้รับเลือดไม่เพียงพอ เกิดเป็นอัมพาตจากการอุดตันของเส้นเลือดได้
4. ปอดและระบบหายใจ สารพิษในควันบุหรี่จะทำให้เกิดความร้อนและระคายเคืองตั้งแต่ริมฝีปาก ลำคอ หลอดลม จนถึงปอด และไปทำลายซีเลียหรือขนอ่อนที่อยู่ตามเซลล์ทางเดินหายใจ ทำให้ผู้สูบบุหรี่เสี่ยงแสบ ไอเรื้อรัง และเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคติดเชื้อ โรควัณโรค มะเร็งปอด
5. ระบบย่อยอาหาร การสูบบุหรี่ทำให้การย่อยอาหารน้อยลง บางคนมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กระเพาะอาหารและทำให้บีบตัวมากขึ้น ระบบการย่อยอาหารผิดปกติ
6. ระบบสืบพันธุ์ ในสัตว์ทดลองที่ฉีดนิโคตินเข้าไปพบว่า ทำให้การสร้างเชื้อเพศชายน้อยลง ลูกอ้วนทะเล็ก ในเพศหญิงทำให้รังไข่เล็กลง ผลิตไข่น้อยมาก

สาเหตุของการสูบบุหรี่

ทองหล่อ เดชไทย (2527 : 37-40) ได้กล่าวถึงสาเหตุของการสูบบุหรี่ไว้ดังนี้

1. เพื่อการกระตุ้น (Stimulation) บุคคลจะใช้นิโคติน เพื่อกระตุ้นให้สามารถทำงานอย่างกระฉับกระเฉง ไม่เฉื่อยชา หรือช่วยให้สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เหนื่อยง่าย หรืออ่อนเพลีย
2. เพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว (Handling) เนื่องจาก บางคนชอบดูดควันบุหรี่ที่ลอยขึ้นไป

ในอากาศ หรือชอบสูบบุหรี่ นอกจากนั้นยังพอใจในความเกี่ยวข้องกันระหว่างปากและมือขณะสูบบุหรี่อีกด้วย ประเภทนี้ไม่ชอบปล่อยให้มือว่างเปล่า หรือขาดการเคลื่อนไหวเพราะอาจทำให้เกิดการประหม่า ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง โดยปกติบุคคลประเภทนี้จะเป็นคนที่มักจะติดกับกิจกรรมทางสังคมที่ไม่คุ้นเคย จึงจำเป็นต้องใช้บุหรี่เป็นเครื่องนำทางหรือยึดเหนี่ยว เพื่อกดหรือปิดบังความรู้สึกที่ตื่นเต้นต่อสถานการณ์ต่าง ๆ

3. เพื่อผ่อนคลาย (Relaxation) บุคคลที่สูบบุหรี่ เพื่อการผ่อนคลายนี้เป็นเหยื่อของการแสดงพฤติกรรมที่มาจากการสร้างสถานการณ์ขึ้น เพราะมีความเชื่อว่าบุหรี่สามารถผ่อนคลายได้ เนื่องจากบุคคลสูบบุหรี่ในช่วงเวลาที่บุคคลนั้นสบายใจ ได้แก่ ภายหลังจากรับประทานอาหาร ตามความจริงแล้วสิ่งที่ทำให้เกิดทำให้สบายใจ หรือผ่อนคลายหลังจากรับประทานอาหารนั้นเกิดจากกระบวนการย่อยอาหารต่างหากไม่ใช่การสูบบุหรี่ เพราะหลังจากรับประทานอาหารแล้ว ประการแรกความอืดที่เนื่องจากอาหารเข้าไปอยู่ในกระเพาะอาหารเต็มทำให้เกิดความพอใจบวกกับผลที่เกิดจากการย่อยอาหาร อาจทำให้รู้สึกง่วงและต้องการพักผ่อน ฉะนั้นถ้าสูบบุหรี่ในช่วงนี้จึงรู้สึกว่าบุหรี่เป็นสิ่งที่ช่วยผ่อนคลายได้

4. เพื่อการระบายน (Crutch) บุคคลบางคนจะสูบบุหรี่ เพื่อลดหรือขจัดความรู้สึกทางลบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะมีความเครียดหรือไม่สบายใจ ในกรณีนี้เป็นการใช้บุหรี่เพื่อการระบายนอารมณ์ถึงเครียดเช่นเดียวกับยาแก้ลมประสาท จะพบได้ในบางคนที่ยาจะแก้ปัญหาล้วนตัวที่หนักอกบางอย่างด้วยบุหรี่

5. ความอยาก (Craving) ปกติสารที่รู้จักกันในนามของนิโคติน พบในใบยาสูบนั้นจะสามารถทำให้เกิดผลเช่นเดียวกับยาเสพติดอื่น ๆ คือ อาจทำให้มีอาการที่ไม่พึงปรารถนาอันเนื่องมาจากการหยุดหรือเลิกใช้ เพราะนิโคตินที่สะสมอยู่ในร่างกายจะทำให้เกิดความต้องการหรือความอยากในการสูบบุหรี่อยู่เรื่อย ๆ

6. นิสัย (Habit) สำหรับกรณีนี้เป็นประเภทที่บุคคลจุดบุหรี่อย่างลึ้มตัว ซึ่งเป็นการกระทำที่เรียกว่า นิสัย บางครั้งอาจจุดบุหรีมวนใหม่ทั้ง ๆ ที่มวนเก่ากำลังวางอยู่ในที่เขี่ยบุหรี ทั้งนี้เพราะบุคคลเกิดความเคยชินกับการได้ใช้ริมฝีปากสัมผัสกับบุหรีอยู่ตลอดเวลา อาจเกิด 30 ครั้งใน 1 ชั่วโมง หรือประมาณ 300-400 ครั้งต่อวัน และเหตุนี้เองทำให้การสูบบุหรีกลายเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันที่ต้องกระทำร่วมกับกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ขณะใช้ความคิด หรือ ขณะดื่มกาแฟ เป็นต้น

พัทธน์ สุจางค์ (2529 : 39) ได้ศึกษาถึงสาเหตุของการสูบบุหรีไว้ว่า จากการไต่ถามผู้ป่วยที่สูบบุหรีจำนวน 500 ราย พบว่า สูบบุหรีมาตั้งแต่เป็นเด็กนักเรียนอายุ 12-20 ปี มีมากเกินร้อยละ 50 รองลงมาเริ่มสูบในวัยหนุ่มอายุ 20-30 ปี และเมื่อเป็นผู้ใหญ่แล้วอายุเลย 30 ปี ถ้ายังไม่เคยสูบก็จะไม่สนใจที่จะสูบ และได้ศึกษาต่อไปพบว่า

สาเหตุที่เด็กวัยรุ่นติดบุหรี เพราะ

1. ตามเพื่อน อยากเข้าสังคมกับเพื่อน

2. อยากลอง เพราะอยากรู้ อยากเห็น

3. สภาพแวดล้อมเป็นเหตุ เช่น อยู่ในหมู่บ้านที่พ่อแม่ หรือญาติสูบบุหรี่ให้เห็น ทุกวันอยู่โรงเรียนครูก็สูบบุหรี่ให้เห็น อยากลองเพราะผู้ใหญ่ห้าม แต่ผู้ใหญ่ทำเสียเอง

สาเหตุที่ผู้ใหญ่สูบบุหรี่ เพราะ

1. ฆ่าเวลา

2. เพื่อเข้าสังคม

3. เพื่อลดความเครียด หรือผ่อนคลาย

ในบรรดาสิ่งเสพติดทั้งหมด บุหรี่จะเป็นสิ่งแรกที่เด็กวัยรุ่นเสพติด และเป็นสาเหตุนำไปสู่ยาเสพติดชนิดอื่นที่ร้ายแรงกว่า จะเห็นได้ว่าบุหรี่มีอำนาจการเสพติดสูงเทียบเท่ากับเฮโรอีน เลิกยากเท่า ๆ กับเฮโรอีน จากการกล่าวของ ซินเดอร์ (อรทัย ลิ้มตระกูล, 2534 : 14 ; อ้างอิงมาจาก Synder. 1989 : 43-45) ได้อธิบายพัฒนาการที่นำมาสู่พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล ในแง่ของจิตวิทยาสังคม มี 5 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาก่อนการสูบ ได้แก่ ทัศนคติทางบวกต่อการสูบบุหรี่ การดูตัวแบบ จากบุคคลรอบข้าง การดูแบบอย่างเป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ตามตัวแบบที่เป็นบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลที่มีบทบาทในสังคม เช่น พ่อแม่ ครู ดารา และผู้นำสังคม เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การเริ่มสูบบุหรี่ มีปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม ที่นำไปสู่การทดลองสูบ ได้แก่ ความกดดัน และแรงเสริมจากกลุ่มเพื่อน การหาซื้อได้ง่าย ความอยากรู้อยากลอง ความต้องการฝ่าฝืนข้อห้ามของผู้ใหญ่ และการที่คิดว่าพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ เป็นสัญลักษณ์ของความเป็นอิสระและความเป็นผู้ใหญ่

ขั้นตอนที่ 3 นิสัยการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม และปัจจัยทางด้านร่างกายที่นำไปสู่นิสัยการสูบบุหรี่ ได้แก่ ความต้องการนิโคตินของร่างกาย ความต้องการทางด้านอารมณ์ สิ่งแวดล้อม และแรงเสริมจากเพื่อน

ขั้นตอนที่ 4 การหยุดสูบบุหรี่ มีปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม และปัจจัยทางด้านร่างกายที่ชี้แนะพยายามให้หยุดพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ คือ สาเหตุที่เกี่ยวข้องการสุขภาพ แรงสนับสนุนจากสังคม รวมทั้งการบังคับจิตใจของตนเองให้สูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 5 การสูบบุหรี่ต่อไป ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม และปัจจัยทางด้านร่างกาย ที่ทำให้การสูบบุหรี่ต่อไป หลังจากที่มีพฤติกรรมกรรมการหยุดสูบ ในขั้นตอนที่ 4 หรืออาจจะข้ามขั้นตอนที่ 4 มาเลยก็ได้ ได้แก่ อาการถอนฤทธิ์ยาจากนิโคติน ความเครียด และผลทางลบของการหยุดสูบบุหรี่ ความกดดันทางสังคม และการควบคุมนิสัยตนเองไม่ได้

ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1-5 ใช้เวลารวมประมาณ 2-3 ปี คนจะมีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่อย่างถาวร

โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

โรคต่าง ๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่มักเป็นโรคไม่ติดต่อ บุหรี่เป็นเพียงตัวการสำคัญที่ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงความต้านทานโรคต่ำ จึงทำให้เกิดการติดเชื้อโรคได้ง่ายขึ้น บุหรี่ทำให้เกิดผลเสียต่าง ๆ ของร่างกายได้ เช่น หัวใจ ปอด หลอดเลือด และอวัยวะอื่น ๆ โรคที่พบว่าเกิดจากการสูบบุหรี่มีดังนี้

1. โรคมะเร็ง ปรากฏว่าโรคมะเร็งบางชนิดพบในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่สูบบุหรี่จะตายเร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สารนิโคตินและสารอื่น ๆ ในบุหรี่เมื่อเข้าไปในปอด จะซึมและแพร่กระจายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและทางกระแสเลือด และระบบน้ำเหลือง ทำให้เกิดมะเร็งตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายดังนี้คือ

1.1 มะเร็งปอด พบว่าเป็นกับผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เพราะขณะที่สูบบุหรี่เข้าไปนั้นเท่ากับสูบควันเข้าปอดเข้าไปลึก ๆ และควันก็จะเข้าสู่ส่วนลึกที่สุดของปอด ในควันบุหรือนิโคตินและทาร์ซึ่งจะเข้าไปในถุงลมปอด ถ้าบุคคลยังคงสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อย ๆ ช่องทางเดินของทางเดินหายใจจะถูกเคลือบหนาขึ้น เยื่อหลอดลมมีขนละเอียดเล็ก ๆ ที่ทำหน้าที่ปิดฝุ่นละอองต่าง ๆ ที่ปนเข้าไปกับลมหายใจไม่ให้เข้าปอด จะถูกทาร์ซึ่งเป็นน้ำมันเหนียวเกาะจนแข็งจนทำหน้าที่อีกไม่ได้ควันบุหรี่ยังจะเข้าไปถึงปอด ผู้เชี่ยวชาญทางโรคมะเร็งได้กล่าวยืนยันว่าร้อยละ 90 นอกจากนั้นพบว่าอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งในปอดในคนที่สูบบุหรี่จะสูงกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 10 เท่า (พัฒน์ สุจำนงค์, 2529 : 39)

1.2 มะเร็งที่ลำคอ เกิดจากการระคายเคืองอันเนื่องจากสารเคมีในควันบุหรี่ยังอาจทำให้สายเสียงเสียไปตลอดชีวิต หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องหัดพูดใหม่ โดยอาศัยการผ่านเข้าออกของอากาศ หรือชั้นเริ่มแรกอาจทำให้เกิดหลอดลมอักเสบหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มักเกิดจากการสูบบุหรี่จัดเกินไปเป็นเวลานาน ๆ ควันบุหรี่ยังทำให้ทางเดินของลมหายใจและหลอดลมเกิดการระคายเคือง มีอาการไอ และอักเสบ

1.3 มะเร็งที่กระเพาะอาหาร เริ่มแรกจะเป็นแผลในกระเพาะ โดยบุหรี่ยังทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้หดตัว หรือบีบตัวช้ากว่าปกติ ผู้ติดบุหรี่ยังจะไม่ค่อยหิวและทำให้รับประทานอาหารน้อยลง และยังทำให้รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา การเกิดแผลในกระเพาะอาหารเรื้อรังทำให้กลายเป็นมะเร็งได้

2. โรคถุงลมโป่งพอง พบมากในผู้สูบบุหรี่ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เซลล์ตามผนังช่องทางเดินหายใจ เมื่อมีอายุมากขึ้น จากควันบุหรี่ยังไปเกาะตามขนที่เยื่อหลอดลมและเซลล์ผนังของทางเดินหายใจแล้ว จะมีเซลล์เจริญเพิ่มขึ้นเมื่อเซลล์เหล่านี้เจริญมากขึ้น ก็จะไปอุดช่องเล็ก ๆ ในปอด ทำให้ปอดไม่สามารถบีบตัวขับเอาก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากปอดได้หมด เมื่อหายใจออกแต่ละครั้งจะมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ปนอยู่มากขึ้น ถุงลมก็จะโตขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้การยืดหยุ่นของถุงลมเสียไป ไม่สามารถบีบตัวเอาอากาศออกได้ขณะหายใจดี อ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง การงดสูบบุหรี่จะช่วยทำให้ปอดค่อย ๆ กลับทำหน้าที่ได้อีกครั้ง

แต่ถูกลมที่เสียความยืดหยุ่นหรือแตกไปแล้วจะไม่คืนสู่สภาพเดิมได้ และผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคนี้ถึง 20 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

3. โรคหัวใจ เป็นอีกโรคหนึ่งที่เกิดกับผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สารนิโคตินและสารเคมีอื่น ๆ ที่มีอยู่ในบุหรี่มีส่วนช่วยให้ไขมันไปจับตามผนังหลอดเลือดแดง และเพิ่มปริมาณมาก นอกจากนี้มีนิโคตินทำให้หลอดเลือดแดงเหี่ยวแห้งอีกด้วย สาเหตุเหล่านี้ทำให้หลอดเลือดแดงนั้นแคบลงไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยง หัวใจ สมอง แขน ขา และอวัยวะอื่น ๆ ได้เพียงพอ เมื่อเป็นเช่นนี้นานมากขึ้นเนื้อเยื่อของอวัยวะที่มีเลือดไปเลี้ยงไม่พอก็ถูกทำลายเสียไป ถ้าหากมีก้อนเลือดแข็งขนาดเล็ก ๆ หลุดมาจากผนังหลอดเลือดมาในหลอดเลือดที่ไม่สมบูรณ์ก่อนเลือดนี้ก็อาจจะไปอุดตันทางเดินของเลือดบริเวณนั้น ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงโดยฉับพลัน เป็นเหตุให้เกิดอาการของโรคหัวใจวายได้อย่างกะทันหัน และเกิดอัมพาตขึ้นได้

การที่สมองจะทำงานได้อย่างสมบูรณ์จะต้องมีเลือด ที่จะนำออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ เมื่อหลอดเลือดแดงแคบลงหรือมีการอุดตัน ก็จะทำให้สมองที่ไม่ได้รับเลือดไปเลี้ยงต้องถูกทำลายไป บุคคลนั้นอาจหมดสติหรือเป็นอัมพาตไป ทุกปีจะมีผู้ตายด้วยโรคอัมพาตหรือเป็นลมหมดสติเป็นจำนวนมาก

การสะสมของโคเลสเตอรอลในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง สามารถทำให้สมองเสื่อมลงได้เช่นเดียวกัน เพราะเมื่อมีไขมันไปเกาะอยู่ตามผนังหลอดเลือดมากเลือดที่ไปเลี้ยงสมองก็น้อยทำให้สมองเสื่อม ดังนั้นการรับประทานอาหารที่มีไขมันมากเกินไปหรือการสูบบุหรี่ล้วนแต่เป็นการส่งเสริมทำให้เกิดการสะสมของโคเลสเตอรอล การป้องกันแก้ไขนอกจากการลดอาหารไขมันแล้วยังจำเป็นต้องงดการสูบบุหรี่ด้วย

4. โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ทำให้ลำไส้เกิดการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ จึงทำให้เกิดการถ่ายอุจจาระบ่อย ๆ ในบางรายเกิดอาการไม่ย่อย ท้องผูก และปวดท้อง เนื่องจากการอักเสบของลำไส้ใหญ่ จากการศึกษาผู้ที่สูบบุหรี่มัก พบว่า เป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่และทำให้บางรายเบื่ออาหาร เนื่องจากการสร้างกรดน้ำย่อยน้อยลงและทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

5. โรคระบบขับถ่ายปัสสาวะ ได้กล่าวแล้วว่า การที่หลอดเลือดทั่วปัสสาวะและแคบลง เพราะการจับของโคเลสเตอรอล อาจจะทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงเซลล์ทำหน้าที่กลั่นกรองปัสสาวะไม่พอทำให้เซลล์นั้นอักเสบหรือตายขึ้นได้

6. โรคเกี่ยวกับระบบหายใจ ในรายที่สูบบุหรี่เป็นประจำเวลานาน ๆ จะเกิดความเสี่ยงต่อระบบทางเดินหายใจเกิดอาการไออยู่เสมอ เนื่องจากควันบุหรี่ไปกระตุ้นเยื่อผนังหลอดลม บางรายอาจเป็นวัณโรคหรือโรคเกี่ยวกับหลอดลมได้

7. โรคปรีทนต์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอักเสบของเหงือก การทำลายกระดูกรอบฟัน และฟันหลุด ซึ่งพบในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

พฤติกรรมการสูบบุหรี่กับโรคหัวใจและหลอดเลือด

พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ ในการศึกษาระบาดวิทยาของหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerosis) พบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงของหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากเมื่อบุหรี่ยูถูกเผาผลาญจะได้สารประกอบ ดังต่อไปนี้คือ นิโคติน ทาร์ คาร์บอนไดออกไซด์ เป็นต้น (รวิวรรณ ยศวัฒน์. 2535 : 14)

โดยเฉพาะนิโคตินในบุหรี่ยะจับอยู่ที่ริมฝีปาก และปอด มีบางส่วนที่ดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิดอันตรายต่อเอ็นโดทีเลียมภายในหลอดเลือด ทำให้สารอื่น ๆ รวมทั้งโคเลสเตอรอลและไขมันแทรกตัวเข้าไปในเอ็นโดทีเลียม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว กระตุ้นให้ระดับแคททีโคลามีนในซีรัมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เพิ่มการหลั่งของอิพิเนฟรินกับนอร์อิพิเนฟริน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจผิดจังหวะและเร็วขึ้น เพิ่มความดันโลหิตและการใช้ออกซิเจน ส่วนคาร์บอนมอนนอกไซด์จะลดความสามารถของเลือดในการขนส่งออกซิเจน ผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 มวนต่อวันขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจถึง 6.5 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (สมชาติ โลจายะ. 2536 : 21) จากการศึกษา พบว่า การสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูงอายุชาวอเมริกันและชาวญี่ปุ่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น เพศชายมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะผู้สูงอายุผู้ชายที่ยังสูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่า (Benfant and Reed. 1991 : 897-899)

วิธีหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ มีวิธีการปฏิบัติดังนี้

1. ศึกษาถึงโทษของการสูบบุหรี่ในด้านต่าง ๆ เช่น การทำลายสุขภาพ การทำลายบุคลิกภาพ และการใช้จ่ายเงินโดยไม่จำเป็น เป็นต้น เพื่อให้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้ทราบถึงผลเสียที่ได้จากการสูบบุหรี่ และมีเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่
2. ไม่ดื่กคะนองหรืออยากทดลองสูบรวมทั้งให้ปฏิเสธการชักชวนจากเพื่อน เพราะการสูบบุหรี่ไม่มีผลดีเลย
3. เมื่อประสาทเคร่งเครียด หรือจิตใจมีความกังวล ไม่ควรสูบเพื่อคลายเครียด ควรหาโอกาสพักผ่อน หรือทำงานให้เกิดความเพลิดเพลินจะดีที่สุด
4. ไม่เชื่อคำโฆษณาชักชวน หรือการคำของผู้อื่นว่าสูบบุหรี่
5. ไม่ซื้อหรือรับแจกบุหรี่มาเก็บไว้ แม้ว่าตั้งใจจะไม่สูบก็ตามแต่ถ้ามีไว้แล้วอาจทำให้ใจไขว่เขวไปทดลองสูบได้

วิธีเลิกสูบบุหรี่

ผู้ที่สูบบุหรี่ จะเลิกสูบบุหรี่สามารถทำได้ไม่ยาก หากมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ หรืองดสูบบุหรี่อย่างแน่วแน่ เพราะการเลิกสูบบุหรี่จะสำเร็จได้นั้น ขึ้นอยู่กับกำลังใจของผู้สูบเป็นสำคัญ วิธีการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่นั้น สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1. นำบุหรี่ยี่ที่เหลืออยู่ไปทิ้งให้หมด

2. พยายามดื่มน้ำมาก ๆ ควรดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว เพื่อให้ น้ำช่วยขับสาร นิโคตินที่ตกค้างอยู่ในร่างกายระบายออกมาทางปัสสาวะ เมื่อนิโคตินที่มีอยู่ในร่างกายลดลง ความอยากสูบบุหรี่จะลดลงด้วย โดยปกติถ้าดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว ดังกล่าวจะสามารถระบาย นิโคตินที่ตกค้างในร่างกายได้หมดใน 2-4 วัน

3. เมื่อรู้สึกง่วง หรือหงุดหงิดจากการอดบุหรี่ควรไปอาบน้ำ โดยอาบน้ำให้นาน ประมาณ 15-20 นาที และใช้ผ้าชุบน้ำเย็นเช็ดตัวให้แห้งให้ออกให้เป็นสีชมพูเรื่อ ๆ เพื่อให้ เลือดไหลเวียนดีขึ้นจะทำให้สดชื่นขึ้น

4. รับประทานอาหารให้เป็นเวลาไม่ควรรับประทานอาหารจุกจิกมาก ควรรับประทานอาหาร ผลไม้และผักสดที่มีวิตามินบี 1 และวิตามินบีรวมมาก ๆ งดอาหารรสจัด และเมื่อรับประทานอาหาร อิ่มแล้วควรลุกออกไปเดินเล่นเปลี่ยนอิริยาบถ

5. งดดื่ม กาแฟ น้ำชา น้ำอัดลม เหล้า รวมทั้งไม่ดื่มหรือรับประทานยาประเภท ระงับประสาท หรือยากระตุ้นประสาท

6. พยายามออกกำลังกายให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า และสดชื่น และพักผ่อน นอนหลับให้เพียงพอ

ในระหว่างการปฏิบัติที่พยายามจะงดบุหรี่นั้น ในวันที่ 2-3 อาการที่อยากสูบบุหรี่ อาจมีมากขึ้นและอาจมีอาการอ่อนเพลียและปวดศีรษะ ในช่วงเวลาที่สำคัญมากต้องพยายามชนะใจตนเองที่จะไม่สูบบุหรี่เด็ดขาด เมื่อผ่านช่วงนี้ไปแล้วอาการทุกอย่างก็จะดีขึ้นและจะงดบุหรี่ได้ ในที่สุด ซึ่งหลังจากการงดบุหรี่ได้เพียง 2 สัปดาห์เท่านั้น จะรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองดีขึ้น อย่างเห็นได้ชัด อาการไอหายไป กลืนปากและลมหายใจดีขึ้น มีพลังกำลังมากขึ้น รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า

อีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตและมีอิทธิพลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง คือ การสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับความรักความเอาใจใส่ ดูแล การยอมรับ การช่วยเหลือด้านการเงิน การมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัว สังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ต่อเนื่องและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มี ภาวะไขมันในเลือดสูง มีพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสมได้ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่าง ๆ เช่นเดียวกันกับวัยรุ่น และที่สำคัญ จะเกิดความเสื่อมโทรมของสุขภาพร่างกาย ต้องวางมือจากการทำงาน การจำกัดความสามารถ ในการทำกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงของรายได้และการเจ็บป่วยด้วยโรค จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งตรงกับแนวคิดของ โอเรม (Orem, 1991 : 175) ที่กล่าวถึง สมาชิกในครอบครัวเป็น บุคคลที่ต้องดูแลสมาชิกผู้พึ่งพา

การสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากบุคคลในครอบครัว และเป็นปรากฏการณ์แสดงถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคลว่า สถาบันที่บุคคลที่จะเกี่ยวข้องกับด้วยอันดับแรกคือ สถาบันครอบครัวที่สามารถให้การดูแลรักษา ให้การสนับสนุนทางด้านสังคม อารมณ์และจิตใจ และเศรษฐกิจได้ดีกว่าสถาบันอื่นและมีความสำคัญใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อนเพียงแค่ว่าความรักความเข้าใจที่มีให้แก่กันจะทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและมารับบริการการรักษาอย่างสม่ำเสมอ สนใจที่จะปฏิบัติตาม หรือรับประทานยาที่แพทย์สั่งทำให้อาการของโรคดีขึ้นและมีชีวิตอยู่ได้อีกนานขึ้น แนวคิดด้านจิตวิทยาสังคมกล่าวไว้ว่า การที่พฤติกรรมของคนจะเกิดขึ้นเปลี่ยนแปลงหรือคงรูปอยู่ได้นั้นจะได้รับอิทธิพลจากคนอื่น โดยอาจจะเป็นคนเดียวหรือหลายคนก็ได้ มีผู้สนใจเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้มาก โดยแต่ละคนได้ให้ความหมายของคำว่า การสนับสนุนทางสังคมดังนี้

คอบบี (Cobb. 1976 : 300-301) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจว่ามีบุคคลคอยให้การดูแลเอาใจใส่ มีคนให้ความรักให้การยกย่องนับถือ มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เฮาส์ (Tilden. 1985 ; citing House. 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน อาหาร ให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) กล่าวว่า การสนับสนุนจากสังคม หมายถึง ความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยกย่อง การได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มคนในระบบสังคมนั้นเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ จะทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้เหมาะสม โดยไม่รวมถึงการที่บุคคลจะทำสิ่งหนึ่งเพื่อบุคคลอื่น

จากการสนับสนุนทางสังคมสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทำให้บุคคลรู้สึกได้รับความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ การยอมรับนับถือ การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนการได้รับวัตถุสิ่งของ คำแนะนำ ข่าวสาร จะทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม แหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แหล่งการสนับสนุนที่เกิดจากกลุ่มบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ได้มีผู้ศึกษาและได้แบ่งแหล่งสนับสนุนที่เกิดจากกลุ่มบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งได้มีผู้ศึกษาและได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้คล้ายคลึงกัน คือ

อุบล นิวัติชัย (2527 : 285) ได้อ้างถึงแนวคิดของ เคเพลน (Kaplan) ในการจำแนกกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก กับอีกประเภทหนึ่ง คือ ครอบครัวใกล้ชิด (Kintth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย

2. องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized Support) ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคม ไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือวิชาชีพ (Professional Health Care Workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 393-396) ได้แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบคือ

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (Nature Support System) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งที่สำคัญมากที่สุด ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอันจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญในเรื่องที่จะค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดตั้งชักจูงผู้ป่วยได้โดยง่าย เป็นเหตุให้บุคคลซึ่งประสบความสำเร็จ และสามารถปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิต

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ (Religious Organizations or Deomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระ นักบวช กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม

4. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professional Support System) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแห่งแรกๆ ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย มีความสำคัญต่อเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Organized Directed by Health Professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาศาสตร์ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Health Group) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต ได้แก่ ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

ฟิลลิป (Phillips. 1991 : 534-536) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับเล็กที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล การสนับสนุนทาง

สังคมในระดับที่สองคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่ใหญ่ที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Suprasystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน

จากแนวคิดเกี่ยวกับความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความต้องการจำเป็นพื้นฐานที่บุคคลต้องการและได้รับการติดต่อจากบุคคลอื่น ๆ นั้น ได้มีผู้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดดังกล่าวไว้ คล้ายคลึงกันหลายท่านดังนี้

เฮาส์ (Tilden. 1985 ; citing House. 1981) ได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมไว้ 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง ให้ความความนับถือ ผูกพัน ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ การรับฟัง
2. การสนับสนุนด้านวัตถุ (Instrument Support) หมายถึง ให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของจำเป็น ได้แก่ เงิน สิ่งของ และแรงงาน
3. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การได้รับข้อมูลป้อนกลับ ช่วยให้บุคคลสามารถนำไปประเมินตนเองโดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม
4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การได้ข้อเท็จจริง รายละเอียด ข้อเสนอแนะ สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าเขาได้รับความรัก การเอาใจใส่ดูแล การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่ามีความเห็นคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ไวส์ (Weiss. 1974 : 17-26) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 5 ด้านคือ

1. การได้รับความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) โดยความรักใคร่ความผูกพันทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นมั่นคงมีความรักและความเอาใจใส่ ช่วยให้บุคคลไม่รู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว ส่วนใหญ่จะได้จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนสนิท
2. การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดเห็น มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคมและรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต
3. การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) เป็นการที่บุคคลได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข จะทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีความหมายเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นได้ ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าไร้ค่า

4. การได้รับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of Worth) คือ การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และการชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาทในสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าบุคคลได้รับการส่งเสริมจะทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า

5. การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (The Obtaining of Guidance/ Assistance) อาจเป็นการช่วยเหลือในด้านการแนะนำชี้แนะ ให้กำลังใจในการแก้ปัญหาช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ หรือแรงงาน ถ้าขาดการสนับสนุนจะทำให้บุคคลท้อแท้และผิดหวัง

จากชนิดของแรงกระตุ้นทางสังคมที่ได้กล่าวถึง จะเห็นว่าครอบคลุมด้านการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านอารมณ์ การตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านสังคม และการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านร่างกาย

การสนับสนุนทางสังคม เป็นกลไกสำคัญที่สามารถป้องกันบุคคลให้ปลอดภัยจากผลร้ายหรือความรุนแรงของความเครียด และทำให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งช่วยป้องกันความผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจด้วย นอธเฮวี่ (Northouse. 1988 : 91) ได้สรุปการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีกลไกการช่วยลดความเครียดโดยช่วยให้บุคคลเผชิญความเครียดได้ดี และช่วยลดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อภาวะเครียดให้น้อยลง สอดคล้องกับ เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 398) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมด้วยการช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตของแต่ละคน และการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลมีวิจารณญาณหรือเลือกใช้กลยุทธ์ในการปรับตัวเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น

นักวิจัยหลายท่านได้ให้ความเห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่ได้มีบทบาทช่วยแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยตรง แต่การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเป็นกันชน (Buffer) หรือช่วยป้องกันบุคคลจากผลร้ายหรือความร้ายแรงจากความเครียด คอบบ์ (วรภรณ์ นาครัตน์. 2533 : 45 ; อ้างอิงมาจาก Cobb. 1984 : 2553) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยกระตุ้นให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ นอกจากนี้การรู้สึกผูกพันกับบุคคลที่เราเรายังมีส่วนกระตุ้นและเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือต่อการรักษาด้วย

จากการศึกษาของ เซาเธอร์แลนด์ และเมอร์ฟี (Sutherland and Murphy. 1995 : 31-38) ที่ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือ ผู้สูงอายุที่สุขภาพดีซึ่งมารับบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพ กลุ่มที่สองคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ระหว่างการรักษาด้านสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพจิตจำนวนกลุ่มละ 18 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมตรงกัน ได้แก่ อันดับหนึ่งคือการสนับสนุนด้านความรักและการยอมรับ อันดับสองคือการสนับสนุนด้านการเงิน และอันดับสามคือการสนับสนุนด้านกำลังใจและเห็นด้วยในการกระทำต่าง ๆ โดยระบุแหล่งที่ตรงกันมากที่สุดทั้ง 2 กลุ่มคือ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และพระ สอดคล้องกับการศึกษาของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2537 : 60) ซึ่งได้

สำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ไม่ได้อยู่คนเดียว ในเครือเรือน อยู่กับบุตร คู่สมรส และญาติ และร้อยละ 90 รู้สึกมีความสุขอบอุ่น และสบายที่อยู่กับบุตร และสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี ธรรมลิขิตกุล (2526) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ จากแผนกสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 86 อาศัยอยู่กับครอบครัว และร้อยละ 80 ต้องการลูก ๆ ไว้เป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วยเป็นผู้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาหรือความวิตกกังวล รวมทั้งเป็นที่ช่วยเหลือด้านเงินทอง

อาจกล่าวได้ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่ได้รับจากครอบครัวเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมีความต้องการอย่างมาก ส่งผลต่อการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

การสนับสนุนจากครอบครัวขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการ คือ ลักษณะของครอบครัว (Family Characteristic) และลักษณะปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว (Interactional Characteristic) โดยลักษณะของครอบครัวสามารถพิจารณาได้จาก จำนวนสมาชิกในครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ความยืดหยุ่นของโครงสร้างของครอบครัว พื้นฐานความสัมพันธ์ของครอบครัว ส่วนลักษณะปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการและแนวทางการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ความถี่ของปฏิสัมพันธ์ คุณภาพของข่าวสารที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำ และการตอบสนองที่บุคคลในครอบครัวอาจได้รับจากเครือข่ายทางสังคมของครอบครัว คุณภาพและความเชื่อถือได้ของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว และระหว่างบุคคลในครอบครัวกับเครือข่ายสังคมของครอบครัว (Kane, 1988 : 18 - 24)

สุธีรา นัยจันทร์ (2530 : 21) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุควรประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวร่วมกัน การมีสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการดูแลเอาใจใส่และมีความรักใคร่ผูกพัน

การที่สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงนั้น ควรให้การช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตามทฤษฎีของ Maslow (หลุย จาปาเทศ. 2533 : 11-12) กล่าวว่า ความต้องการของมนุษย์ทุกคนสามารถจัดแบ่งได้ 5 ชั้น และเชื่อว่าคนทั่วไปจะมีความต้องการขั้นต่อ ๆ ไป เมื่อบรรลุความต้องการชั้นต้น (Maslow's Hierarchy of Needs) ความต้องการทั้ง 5 ชั้นได้แก่

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) หมายถึง ความต้องการพื้นฐานของคนซึ่งชาวพุทธเรียกว่า ปัจจัย 4 แต่ทางตะวันตกรวมความต้องการทางเพศ (Sex) ไว้ด้วย

2. ความต้องการด้านความปลอดภัย (Security Needs) หมายถึง ความต้องการด้านความปลอดภัยทั้งทางกาย (Safety) และความปลอดภัยทางใจ (Freedom From Fear or Threat)

3. ความต้องการทางด้านสังคม (Social Needs) หมายถึง ความต้องการทางสังคม ได้แก่ ต้องการที่จะได้อยู่ในหมู่พวก (Belongingness) หรือความต้องการความรัก (Love Needs)

4. ความต้องการมีคุณค่า (Esteem Needs) หมายถึง ความต้องการความเคารพนับถือจากผู้อื่น (Respect from Others)

5. ความต้องการความสำเร็จในตนเอง (The Need of Self Actualization) หมายถึง ความต้องการประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนปรารถนา (Self Fulfillment / Self Achievement) ความต้องการระดับนี้บางครั้งไม่เกี่ยวกับสังคม

จากแนวทฤษฎีความต้องการดังกล่าว เป็นความต้องการที่ต้องการได้รับการตอบสนองจากสังคมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญที่จะให้การสนับสนุนและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสามารถนำมาเป็นพื้นฐานในการพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยได้ ดังเช่น

สุธีรา นัยจันทร์ (2530 : 21) ได้สรุปบทบาทสมาชิกในครอบครัวที่ควรให้การดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุดังนี้

1. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม จัดหาและดูแลเครื่องนุ่งห่มเครื่องใช้แก่ผู้สูงอายุ ให้การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ให้การช่วยเหลือด้านการเงิน ให้การช่วยเหลือด้านแรงงาน และอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะและการเดินทาง

2. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ ให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ให้ความยกย่องสนับสนุน ให้มีงานอดิเรกและมีงานทำตามความสามารถ ดูแลให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ดูแลให้ได้รับความบันเทิงและนันทนาการตามสมควร

3. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมภายนอกและการดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารเพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคม

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (Tilden. 1985 ; citing House. 1981), คอบบ์ (Cobb. 1975) และ ไวส์ (Weiss. 1974) ผู้วิจัยเห็นแนวคิดดังกล่าวมีความครอบคลุม และสามารถสนองตอบต่อความจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีภาวะไขว้นในเลือดสูงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการวิจัย พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวต่อผู้ป่วยที่มีภาวะไขว้นในเลือดสูง ควรประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับความรักความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนม ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อมั่น ไว้วางใจ การได้รับกำลังใจ การได้รับฟังการปรับทุกข์ต่าง ๆ และระบายความรู้สึกต่าง ๆ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะต้องถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ จากการจำกัดของร่างกายจะทำให้ตนเองต้องพึ่งพาบุตรหลานมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ยิ่งถ้ามีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วยและปรากฏอาการเด่นชัดขึ้น จะทำให้รู้สึกว่าประสิทธิภาพของร่างกายลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิมเกิดการสูญเสียความมั่นคงทางจิตใจ (Pinneo, 1984 : 460) ดังนั้นบุคคลในครอบครัวจึงสมควรที่จะให้ความรัก ความเอาใจใส่ดูแลให้ความใกล้ชิดสนิทสนม ให้ความอบอุ่นใจ เห็นอกเห็นใจ ให้ความเชื่อมั่นไว้วางใจ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่จะดำรงชีวิตต่อไป การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์อย่างเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงรู้สึกว่ามีคนรักและห่วงใย มีคนคอยดูแลเอาใจใส่และมีกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง จากการศึกษาของ อัจฉรา โอประเสริฐ (2531 : 46) พบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับจากครอบครัวและญาติพี่น้อง การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนคอยดูแลเอาใจใส่คอยปลอบใจให้กำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถปรับทุกข์หรือบอกความคับข้องใจต่าง ๆ ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเกิดแรงจูงใจปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมจะมีผลดีต่อสุขภาพ

2. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ได้แก่ การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการสนับสนุนการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมตามทฤษฎีกิจกรรม เชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ถ้ามีกิจกรรมสูงจะมีการปรับตัวได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังที่ บาร์รอล และสมิธ (Barrow and Smith, 1979 : 53) กล่าวว่า บุคคลที่มีกิจกรรมมากจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสังคมผู้สูงอายุที่ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข จะต้องเป็นผู้ที่สามารถดำรงกิจกรรมในสังคมไว้ โดยไม่ตีตัวออกห่าง

3. การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ ด้านการเงิน และแรงงาน ได้แก่ การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการช่วยเหลือในเรื่องสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นต่าง ๆ เงินทองค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ควรได้รับการช่วยเหลือในการพาไปตรวจตามนัด รวมถึงการได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงการดูแลเรื่องผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการจัดที่พักให้เหมาะสมกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางกายของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญจะช่วยเหลือในเรื่องวัสดุ สิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็นต่าง ๆ เงินทอง ค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมทั้งคอยดูแลเรื่องการรับประทานอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะไขมันในเลือดสูง การจัดการเรื่องที่พักให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย

เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมยิ่งขึ้น ช่วยเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมารับการตรวจรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ มีเงินไว้ใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ เอลีโอพอสลออส (Eliopoulos, 1997 : 69) ได้กล่าวว่า การเงินมีความสำคัญกับทุกอายุเพราะมีผลต่ออาหาร สุขภาพ ความปลอดภัย และเสรีภาพในชีวิตอีกทั้งมีอิทธิพลต่อหลาย ๆ ทางเลือกในชีวิต

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จากการรักษาที่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลตนเองและรับผิดชอบต่อผลของการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นนั้น หมายถึง การมีชีวิตอยู่รอดของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในแต่ละวัยนั้นมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่แตกต่างกัน และโดยเฉพาะในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมลง ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเกิดความเบื่อกว่าที่จะปฏิบัติหรือเกิดความท้อแท้ต่อการเจ็บป่วย ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้น ดังนั้นการได้รับความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตัวอย่างเพียงพอที่ต่อเนื่องรวมถึงการตอบข้อสงสัยจากบุคคลทางการแพทย์ ร่วมกับการให้คำตักเตือนให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือให้คำแนะนำ ตลอดจนแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงประสบความสำเร็จในการรักษามีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้สุขภาพดีและมีชีวิตยืนยาว

สรุปได้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวดังกล่าวข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคมก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างแน่นอนเพราะคนเรานั้นกายและจิตไม่สามารถแยกออกจากกันได้โดยสิ้นเชิงได้ การสนับสนุนจากครอบครัวทั้ง 4 ด้าน จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่เพียงแต่จะประสบปัญหาทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่จะมีอารมณ์และสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปอีกด้วย ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ความไม่แน่นอนของโรค และความเสื่อมโทรมของสภาพร่างกายจากวัยหนุ่มสาว ผู้ใหญ่ และวัยชรา การประสบปัญหาเกี่ยวกับ รายได้ ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีโอกาสในการเลือกสรรที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และจัดหาสิ่งที่เหมาะสมกับสภาวะร่างกายได้น้อย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้านสังคมทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงถูกลดความเชื่อมั่นในตนเองลง เพราะฉะนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ เพราะการได้รับการสนับสนุนทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ การยอมรับยกย่อง และเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมวัสดุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน รวมทั้งข้อมูลข่าวสารจะทำให้ผู้ป่วย

ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงไม่เกิดความเครียดเกิดการปรับตัว และมีกำลังใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

จากการศึกษาของ วราภรณ์ แสงวัชร (2537) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณีผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเลิศสิน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ ทรัพย์สิน เงินทอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ ฮับบาร์ด, มูเลนแคมป์ และบราว (Hubbard, Muhlemkamp and Brown. 1984 : 266-269) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในด้านปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในด้านปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวดี มโนหาญ (2536 : 1-30) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงนั้นจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงถ้ามีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงและมีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงดี ผู้ป่วยก็จะปฏิบัติตนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพดีตามไปด้วย และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจะน้อยลง

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

เบคเคิลแลนด์ และแลนด์วอล์ค (Beckelmann and Landwalk. 1975 : 738-748) ที่พบว่า อิทธิพลการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้านช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการ และรับประทานยาสม่ำเสมอว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม

แคมป์เบลล์ ฟอริซิท (Campbell Forsyth. 1990 : 75) ได้ศึกษาการรับรู้และความต้องการการเรียนรู้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 40 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้และความต้องการการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน

คอบบ์ (Cobb. 1976) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวดูดซับความเครียด บุคคลที่มีความเครียดสูง แต่มีการสนับสนุนทางสังคมดี จะมีสุขภาพดีกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ฮับบาร์ด, มุชแลนคัมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp and Brown. 1984 : 266-269) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 มีอายุ 55 ปี ขึ้นไป อายุเฉลี่ย 70 ปี จำนวน 97 ราย กลุ่มที่ 2 อายุระหว่าง 25-77 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี จำนวน 153 ราย พบว่า การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และในกลุ่มบุคคลที่มีคู่สมรสจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าคนโสดเพราะการมีคู่ชีวิตจะช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้รู้สึกตนเองมีผู้ช่วยเหลือ มีความมั่นคงทางอารมณ์ และเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

ลีเวนทาล (Leventhal. 1983) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการปฏิบัติตนต่อสุขภาพทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ชาย 196 คน หญิง 200 คน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลากรเพิ่มขึ้นตามอายุ ยกเว้นพฤติกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิก

โมรีโน และคนอื่น ๆ (Moreno and others. 1997 : 435-450) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรมสุขภาพทางบวก ปัจจัยเสี่ยง เพื่อลดอัตราการตาย และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับปัจจัยเสี่ยง และกล่าวว่าโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถป้องกันได้ด้วย การให้สุศึกษา โดยการสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทางบวกขึ้น

มัลเลนแคมป์ และเซเลส (Muhlenkamp and Sayles . 1986 : 334-347) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ จำนวน 98 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองในทางอ้อม โดยผ่านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

โอรัม (Oram. 1985 : 255) ได้กล่าวว่า การที่มีอายุมากขึ้น ทำให้มีวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ

เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161-162) ได้กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจทางสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ เข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมการดูแลตนเอง

โรเจอร์ (Roger. 1983) ได้กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไม่ได้เป็นไปในลักษณะตรงแต่เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น เหตุการณ์ ประสบการณ์ ค่านิยม และอื่น ๆ เป็นต้น

สตาซี (Stacy. 1986) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และเลิกสูบบุหรี่ของคนไข้โรคเบาหวานในโรงพยาบาล จำนวน 183 คน พบว่า คนไข้ที่เห็นโทษของบุหรี่ และเห็นประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่มากกว่า

สเปคค์ (Speak. 1987 : 28) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 118 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด ม่าย หย่า แยก มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน

การวิจัยในประเทศไทย

กนกพร วิสิทธิ์กุล (2539 : ก-ข) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

กษมา สุขสวนธน์ (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค กลุ่มอาชีวศึกษาภาคกลาง สังกัดกรมอาชีวศึกษา พบว่า นักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคที่มีอายุ และระดับชั้นเรียนต่างกันมีความรู้และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน แต่มีเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่แตกต่างกันและนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคที่เรียนสาขาวิชา รายได้ขณะศึกษาต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่แตกต่างกัน และนักศึกษา

วิทยาลัยเทคนิคที่มีช่วงเวลาเรียนต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน และนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคที่มีลักษณะที่พักอาศัยต่างกันมีความรู้และเจตคติไม่แตกต่างกัน แต่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน และมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคไม่มีความสัมพันธ์กัน

กาญจนา บุญทับ (2534 : 42) ได้ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพปฏิบัติงานกำหนดเวลาแน่นอนจะมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพปฏิบัติงานไม่กำหนดเวลาแน่นอน

กาญจนา ประสารปราณ (2535 : 61) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันทางด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน

กุลธิดา พานิชกุล (2536 : 99-100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การศึกษา ระยะเวลาเป็นโรค รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาที่เป็นโรคเป็นตัวอธิบายความผันแปรของการปรับตัวได้ดี

กรองจิตร ชมสมุทร (2535 : 87-89) ได้ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยมานานกว่า 5 ปี พบว่า กลุ่มที่ได้รับโครงการสุขศึกษา ผู้ป่วยมีเจตคติและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเฉลี่ยดีขึ้นมีน้ำตาลในโลหิตเฉลี่ยลดลง แรงสนับสนุนจากญาติไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้และเจตคติของผู้ป่วย แต่พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิราภา หงษ์ตระกูล (2532 : 48) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะปฏิบัติตนได้เหมาะสมกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

จิรประภา ภาวิโล (2535 : 98) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 100 คน พบว่า รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

จินตนา รอดนำพา (2535 : 93) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน คือ อาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม กิจการส่วนตัว รับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน อาชีพต่าง ๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการดูแลตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกัน

จันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 141 - 143) ได้ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ตัวแปรที่ศึกษาคือ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และฐานะทางเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 208 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ และปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนความเชื่อทางสุขภาพอยู่ในระดับดี
2. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีเพศแตกต่างกัน มีความรู้ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วนความเชื่อทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน
3. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตนไม่แตกต่าง
4. ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีอายุ ตำแหน่ง และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งแตกต่างกัน มีความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันไม่แตกต่างกัน
5. ความรู้กับความเชื่อทางสุขภาพในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง กับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ติรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว แตกต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ถนนมรรณ อยู่ชำ (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากร สังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง จำนวน 267 คน พบว่า บุคลากร สังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลางมีความรู้ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ มีเจตคติและการปฏิบัติอยู่ในระดับดี บุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาที่มีสาขาวิชาที่สำเร็จการศึกษาต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน บุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ระดับชั้นของตำแหน่งราชการ และสายงาน (กอง) ต่างกัน มีความรู้และเจตคติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน บุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาที่มีเพศต่างกันมีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน ส่วนความรู้และเจตคติไม่แตกต่างกัน สำหรับบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน ส่วนความรู้และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิต

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 159) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ปวยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ อาชีพ และลักษณะครอบครัวต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

นิภาวัลย์ สุวรรณสุรังค์ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจมีพฤติกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายด้านความรู้และการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ส่วนเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุใน

ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีสภาพการเป็นอยู่ต่างกัน มีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แต่มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีอาชีพ รายได้ และแหล่งรายได้ต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจมีความรู้สัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บุปผา ม้วยแก้ว (2542 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร พบว่า นักเรียนชายระดับมัธยมศึกษามีการปฏิบัติการใช้บุหรี่ไม่แตกต่างกัน

ประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 90) ได้ศึกษาการศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ผู้ที่มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ทางร่างกายน้อย จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 91) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติต่อโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับดี

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีเพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระดับการศึกษา มีพฤติกรรมด้านความรู้แตกต่างกัน ส่วนด้านเจตคติ และการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติไม่แตกต่างกัน แต่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีความเพียงพอของรายได้แตกต่างกัน มีพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีเพศ สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้ต่างกัน มีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน

7. ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กันกับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

8. พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

9. พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ และการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พฤติกรรมด้านเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เพชร อินทรพานิช (2535 : 402) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไพโรจน์ โฉมสาห์กุล (2531 : 87) ได้ศึกษาเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของครูใหญ่ ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานประถมศึกษา จังหวัดเชียงราย พบว่า ครูมีเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในเชิงนิเสธ และครูที่มีเพศ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และครูที่มีอายุ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในด้านการสูบบุหรี่ต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน

ภาวดี มโนหาญ (2536 : 1-30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 75 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

มณฑา เจริญกุล (2534 : ก) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 คน มีอายุระหว่าง 60-86 ปี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทาง

บวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถ อธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้

วรรณวิมล เบญจกุล (2538 : 70) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพ ด้อยกว่าผู้ที่มีคู่สมรส

วิไลลักษณ์ วรรณะ (2535 : 26-27) ได้ศึกษาการศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า รายได้ของบุคคลจะมีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้น ถ้าหาก บุคคลมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก็มีโอกาสทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ แต่ถ้าบุคคลนั้นมีรายได้ครอบคลุมสูงกว่าโอกาสที่จะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีก็มีมากกว่า และอาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ อนามัย

ศุภวรินทร์ หันกิตติคุณ (2539 : 101) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายดีกว่าเพศชาย

ศราวดี ดันธรรมจาริก (2541 : 80) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ จิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 196 คน พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ เขต กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 53.57 มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ไม่ปกติ และการสนับสนุนทาง สังคมเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ศศธร พันธุ์เมธิร์ (2533 : ก-ข) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของสตรีมีครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี ปี พ.ศ. 2533 พบว่า สตรีมีครรภ์ที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ความรู เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่แตกต่างกัน และสตรีมีครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่าง กันมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีไม่แตกต่างกัน แต่มีเจตคติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สนอง เพชรคง (2541 : 93) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความรู้ และเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับดี ส่วนการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีเพศและรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีความรู้และเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอายุ มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน ส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษา และต่างประเภทกัน ที่ต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมบุรณ์ บุญเกียรติ (2539 : 90) ได้ศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม วชิรพยาบาล พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความรู้และเจตคติในระดับปานกลาง ผู้รับบริการที่มีอายุ กับจำนวนครั้งของการแต่งงานต่างกันมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน ส่วนความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ อาชีพต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ผู้รับบริการที่มีจำนวนบุตรต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน และผู้รับบริการที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

โสภิตา เมธาวี (2535 : 803) ได้ศึกษาการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุเมืองพล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่ารายได้ของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .7150, p < .001$)

สุเพียร เปรมปราโมทย์ (2539 : 145) ได้ศึกษาความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าความรู้และการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรค

ประจำตัวของผู้ป่วย และจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล ยกเว้นการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุพร เพ็งเพริศ (2538 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี พบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดโคโรนารีที่มีการรับรู้สุขภาพในทางที่ดี มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ดีด้วย และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ดีด้วย

สุพรรณิ อีระเจตกุล (2539 : 489) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 240 ราย พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่ำ ($r = .2007, p < 0.05$) และการสนับสนุนทางด้านสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุภาภรณ์ ดั่งแพง (2531 : ก) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายที่รักษาโดยวิธีการจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง จำนวน 70 ราย พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการรักษาโดยจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง

สุรีย์ จันทรมาลี (2535 : 136-152) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ และความเชื่อมั่นในความสามารถดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

สุวิชา จันทร์สุริยกุล (2536 : 101) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง

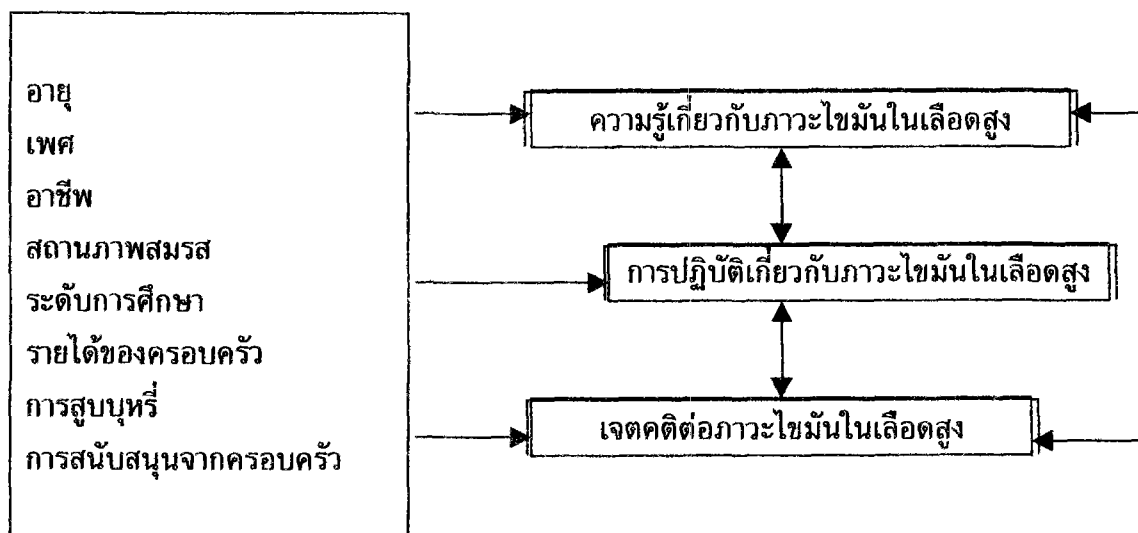
อรอนงค์ พัฒนพงษ์ไพบูรณ์ (2533 : 144) ได้ศึกษาศักยภาพในการเผยแพร่ความรู้เพื่อชีวิต สารที่ทำหายของครู โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ครูโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกันมีความรู้เพื่อชีวิตแตกต่างกัน

อุบล ตุลยาภรณ์ (2533 : 96) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่องานสุขศึกษาในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานสุขศึกษาไม่แตกต่างกัน

อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : ก-ข) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและด้านการพักผ่อน พฤติกรรมด้านอารมณ์และสังคม และพฤติกรรมด้านที่เกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับที่เหมาะสมน้อย ควรได้รับการปรับปรุง การมีรายได้ไม่พอใช้ การประกอบอาชีพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีเป็นปัญหา และอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย จะเห็นว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง วิธีการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้พวกเขามีการปรับตัวให้ดีขึ้นคือการให้คำปรึกษาหรือการให้สุขศึกษา เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการให้ความรู้ข่าวสารเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง และมีการติดตามการปฏิบัติ ทั้งช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถเผชิญปัญหาและวิธีการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมอันจะส่งผลให้มีการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากเอกสารและการวิจัยที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการจะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีการออกแบบคิด ตามภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกัน มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพต่างกัน มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน
9. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

- [illegible]

- | | |
|--|---------------------|
| 26. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง
ปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันทางบวก | ในด้านเจตคติกับการ |
| 27. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง
ปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันทางบวก | ในด้านความรู้กับการ |

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็น ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงซึ่งมารับบริการที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อายุระหว่าง 20-60 ปีขึ้นไป จำนวน 8,000 คนต่อปี (แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2541) ในช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2543

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็น ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงซึ่งมารับบริการที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากประชากร โดยใช้สูตรของยามานะ ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ .05 (Yamane. 1967 : 583) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 381 คน

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

เมื่อ	n	แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทนจำนวนประชากร
	e	แทนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดึก ภปร. ชั้น 1 และหน่วยสุศึกษา ดึก ภปร. ชั้น 2

2. ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจระดับไขมันในเลือด ซึ่งมีระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

3. ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับสุศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง และไม่ได้รับยาควบคุมไขมันในเลือด

ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลเมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2543

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสูบบุหรี่ การสนับสนุนจากครอบครัว

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ลักษณะแบบทดสอบเป็นคำถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ แต่ละข้อมีตัวเลือก 3 ตัว คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ โดยให้เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว ข้อคำถามประกอบด้วย สาเหตุของโรค อาการและการดำเนินโรค การวินิจฉัยโรค การป้องกัน และการรักษาโรค

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบข้อละ 1 อันดับ ข้อคำถามประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่ปฏิบัติเลย ข้อคำถามประกอบด้วย การปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การออกกำลังกาย และการรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน

ตอนที่ 5 เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมากที่สุด การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ การมีส่วนร่วมในสังคม การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ
การเงินและแรงงาน และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
2. สร้างแบบทดสอบและแบบสอบถาม โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ
และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ได้ข้อคำถาม
วัดด้านความรู้จำนวน 36 ข้อ ข้อคำถามวัดด้านเจตคติจำนวน 27 ข้อ ข้อคำถามวัดด้านการ
ปฏิบัติจำนวน 38 ข้อ และข้อคำถามวัดด้านการสนับสนุนจากครอบครัวจำนวน 25 ข้อ
3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้คณะกรรมการที่ควบคุมปริญญาพันธ์ และผู้เชี่ยวชาญ
จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจนและถูกต้อง ได้ข้อคำถาม
วัดพฤติกรรมด้านความรู้จำนวน 32 ข้อ ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านเจตคติจำนวน 24 ข้อ
ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติจำนวน 26 ข้อ และข้อคำถามวัดการสนับสนุนจาก
ครอบครัวจำนวน 23 ข้อ
4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่ม
ตัวอย่าง จำนวน 50 คน และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ค่าความ
เที่ยงตรง และความเชื่อมั่น ได้ข้อคำถามวัดด้านความรู้จำนวน 24 ข้อ ข้อคำถามวัดด้านเจตคติ
จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามวัดด้านการปฏิบัติจำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามวัดการสนับสนุนจาก
ครอบครัวจำนวน 19 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบทดสอบความรู้ กำหนดคะแนนโดย ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด
หรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน
2. แบบสอบถามเจตคติ กำหนดการให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
	(Positive)	(Negative)
เห็นตัวอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

3. แบบสอบถามการปฏิบัติ กำหนดคะแนนดังนี้

ข้อเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
	(Positive)	(Negative)
เป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	2	2
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	3

4. แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว กำหนดคะแนนดังนี้

ข้อเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
	(Positive)	(Negative)
การสนับสนุนจากครอบครัวนั้นมากที่สุด	4	0
การสนับสนุนจากครอบครัวนั้นมาก	3	1
การสนับสนุนจากครอบครัวนั้นปานกลาง	2	2
การสนับสนุนจากครอบครัวนั้นน้อยหรือไม่ได้	1	3

การแปลความหมายของคะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง กำหนดการแปลความหมายของคะแนนเป็น 5 ระดับ

- 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. แบบสอบถามเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

- ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง เจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงระดับดีมาก
- ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง เจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงระดับดี
- ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง เจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงระดับค่อนข้างดี
- ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง เจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงระดับไม่ดี
- ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง เจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงระดับไม่ดีย่างยิ่ง

3. แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

- ค่าเฉลี่ย 2.50-3.00 หมายถึง การปฏิบัติตัวระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง การปฏิบัติตัวระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง การปฏิบัติระดับควรปรับปรุง

4. แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยได้ยึดหลักการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (Tilden. 1985 ; citing House. 1981), คอบบี้ (Cobb. 1976 : 300-313) และไวส์ (Weiss. 1974 : 17-26) กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.00 หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.40 หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบและสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว จำนวน 126 ข้อ ได้แก่ แบบทดสอบวัดความรู้จำนวน 36 ข้อ แบบสอบถามวัดเจตคติจำนวน 27 ข้อ แบบสอบถามวัดการปฏิบัติจำนวน 38 ข้อ และแบบสอบถามวัดการสนับสนุนจากครอบครัวจำนวน 25 ข้อ ให้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Face Validity) ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และความเหมาะสมของภาษาเป็นรายข้อ ซึ่งแต่ละข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของกลุ่มพฤติกรรม โดยใช้เกณฑ์กำหนดคะแนนดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะของกลุ่มพฤติกรรมนั้นหรือไม่

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญของข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องและค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้สูตร IC ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .50 หรือมากกว่าขึ้นไป แสดงว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาสามารถนำไปใช้ได้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า .50 ผู้วิจัยจะตัดออก จำแนกเป็น

1.1 ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านความรู้ จำนวน 32 ข้อ

1.2 ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านเจตคติ จำนวน 24 ข้อ

1.3 ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ จำนวน 26 ข้อ

1.4 ข้อคำถามวัดการสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 23 ข้อ

2. วิเคราะห์หาค่ายากง่าย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลอง (Try Out) กับผู้ป่วยที่มีภาวะไข้มันในเลือดสูงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน ซึ่งแบบทดสอบความรู้นำมาหาค่าความยากง่าย โดยหาสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ตอบข้อสอบในแต่ละข้อถูกต้องจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 136) และคัดเลือกข้อคำถามที่มีความยากง่าย 0.20-0.80 ได้แบบทดสอบความรู้จำนวน 24 ข้อ ซึ่งมีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.32-0.79

3. วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก

3.1 แบบทดสอบความรู้ หาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) และคัดเลือกข้อที่มีค่าสหสัมพันธ์สูงได้แบบทดสอบจำนวน 24 ข้อ โดยมีค่าอำนาจจำแนก 0.29-0.71

3.2 แบบสอบถามเจตคติ การปฏิบัติ และการสนับสนุนจากครอบครัวหาค่าอำนาจจำแนก โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117-118) และคัดเลือกข้อที่มีสหสัมพันธ์สูงได้แบบสอบถามเจตคติจำนวน 15 ข้อ ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนก 1.16-3.80 แบบสอบถามการปฏิบัติจำนวน 16 ข้อ ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนก 1.94-4.37 และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวจำนวน 19 ข้อ ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนก 2.17-5.90

4. หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

4.1 แบบทดสอบความรู้ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร K.R. 20 ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Formular 20) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8681

4.2 แบบสอบถามเจตคติ การปฏิบัติ และการสนับสนุนจากครอบครัวหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161) แบบสอบถามเจตคติได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8827 แบบสอบถามการปฏิบัติได้ค่าความเชื่อมั่น 0.6898 และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวได้ค่าความเชื่อมั่น 0.9605

5. จัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2543 นำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปวิเคราะห์ต่อไป

วิธีจัดการกับข้อมูล

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม และคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไว้สำหรับนำไปวิเคราะห์
2. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม เอส พี เอส เอส (SPSS–Statistical Package for The Social Sciences for Windows)
3. แบบสอบถามตอนที่ 1 คือแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสูบบุหรี่ การสนับสนุนจากครอบครัว นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่และค่าร้อยละ
4. แบบสอบถามตอนที่ 2, 3 และ 4 คือแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง แบบสอบถามเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง แบบสอบถามปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง นำมาตรวจโดยให้คะแนนเป็นรายข้อ ตามเกณฑ์ให้คะแนนที่ได้กำหนดไว้ รวมคะแนนของแต่ละคนและวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. แบบสอบถามตอนที่ 5 คือแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงนำมาตรวจ โดยให้คะแนนเป็นรายข้อตามเกณฑ์การให้คะแนนที่ได้กำหนดไว้ รวมคะแนนของแต่ละคน และวิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
6. เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงตามตัวแปรคือ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสูบบุหรี่ การสนับสนุนจากครอบครัว โดยการทดสอบค่าสถิติเอฟ (F-Test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1-3, 7-24 ถ้าการทดสอบพบข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe)
7. เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงตามตัวแปรคือ เพศ โดยการทดสอบค่าสถิติที (T-Test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4-6
8. หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 25-27

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ที่ใช้คำนวณจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS for Windows ดังนี้
 - 1.1 ค่าร้อยละ (P) โดยใช้สูตร (ล้วนและอังกฤษ สายยศ. 2531 : 59)

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

เมื่อ	P	แทนค่าร้อยละ
	f	แทนค่าความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นร้อยละ
	n	แทนจำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 36)

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

เมื่อ	$\bar{X}$	แทนค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum X$	แทนผลรวมทั้งหมดของข้อมูล
	n	แทนจำนวนข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 69)

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

เมื่อ	S	แทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum X^2$	แทนผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum X)^2$	แทนผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทนจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 :

117)

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

เมื่อ	IC	แทนดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มกิจกรรม
	ΣR	แทนผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
	N	แทนจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์ความยากง่าย ใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 12)

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

เมื่อ	P	แทนค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ
	R	แทนจำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
	N	แทนจำนวนผู้ตอบถูกทั้งหมด

2.3 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก

2.3.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ใช้วิธีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

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

เมื่อ	r_{pbis}	แทนค่าความยากง่ายของคำถามแต่ละข้อ
	$\bar{Y}_P$	แทนค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
	$\bar{Y}_q$	แทนค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
	S_y	แทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
	P	แทนสัดส่วนของคนตอบข้อนั้นถูก
	q	แทนสัดส่วนของคนตอบข้อนั้นผิด = 1 - P

2.3.2 แบบสอบถามวัดเจตคติ การปฏิบัติ และการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อของคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117-118)

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

เมื่อ r_{xy}	แทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X และตัวแปร Y
N	แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\sum X$	แทนผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum Y$	แทนผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum XY$	แทนผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน X และคะแนน Y
$\sum X^2$	แทนผลรวมของคะแนนรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง ยกกำลังสอง
$\sum Y^2$	แทนผลรวมของคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่าง ยกกำลังสอง

2.4 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น

2.4.1 แบบสอบถามวัดความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยใช้สูตร K.R.20 ของคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 123)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right)$$

เมื่อ r_{tt}	แทนค่าความเชื่อมั่น
n	แทนจำนวนข้อ

เมื่อ	r_{tt}	แทนค่าความเชื่อมั่น
	n	แทนจำนวนข้อ
	p	แทนสัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ
	q	แทนสัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อ = $1 - P$
	S_t^2	แทนความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2.4.2 แบบสอบถามวัดเจตคติ การปฏิบัติตน และการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของ ครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 125-126)

$$\alpha = \frac{n}{n - 1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

เมื่อ	α	แทนสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
	n	แทนจำนวนข้อคำถาม
	S_i^2	แทนคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทนคะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4-6 โดยทดสอบค่าที (T - Test) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 177)

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

โดยที่ $df = \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} \right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{n_2 - 2}}$

เมื่อ t แทนค่าเฉลี่ยที่ใช้พิจารณาใน t-Distribution
 $\bar{X}_1, \bar{X}_2$ แทนค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
 S_1^2, S_2^2 แทนค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
 n_1, n_2 แทนจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
 df แทนชั้นของความอิสระ

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยทดสอบค่าเอฟ (F-Test) หรือแบบการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-Way Analysis of Variance) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 236) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1-3 และข้อที่ 7-24

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

เมื่อ F แทนค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ
 MS_B แทนค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
 MS_W แทนค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ในกรณีผลการทดสอบตามข้อ 3.2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำให้การตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน คูลส์ (Newman Keuls Method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 268)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_W}{n_i}}$$

เมื่อ q แทนค่าที่ใช้ในการพิจารณา q - Distribution
 ที่ได้จากตาราง
 MS_W แทนค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม
 n_i แทนจำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

$$\text{โดยที่ } n_i = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ k แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 $n_1, n_2, \dots, n_k$ แทนจำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ 1
 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

3.3 พหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และ
 เจตคติกับการปฏิบัติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ
 เพียร์สัน (Pearson Product - Moment Correlation Coefficient) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 314)

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

เมื่อ	r_{xy}	แทนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนน X กับ คะแนน Y
	$\sum X$	แทนผลรวมของคะแนนชุด X
	$\sum Y$	แทนผลรวมของคะแนนชุด Y
	$\sum X^2$	แทนผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum Y^2$	แทนผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum XY$	แทนผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y
	N	แทนจำนวนคนที่ศึกษา

3.4 ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยการทดสอบค่า (T-test) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 :180)

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

เมื่อ	t	แทนค่าสถิติที (t-Distribution)
	r	แทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
	N	แทนจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมาย ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวกับการวิจัยดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t – Distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F – Distribution
df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Means of Square)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 381 ฉบับ เป็นแบบสอบถามที่ได้คำตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ร้อยละ 100 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม เอส พี เอส เอส (SPSS-Statistical Package for The Social Sciences for Windows) ดำเนินการวิเคราะห์โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยการแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง โดยแสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตาม อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสูบบุหรี่

และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (T-Test) และค่าเอฟ (F-Test) นำเสนอในรูปของตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ เจตคติกับการปฏิบัติ และความรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยการแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสูบบุหรี่ และการสนับสนุนจากครอบครัว

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)		
20-30 ปี	37	9.70
31-40 ปี	25	6.50
41-50 ปี	73	19.20
51-60 ปี	137	36.00
60 ปีขึ้นไป	109	28.60
รวม	381	100.00
2. เพศ		
ชาย	105	27.60
หญิง	276	72.40
รวม	381	100.00
3. อาชีพ		
ค้าขาย	50	13.20
รับจ้าง	70	18.40
เกษตรกรรวม	14	3.70
รับราชการ	108	28.30

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
แม่บ้าน	135	35.40
นักเรียน/นักศึกษา	4	1.00
รวม	381	100.00
4. สถานภาพสมรส		
โสด	75	19.70
คู่	230	60.40
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	76	19.90
รวม	381	100.00
5. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	45	11.80
ระดับประถมศึกษา	163	42.80
ระดับมัธยมศึกษา	98	25.70
ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป	75	19.70
รวม	381	100.00
6. รายได้ของครอบครัว (บาทต่อเดือน)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	100	26.20
5,000 - 10,000 บาท	118	31.00
10,001 - 15,000 บาท	65	7.10
สูงกว่า 15,000 บาท	98	25.70
รวม	381	100.00
7. การสูบบุหรี่		
ผู้สูบบุหรี่	23	6.00
ผู้ไม่สูบบุหรี่	308	80.90
ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว	11	2.90
ผู้เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	39	10.20
รวม	381	100.00

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
8. การสนับสนุนจากครอบครัว		
ระดับน้อย	37	9.70
ระดับปานกลาง	116	30.50
ระดับมาก	194	50.90
ระดับมากที่สุด	34	8.90
รวม	381	100.00

จากตาราง 9 แสดงว่าผู้ปวยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรดังรายละเอียดดังนี้

อายุ

อายุ 51-60 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.00 รองลงมาคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28.60 และอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.20 และอายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.70 และน้อยที่สุดคือ อายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.50

เพศ

เพศหญิง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.40 ส่วนเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 27.60

อาชีพ

อาชีพแม่บ้าน มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.40 รองลงมาคือ รับราชการ คิดเป็นร้อยละ 28.30 และรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 18.40 และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 13.20 และเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 3.70 และน้อยที่สุดคือ นักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 1.00

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสคู่ มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.40 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 19.90 และน้อยที่สุดคือ โสด คิดเป็นร้อยละ 19.70

ระดับการศึกษา

ระดับประถมศึกษา มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.80 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25.70 และระดับอุดมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 19.70 และน้อยที่สุดคือ ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 11.80

รายได้ของครอบครัว (บาทต่อเดือน)

รายได้ของครอบครัว 5,000-10,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.00 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 26.20 และสูงกว่า 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 25.70 และน้อยที่สุดคือ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 7.10

การสูบบุหรี่

ผู้ไม่สูบบุหรี่ มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.90 รองลงมาคือ ผู้เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว คิดเป็นร้อยละ 10.20 และผู้สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 6.00 และน้อยที่สุดคือ ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว คิดเป็นร้อยละ 2.90

การสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.90 รองลงมาคือ การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.50 และการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 9.70 และน้อยที่สุดคือ การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.90

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 คะแนนเต็ม ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

	คะแนนเต็ม	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความรู้	24	95.83	0.00	56.49	20.55	พอใช้
เจตคติ	15	3.93	1.87	2.90	0.29	ค่อนข้างดี
การปฏิบัติ	16	2.94	1.63	2.35	0.27	ปานกลาง

จากตาราง 10 แสดงว่าพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.49 ($S=20.55$) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงระดับพอใช้

พฤติกรรมด้านเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 ($S=0.29$) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงระดับค่อนข้างดี

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 ($S=0.27$) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสูบบุหรี่ การสนับสนุนจากครอบครัว ดังปรากฏตามตาราง 11-37

ตาราง 11 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ

อายุ	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
20-30 ปี	37	58.67	21.16	2.94	0.27	2.15	0.25
31-40 ปี	25	61.66	22.30	2.92	0.34	2.15	0.22
41-50 ปี	73	58.73	18.70	2.91	0.30	2.31	0.25
51-60 ปี	137	57.93	20.27	2.88	0.28	2.39	0.26
60 ปีขึ้นไป	109	51.22	20.81	2.87	0.28	2.42	0.24

จากตาราง 11 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุ 31-40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงมากที่สุดเท่ากับ 61.66 (S=22.30) รองลงมาได้แก่ อายุ 41-50 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.73 (S=18.70) และอายุ 20-30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.67 (S=21.16) และน้อยที่สุดได้แก่ อายุ 51-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.93 (S=20.27) และอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.22 (S=20.81) ตามลำดับ

ด้านเจตคติ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุ 20-30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงดีที่สุดเท่ากับ 2.94 (S=0.27) รองลงมาได้แก่ อายุ 31-40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 (S=0.34) และอายุ 41-50 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 (S=0.30) และน้อยที่สุดได้แก่ อายุ 51-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 (S=0.28) และอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 (S=0.28) ตามลำดับ

ด้านการปฏิบัติ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงดีที่สุดเท่ากับ 2.42 (S=0.24) รองลงมาได้แก่ อายุ 51-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.39 (S=0.26) และอายุ 41-50 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 (S=0.25) และน้อยที่สุดได้แก่ อายุ 20-30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.15 (S=0.25) และอายุ 31-40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.15 (S=0.22) ตามลำดับ

ตาราง 12 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	4	4523.94	1130.98	2.72*	0.02
	ภายในกลุ่ม	376	155962.80	414.79		
	รวม	380	160486.74			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	4	0.21	0.05	0.62	0.64
	ภายในกลุ่ม	376	31.95	0.08		
	รวม	380	32.16			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	4	3.28	0.82	12.77*	0.00
	ภายในกลุ่ม	376	24.16	0.06		
	รวม	380	27.44			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ส่วนความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ปรากฏว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 3 ผู้วิจัยจึงนำความรู้และการปฏิบัติไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe-Test) ดังปรากฏตามตาราง 13-14

ตาราง 13 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ

อายุ		60 ปีขึ้นไป	51-60 ปี	20-30 ปี	41-50 ปี	31-40 ปี
	$\bar{X}$	51.22	57.93	58.67	58.73	61.66
60 ปีขึ้นไป	51.22	-	6.71*	7.45	7.51	10.44
51-60 ปี	57.93		-	0.74	0.80	3.73
20-30 ปี	58.67			-	0.06	2.99
41-50 ปี	58.73				-	2.93
31-40 ปี	61.66					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุ 51-60 ปี มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 14 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ย ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ

อายุ		20-30 ปี	31-40 ปี	41-50 ปี	51-60 ปี	60 ปีขึ้นไป
	$\bar{X}$	2.15	2.15	2.31	2.39	2.42
20-30 ปี	2.15	-	-	0.16*	0.24*	0.27*
31-40 ปี	2.15		-	0.16	0.24*	0.27*
41-50 ปี	2.31			-	0.08	0.11
51-60 ปี	2.39				-	0.03
60 ปีขึ้นไป	2.42					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุ 20-30 ปี มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีอายุ 41-50 ปี และผู้ป่วยที่มีอายุ 51-60 ปี และผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุ 31-40 ปี มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีอายุ 51-60 ปี และผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 15 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามเพศ

พฤติกรรมสุขภาพ	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	t	p
ด้านความรู้	ชาย	105	55.55	20.37	-0.55	0.94
	หญิง	276	56.83	20.64		
รวม		381	112.38	41.01		
ด้านเจตคติ	ชาย	105	2.92	0.31	1.20	0.30
	หญิง	276	2.88	0.28		
รวม		381	5.80	0.59		
ด้านการปฏิบัติ	ชาย	105	2.29	0.29	-2.47*	0.03
	หญิง	276	2.37	0.25		
รวม		381	4.66	0.54		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงและเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4-5 ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ปรากฏว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 โดยผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นเพศหญิงมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงดีกว่าเพศชาย

ตาราง 16 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
ค้าขาย	50	59.66	16.84	2.85	0.28	2.31	0.27
รับจ้าง	70	57.67	21.19	2.89	0.29	2.26	0.25
เกษตรกร	14	63.69	17.09	3.09	0.32	2.38	0.21
รับราชการ	108	56.63	22.03	2.93	0.29	2.30	0.28
แม่บ้าน	135	54.07	20.39	2.86	0.27	2.45	0.22
นักเรียน/นักศึกษา	4	47.91	23.69	2.75	0.29	2.01	0.09

จากตาราง 16 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพเกษตรกร มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงมากที่สุดเท่ากับ 63.69 (S=17.09) รองลงมาได้แก่ อาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 59.66 (S=16.84) และอาชีพรับจ้าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.67 (S=21.19) และอาชีพรับราชการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.63 (S=22.03) และน้อยที่สุดได้แก่ อาชีพแม่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.07 (S=20.39) และอาชีพนักเรียน/นักศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.91 (S=23.69) ตามลำดับ

ด้านเจตคติ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพเกษตรกร มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงดีที่สุดเท่ากับ 3.09 (S=0.32) รองลงมาได้แก่ อาชีพรับราชการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 (S=0.29) และอาชีพรับจ้าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 (S=0.29) และอาชีพแม่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 (S=0.27) และน้อยที่สุดได้แก่ อาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 (S=0.28) และอาชีพนักเรียน/นักศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 (S=0.29) ตามลำดับ

ด้านการปฏิบัติ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพแม่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงดีที่สุดเท่ากับ 2.45 (S=0.22) รองลงมาได้แก่ อาชีพเกษตรกร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 (S=0.21) และอาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 (S=0.27) และอาชีพรับราชการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.30 (S=0.28) และน้อยที่สุดได้แก่ อาชีพรับจ้าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.26 (S=0.25) และอาชีพนักเรียน/นักศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 (S=0.09) ตามลำดับ

ตาราง 17 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอาชีพ

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	5	2413.55	482.71	1.14	0.33
	ภายในกลุ่ม	375	158073.19	421.52		
รวม		380	160486.74			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	5	1.02	0.20	2.45*	0.03
	ภายในกลุ่ม	375	31.14	0.08		
รวม		380	32.16			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	5	2.66	0.53	8.07*	0.00
	ภายในกลุ่ม	375	24.78	0.06		
รวม		380	27.44			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ส่วนเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงและการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ปรากฏว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพต่างกันมีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงและการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8-9 ผู้วิจัยจึงนำเจตคติและการปฏิบัติไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe-Test) ดังปรากฏตามตาราง 18-19

ตาราง 18 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอาชีพ

	นักเรียน/นักศึกษา	ค้าขาย	แม่บ้าน	รับจ้าง	รับราชการ	เกษตรกรรวม	
อาชีพ	$\bar{X}$	2.75	2.85	2.86	2.89	2.93	3.09
นักเรียน/ นักศึกษา	2.75	-	0.10	0.11	0.14	0.18	0.34
ค้าขาย	2.85	-	0.01	0.04	0.08	0.24	
แม่บ้าน	2.86		-	0.03	0.07	0.23*	
รับจ้าง	2.89			-	0.04	0.20	
รับราชการ	2.93				-	0.16	
เกษตรกรรวม	3.09					-	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพเกษตรกร มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีอาชีพแม่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 19 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		นักเรียน/นักศึกษา	รับจ้าง	รับราชการ	ค้าขาย	เกษตรกร	แม่บ้าน
	$\bar{X}$	2.01	2.26	2.30	2.31	2.38	2.45
นักเรียน/ นักศึกษา	2.01	-	0.25	0.29	0.30	0.37	0.44
รับจ้าง	2.26		-	0.04	0.05	0.12	0.19*
รับราชการ	2.30			-	0.01	0.08	0.15*
ค้าขาย	2.31				-	0.07	0.14
เกษตรกร	2.38					-	0.07
แม่บ้าน	2.45						-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพแม่บ้าน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้าง และผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 20 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
โสด	75	59.72	19.49	2.92	0.26	2.22	0.23
คู่	230	56.61	21.01	2.91	0.29	2.36	0.27
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	76	52.90	19.82	2.83	0.30	2.41	0.24

จากตาราง 20 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีสถานภาพโสด มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงมากที่สุดเท่ากับ 59.72 (S=19.49) รองลงมาได้แก่ สถานภาพคู่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.61 (S=21.01) และน้อยที่สุดได้แก่ สถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.90 (S=19.82)

ด้านเจตคติ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีสถานภาพโสด มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงดีที่สุดเท่ากับ 2.92 (S=0.26) รองลงมาได้แก่ สถานภาพคู่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 (S=0.29) และน้อยที่สุดได้แก่ สถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 (S=0.30)

ด้านการปฏิบัติ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงดีที่สุดเท่ากับ 2.41 (S=0.24) รองลงมาได้แก่ สถานภาพคู่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 (S=0.27) และน้อยที่สุดได้แก่ สถานภาพโสด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.22 (S=0.23)

ตาราง 21 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามสถานภาพสมรส

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	1763.36	881.68	2.09	0.12
	ภายในกลุ่ม	378	158723.38	419.90		
	รวม	380	160486.74			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.36	0.18	2.16	0.11
	ภายในกลุ่ม	378	31.80	0.08		
	รวม	380	32.16			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.53	0.76	11.22*	0.00
	ภายในกลุ่ม	378	25.90	0.06		
	รวม	380	27.43			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงและเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10-11 ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ปรากฏว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 12 ผู้วิจัยจึงนำการปฏิบัติไปทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe-Test) ดังปรากฏตามตาราง 22

ตาราง 22 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	— X	โสด 2.22	คู่ 2.36	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ 2.41
โสด	2.22	—	0.14*	0.19*
คู่	2.36	—	—	0.05
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2.41		—	—

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีสถานภาพโสด มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีสถานภาพคู่ และผู้ป่วยที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 23 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่าประถมศึกษา	45	49.35	23.78	2.82	0.36	2.36	0.25
ประถมศึกษา	163	54.16	19.46	2.86	0.27	2.39	0.24
มัธยมศึกษา	98	57.56	20.15	2.94	0.28	2.38	0.29
อุดมศึกษา	75	64.38	19.04	2.96	0.27	2.21	0.26

จากตาราง 23 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงมากที่สุดเท่ากับ 64.38 (S=19.04) รองลงมาได้แก่ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.56 (S=20.15) และระดับการศึกษาประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.16 (S=19.46) และน้อยที่สุดได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 49.35 (S=23.78)

ด้านเจตคติ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงดีที่สุดในกลุ่มเท่ากับ 2.96 (S=0.27) รองลงมาได้แก่ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 (S=0.28) และระดับการศึกษาประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 (S=0.27) และน้อยที่สุดได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 (S=0.36)

ด้านการปฏิบัติ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงดีที่สุดในกลุ่มเท่ากับ 2.39 (S=0.24) รองลงมาได้แก่ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 (S=0.29) และระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 (S=0.25) และน้อยที่สุดได้แก่ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 (S=0.26)

ตาราง 24 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	7966.06	2655.35	6.56*	0.00
	ภายในกลุ่ม	377	152520.68	404.56		
รวม		380	160486.74			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.88	0.29	3.56*	0.01
	ภายในกลุ่ม	377	31.28	0.08		
รวม		380	32.16			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	1.69	0.56	8.29*	0.00
	ภายในกลุ่ม	377	25.75	0.06		
รวม		380	27.44			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 24 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง เจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13-15 ผู้วิจัยจึงนำความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe - Test) ดังปรากฏตามตาราง 25-27

ตาราง 25 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมัน
ในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษาขึ้นไป
$\bar{X}$	49.35	54.16	57.56	64.38
ต่ำกว่าประถมศึกษา	49.35	-	4.81	8.21
ประถมศึกษา	54.16	-	3.40	10.22*
มัธยมศึกษา	57.56	-	-	6.82
อุดมศึกษาขึ้นไป	64.38	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 26 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	— X	ต่ำกว่าประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษาขึ้นไป
		2.82	2.86	2.94	2.96
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.82	—	0.04	0.12	0.14
ประถมศึกษา	2.86		—	0.08*	0.10*
มัธยมศึกษา	2.94			—	0.02
อุดมศึกษาขึ้นไป	2.96				—

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษาขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 27 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		อุดมศึกษาขึ้นไป	ต่ำกว่าประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ประถมศึกษา
	$\bar{X}$	2.21	2.36	2.38	2.39
อุดมศึกษาขึ้นไป	2.21	-	0.15*	0.17*	0.18*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.36		-	0.02	0.03
มัธยมศึกษา	2.38			-	0.01
ประถมศึกษา	2.39				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 27 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 28 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 5,000	100	50.87	21.78	2.81	0.31	2.35	0.26
5,000 - 10,000	118	56.74	19.90	2.91	0.31	2.36	0.26
10,001-15,000	65	58.26	19.86	2.92	0.28	2.28	0.26
สูงกว่า 15,000	98	60.71	19.47	2.94	0.22	2.37	0.27

จากตาราง 28 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงมากที่สุดเท่ากับ 60.71 ($S=19.47$) รองลงมาได้แก่ รายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.26 ($S=19.86$) และรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.74 ($S=19.90$) และน้อยที่สุดได้แก่ รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.87 ($S=21.78$)

ด้านเจตคติ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงดีที่สุดเท่ากับ 2.94 ($S=0.22$) รองลงมาได้แก่ รายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 ($S=0.28$) และรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 ($S=0.31$) และน้อยที่สุดได้แก่ รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 ($S=0.31$)

ด้านการปฏิบัติ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงดีที่สุดเท่ากับ 2.37 ($S=0.27$) รองลงมาได้แก่ รายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ($S=0.26$) และรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 ($S=0.26$) และน้อยที่สุดได้แก่ รายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 ($S=0.26$)

ตาราง 29 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	5114.98	1704.99	4.13*	0.00
	ภายในกลุ่ม	377	155371.76	412.12		
	รวม	380	160486.74			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	1.11	0.37	4.50*	0.00
	ภายในกลุ่ม	377	31.05	0.08		
	รวม	380	32.16			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.39	0.13	1.83	0.14
	ภายในกลุ่ม	377	27.05	0.07		
	รวม	380	27.44			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 29 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 18 ส่วนความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงและเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ปรากฏว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงและเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 16-17 ผู้วิจัยจึงนำความรู้และเจตคติไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe-Test) ดังปรากฏตามตาราง 30-31

ตาราง 30 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ต่อเดือน		ต่ำกว่า 5,000 5,000-10,000 10,001-15,000 สูงกว่า 15,000			
		X	50.87	56.74	58.26 60.71
ต่ำกว่า 5,000	50.87	-	5.87	7.39	9.84*
5,000 - 10,000	56.74		-	1.52	3.97
10,001-15,000	58.26			-	2.45
สูงกว่า 15,000	60.71				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 30 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า 15,000 บาทต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 31 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ต่อเดือน		ต่ำกว่า 5,000	5,000-10,000	10,001-15,000	สูงกว่า 15,000	
— X		2.81	2.91	2.92	2.94	
ต่ำกว่า	5,000	2.81	—	0.10	0.11	0.13*
5,000 - 10,000		2.91	—	0.01	0.03	
10,000-15,000		2.92		—	0.02	
สูงกว่า	15,000	2.94				—

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 31 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า 15,000 บาทต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 32 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
สูบบุหรี่	23	47.10	22.06	2.83	0.30	2.30	0.30
ไม่สูบบุหรี่	308	57.46	20.38	2.90	0.29	2.35	0.26
สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว	11	49.62	24.75	2.79	0.25	2.23	0.23
เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	39	56.19	18.63	2.92	0.26	2.33	0.28

จากตาราง 32 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ไม่สูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงมากที่สุดเท่ากับ 57.46 (S=20.38) รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.19 (S=18.63) และผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 49.62 (S=24.75) และน้อยที่สุดได้แก่ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.10 (S=22.06)

ด้านเจตคติ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงดีที่สุดเท่ากับ 2.92 (S=0.26) รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 (S=0.29) และผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 (S=0.30) และน้อยที่สุดได้แก่ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 (S=0.25)

ด้านการปฏิบัติ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ไม่สูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงดีที่สุดเท่ากับ 2.35 (S=0.26) รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.33 (S=0.28) และผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.30 (S=0.30) และน้อยที่สุดได้แก่ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 (S=0.23)

ตาราง 33 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามการสูบบุหรี่

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	2843.97	947.99	2.26	0.08
	ภายในกลุ่ม	377	157642.77	418.15		
	รวม	380	160486.74			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.24	0.08	0.97	0.40
	ภายในกลุ่ม	377	31.92	0.08		
	รวม	380	32.16			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.22	0.07	1.02	0.38
	ภายในกลุ่ม	377	27.22	0.07		
	รวม	380	27.44			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 33 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสูบบุหรี่ต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง เจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 19-21

ตาราง 34 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามการสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุน จากครอบครัว	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
มากที่สุด	37	50.90	21.78	2.83	0.23	2.23	0.27
มาก	116	54.27	20.34	2.87	0.27	2.34	0.22
ปานกลาง	194	57.17	20.35	2.91	0.28	2.36	0.28
น้อย	34	66.17	18.11	2.95	0.43	2.46	0.28

จากตาราง 34 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงมากที่สุดเท่ากับ 66.17 (S=18.11) รองลงมาได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.17 (S=20.35) และการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.27 (S=20.34) และน้อยที่สุดได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.90 (S=21.78)

ด้านเจตคติ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงดีที่สุดเท่ากับ 2.95 (S=0.43) รองลงมาได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 (S=0.28) และการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 (S=0.27) และน้อยที่สุดได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 (S=0.23)

ด้านการปฏิบัติ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงดีที่สุดเท่ากับ 2.46 (S=0.28) รองลงมาได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 (S=0.28) และการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 (S=0.22) และน้อยที่สุดได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 (S=0.27)

ตาราง 35 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามการสนับสนุนจากครอบครัว

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	5005.99	1668.66	4.04*	0.00
	ภายในกลุ่ม	377	155480.75	412.41		
	รวม	380	160486.74			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.38	0.12	1.52	0.20
	ภายในกลุ่ม	377	31.77	0.08		
	รวม	380	32.15			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.74	0.24	3.49*	0.01
	ภายในกลุ่ม	377	26.70	0.07		
	รวม	380	27.44			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 35 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวต่างกัันมีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 23 ส่วนความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ปรากฏว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวต่างกัันมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 22 และข้อที่ 24 ผู้วิจัยจึงนำความรู้และการปฏิบัติไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe-Test) ดังปรากฏตามตาราง 36-37

ตาราง 36 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เกี่ยวกับภาวะไขมัน
ในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามการสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุน จากครอบครัว		ระดับมากที่สุด	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
	$\bar{X}$	50.90	54.27	57.17	66.17
ระดับมากที่สุด	50.90	—	3.37	6.27	15.27*
ระดับมาก	54.27		—	2.90	11.90*
ระดับปานกลาง	57.17			—	9.00
ระดับน้อย	66.17				—

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 36 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัว
ในระดับน้อย มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนจาก
ครอบครัวในระดับมาก และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมากที่สุดอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 37 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามการสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุน จากครอบครัว		ระดับมากที่สุด	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
	$\bar{X}$	2.23	2.34	2.36	2.42
ระดับมากที่สุด	2.23	—	0.11	0.13	0.19*
ระดับมาก	2.34		—	0.02	0.08
ระดับปานกลาง	2.36			—	0.06
ระดับน้อย	2.42				—

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 37 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมากที่สุด มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ดังปรากฏตามตาราง 38

ตาราง 38 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้กับเจตคติ เจตคติกับการปฏิบัติ และความรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	1.00	0.08	0.21*
เจตคติ		1.00	0.86
การปฏิบัติ			1.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 38 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความรู้กับเจตคติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่มีความสัมพันธ์กันทางบวก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 25-26 ส่วนความรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.21$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 27

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ตามตัวแปรที่กำหนดได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสูบบุหรี่ และการสนับสนุนจากครอบครัว
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้กับเจตคติ เจตคติกับการปฏิบัติ และความรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 381 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามเจตคติ แบบสอบถามการปฏิบัติ และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองแบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ตามตัวแปรที่กำหนดได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสูบบุหรี่ และการสนับสนุนจากครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง ลักษณะแบบทดสอบเป็นคำถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ แต่ละข้อมีตัวเลือก 3 ตัว คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ โดยให้เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว ข้อคำถามประกอบด้วย สาเหตุของโรค อาการและการ

ดำเนินโรค การวินิจฉัยโรค การป้องกัน และการรักษา จำนวน 24 ข้อ ค่าอำนาจจำแนก 0.29-0.71 ค่าความยากง่าย 0.32-0.79 และค่าความเชื่อมั่น 0.8681

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบข้อละ 1 อันดับ ข้อคำถามประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีทั้งข้อความในด้านบวกและลบ จำนวน 15 ข้อ ค่าอำนาจจำแนก 1.16-3.80 และค่าความเชื่อมั่น 0.8827

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือด เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่ปฏิบัติเลย ข้อคำถามประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย และการรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน จำนวน 16 ข้อ ค่าอำนาจจำแนก 1.94-4.37 และค่าความเชื่อมั่น 0.6898

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ข้อคำถามประกอบด้วย การสนับสนุนด้านจิตใจ การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในสังคม การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 19 ข้อ ค่าอำนาจจำแนก 2.17-5.90 และค่าความเชื่อมั่น 0.9605

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS - Statistical Package for The Social Sciences for Windows) โดยดำเนินการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2. วิเคราะห์และพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยแสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตาม อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสูบบุหรี่ และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-Test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1-3 และข้อที่ 7-24 และค่าที (T-Test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4-6

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ เจตคติกับการปฏิบัติ และความรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงโดยค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 25-27

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มี อายุ 51-60 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.00 และอายุน้อยที่สุดคือ อายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.60 ส่วนมากเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 72.40 ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.40 มีสถานภาพคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.40 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.80 มีรายได้ตั้งแต่ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.00 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 80.80 และส่วนใหญ่มีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 50.90

ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้

($\bar{X} = 56.49$)

ด้านเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า มีเจตคติในระดับค่อนข้างดี

($\bar{X} = 2.90$)

ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{X} = 2.35$)

2. วิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

จากผลการศึกษาค้นคว้าสามารถสรุปตามสมมติฐานได้ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.3 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.21 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสูบบุหรี่ต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.22 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.23 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวต่างกัน มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.24 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.25 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในด้านความรู้กับเจตคติ ไม่มีความสัมพันธ์กันทางบวก

2.26 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในด้านเจตคติกับการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กันทางบวก

2.27 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในด้านความรู้กับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาค้นคว้าเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยอภิปรายผลดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับพอใช้ มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับค่อนข้างดี และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับปานกลาง จากลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษานั้น ส่วนใหญ่อายุ 51-60 ปี เพศหญิง อาชีพแม่บ้าน สถานภาพคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้ของครอบครัว 5,000-10,000 บาทต่อเดือน เป็นผู้ไม่สูบบุหรี่ และการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับประถมศึกษา และมีอาชีพเป็นแม่บ้าน ทำให้ความสนใจเกี่ยวกับการรับรู้อันตรายของการมีภาวะไขมันในเลือดสูงน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นแม่บ้านไม่ได้พูดคุยกับบุคคลอื่น ๆ เหมือนกับอาชีพอื่น ทำให้ไม่ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารจากแหล่งบริการสาธารณสุขได้อย่างเพียงพอ ประกอบกับสื่อความรู้ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นหนังสือ เอกสาร แผ่นพับต่าง ๆ โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น ยังมีการเผยแพร่ความรู้ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่มากนัก และอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยยังไม่ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงมาก

เพราะถึงแม้ว่าภาวะไขมันในเลือดสูงจะก่อให้เกิดโรคที่ร้ายแรงที่ทำให้มีอันตรายถึงชีวิต แต่ก็ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใดเหมือนกับโรคติดเชื้อ

ด้านเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับค่อนข้างดี เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป ย่อมต้องการที่จะมีชีวิตอยู่กับลูกหลานและมีความสุขในบั้นปลายชีวิต จึงทำให้มีความคิดอย่างมีเหตุผลมีความเชื่อว่าภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถทำให้เกิดโรคที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสนใจในด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ โอเรม (Orem, 1985 : 255) ที่ว่าการที่มีอายุมากขึ้นทำให้มีวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งอายุมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพ ประกอบกับส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมากจึงทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีการปฏิบัติตนส่วนใหญ่เป็นเรื่องของกิจวัตรประจำวัน หรือการดำเนินชีวิตที่อาจจะปฏิบัติกันจนเคยชินยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เช่น ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในเรื่องการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันทำให้ต้องมีการแข่งขัน แรงriebที่จะประกอบอาชีพเพื่อให้มาซึ่งรายได้เพียงพอกับความต้องการของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยไม่มีเวลาที่จะสนใจดูแลสุขภาพตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง เจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามตัวแปร อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสูบบุหรี่ และการสนับสนุนจากครอบครัว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ส่วนเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 อภิปรายผลได้ว่า

ด้านความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ พัฒนพงษ์ไพบูลย์ (2535 : 144) ได้ศึกษาศักยภาพในการเผยแพร่ความรู้เพื่อชีวิตสาระที่ท้าทายของครูโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าครูโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกันมีความรู้

เพื่อชีวิตแตกต่างกัน และสอดคล้องกับ โอเรม (Orem, 1985 : 255-256) ที่ว่าอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ การตัดสินใจและเป็นข้อกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด จะมีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของบุคคล แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 141-143) ได้ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีอายุต่างกันมีความรู้ในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมอง เพชรคง (2541 : 91) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอายุต่างกันมีความรู้ในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน ผลจากการศึกษาค้นคว้าเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 31-40 ปี มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41-50 ปี อายุ 20-30 ปี อายุ 51-60 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามลำดับ อาจเนื่องจากเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจความสามารถในการเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ และในการตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ และอยู่ในช่วงการทำงานเพื่อสร้างฐานะทางเศรษฐกิจให้มั่นคงมีหน้าที่รับผิดชอบ และเป็นผู้นำครอบครัว ทำให้มีความสนใจที่จะเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่น ประกอบกับการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ หรือได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดต่างกัน จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

ด้านเจตคติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ แคมป์เบลล์ ฟอรัซิท (Campbell Forsyth, 1990 : 75) ได้ศึกษาการรับรู้และความต้องการการเรียนรู้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้และความต้องการการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบูรณ์ บุญเกียรติ (2539 : 90) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม วชิรพยาบาล พบว่า ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมอง เพชรคง (2541 : 91) ได้ทำการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุขที่มีอายุต่างกันมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุมรรณ อยู่ช้า (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากร สังกัดกรมพลศึกษา ในส่วนกลาง พบว่า บุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลางที่มีอายุต่างกันมีเจตติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลจากการศึกษาค้นคว้าเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20-30 ปี อายุ 31-40 ปี อายุ 41-50 ปี อายุ 51-60 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามลำดับ มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

มีความใกล้เคียงกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นภาวะที่พบได้กับคนส่วนมากในปัจจุบัน อีกทั้งสื่อต่าง ๆ และผู้ผลิตสินค้า ตลอดจนหน่วยงานทั้งของภาครัฐและเอกชนให้ความสนใจภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้ทุกคนมีโอกาสรู้ไม่แตกต่างกัน จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันมีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

ด้านการปฏิบัติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ลีเวนทาล (Leventhal, 1983) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านการปฏิบัติตนต่อสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลเพิ่มขึ้นตามอายุ ยกเว้นพฤติกรรมที่ต้องออกแรงมาก ได้แก่ การออกกำลังกาย โดยการเดินแอโรบิค แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 141-143) ได้ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ มี 60 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 51-60 ปี อายุ 41-50 ปี อายุ 20-30 ปี และอายุ 31-40 ปี ตามลำดับ อาจเนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นบุคคลจะมีการตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น และอยู่ในวัยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจมั่นคงในการทำงาน แม้จะเจ็บป่วยก็ยังได้รับความช่วยเหลือ และผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง (Hanlon and Pickett, 1984 : 433-434) ซึ่ง โอเรม (Orem, 1985 : 255) กล่าวว่า การที่มีอายุมากขึ้นทำให้มีวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ดังนั้นอายุจึงมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

2.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ส่วนเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 อภิปรายได้ว่า

ด้านความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 91) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมด้านความรู้ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการ

ศึกษาของ อนุมวรรณ อยู่ข้า (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากร สังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง พบว่า บุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลางที่มีเพศต่างกันมีความรู้ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุเพียร เปรมปราโมทย์ (2539 : 145) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันมีความรู้ไม่สัมพันธ์กัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมองเพชรคง (2541 : 93) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีเพศต่างกันมีความรู้ในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 141-143) ได้ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีเพศต่างกันมีความรู้ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า เพศหญิงกับเพศชายมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดมีความใกล้เคียงกันมาก อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง บทบาทของเพศหญิงในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจากค่าครองชีพที่สูงขึ้น ทำให้เพศหญิงต้องมาประกอบอาชีพนอกบ้านเช่นเดียวกับเพศชาย ทำให้มีโอกาสทำงานร่วมกับบุคคลอื่นมีการพัฒนาความรู้ความสามารถ และมีลักษณะของความเป็นผู้นำมากขึ้น รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในตนเองมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ได้ด้วยตนเอง (จิรประภา ภาวิไล. 2535 : 98) ประกอบกับการมีเทคโนโลยีสมัยใหม่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มมากขึ้นและตลอดเวลา ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองของเพศชายและเพศหญิงคล้ายคลึงกัน จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

ด้านเจตคติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 92) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมด้านเจตคติไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุมวรรณ อยู่ข้า (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากร สังกัดกรมพลศึกษาส่วนกลาง พบว่า บุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลางที่มีเพศต่างกันมีเจตคติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร วิสิทธิ์กุล (2539 : ก-ข) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลาย ในกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมากกว่าเพศหญิง ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายและเพศหญิงมีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงมีความใกล้เคียงกัน ดังนั้นปัจจัยด้านเพศจึงไม่เป็นผลโดยตรงต่อเจตคติ เพราะอาจจะมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย (Modifying Factors) ปัจจัยพื้นฐานทางประชากรและจิตวิทยาสังคม (Becker and others. 1975 : 12) เช่น ปัจจัยด้านการศึกษาที่คล้ายคลึงกันน่าจะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อของบุคคลด้วย ประกอบกับผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงบทบาทหน้าที่ของเพศได้เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มากขึ้น ดังนั้นจึงทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงระหว่างเพศชายและเพศหญิงอย่างชัดเจน จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันมีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

ด้านการปฏิบัติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิชา จันทรสุริยกุล (2536 : ก-ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมในชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 141-143) ได้ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีเพศต่างกันมีการปฏิบัติในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติคุณ (2539 : 101) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปางพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายดีกว่าเพศหญิง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : ก-ข) ได้ศึกษาการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.1 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สอนง เพชรคง (2541 : 91) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีเพศต่างกันมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวัลย์ ขาวสำอาด (2535 : 159) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาจะแนบเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากเหตุผลที่ว่า เพศหญิงและเพศชายได้รับการอบรมเลี้ยงดูมาตั้งแต่เด็กแตกต่างกัน ทั้งการปลูกฝังด้านการปฏิบัติโดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การแสวงหา

การดูแลรักษาสุขภาพ การใช้บริการการป้องกันโรคดีกว่าเพศชาย (สุรีย์ จันทรมโนลี และคนอื่น ๆ. 2525 : 31-45) ส่วนเพศชายต้องทำงานหารายได้จึงทำให้ไม่มีเวลาสนใจสุขภาพตนเองเพราะเพศชายมีความคิดว่าเป็นเพศแข็งแรง เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็จะไม่ไปพบแพทย์ จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

2.3 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ส่วนเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 อภิปรายได้ว่า

ด้านความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา รอดนำพา (2535 : 93) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมต่างกัน คือ อาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม กิจการส่วนตัว รับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน อาชีพอื่น ๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 147) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มียานพาหนะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรรม ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงใกล้เคียงกัน อาจเนื่องจากปัจจุบันโอกาสที่จะเรียนรู้ หรือได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพได้จากสื่อต่าง ๆ มากมาย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

ด้านเจตคติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวัลย์ สุวรรณสุรังค์ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจที่มีอาชีพต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรมที่กล่าวว่า การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลนั้นจะก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ และทำให้ได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแหล่งสนับสนุนอำนาจประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต (Orem. 1985 : 132-133) เนื่องจากอาชีพมีความสัมพันธ์กับรายได้ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการแสวงหาปัจจัย 4 และตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ผู้ที่มีรายได้เป็นของตนเองทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ทำให้มีสุขภาพจิตดีชีวิตมีความสุข มีประโยชน์

ต่อครอบครัวและสังคมโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาชีพเป็นข้าราชการบำเหน็จบำนาญจะเป็นผู้มีรายได้มั่นคงแน่นอน มีเวลาว่างไม่ต้องทำงานหนัก จึงมีผลทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้
 อย่างดี ส่วนผู้ที่ไม่มีอาชีพจะไม่มีรายได้เป็นของตนเองจะรู้สึกที่ตนเองกลายเป็นบุคคลที่ไม่มีความสำคัญ ไม่มีคุณค่า สูญเสียบทบาทหน้าที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต ไม่กล้าตัดสินใจทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมบูรณ์ บุญเกียรติ (2539 : 94) ได้ศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม วชิรพยาบาล พบว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาจะแนบเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพอาชีพเกษตรกรรมมีเจตคติต่อภาวะไข่ม้วนในเลือดดีกว่ากลุ่มที่มีอาชีพรับราชการ อาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน อาชีพค้าขาย และอาชีพนักเรียน/นักศึกษา ตามลำดับ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นผู้ที่ยังคงมีภาระหาเลี้ยงครอบครัว ต้องการรายได้มาจุนเจือครอบครัวซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน และลักษณะงานมักเป็นงานค่อนข้างหนักและเหนื่อยทำให้ไม่ค่อยมีเวลาว่างหรือเวลาพักผ่อน เป็นผลให้ขาดความสนใจในการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตลอดจนการดูแลตนเอง และเนื่องจากอาชีพมีความผูกพันกับรายได้ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการแสวงหาปัจจัย 4 และการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ เช่น การบริการทางสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ตลอดจนการพักผ่อน การมีงานอดิเรก ผู้ที่มีอาชีพจะมีรายได้เป็นของตนเองทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ทำให้มีสุขภาพดี ชีวิตมีความสุขมีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไข่ม้วนในเลือดสูงที่มีอาชีพต่างกันมีเจตคติต่อภาวะไข่ม้วนในเลือดสูงแตกต่างกัน

ด้านการปฏิบัติของผู้ป่วยที่มีภาวะไข่ม้วนในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุจนา บุญทับ (2534 : 42) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยพื้นฐานบางประการแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพปฏิบัติงานที่มีกำหนดเวลาแน่นอนจะมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลา และสอดคล้องกับการศึกษาของ ตีรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา รอดนำพา (2535 : 93) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมต่างกันคือ อาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม กิจการส่วนตัว รับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน อาชีพอื่น ๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการดูแลตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาจะแนบเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแม่บ้านมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไข่ม้วนในเลือดดีกว่าอาชีพเกษตรกรรม อาชีพค้าขาย อาชีพรับราชการ อาชีพรับจ้าง อาชีพนักเรียน/นักศึกษา ตามลำดับ อาจ

เนื่องจากอาชีพแม่บ้านและไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ทำให้ไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน การติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่ดีพอ สำหรับอาชีพอื่น ๆ นั้นจะมีการพูดคุยกับผู้ร่วมงานทำให้มีตัวอย่างในการปฏิบัติตนเองตามแต่ภาวะของงานส่งผลให้กล้าที่จะตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง เช่น การบริการทางสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตลอดจนการพักผ่อน การมีงานอดิเรก เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ วิลเลียม วรรณะ (2535 : 26-27) ที่ว่าอาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

2.4 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 ส่วนเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 11 และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 12 อภิปรายผลได้ว่า

ด้านความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวัลย์ สุวรรณสุรังค์ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 94) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมด้านความรู้ไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ ต้วงแพง (2531 : ก) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายที่รักษาโดยวิธีการกำจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงใกล้เคียงกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากในสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันต้องทำงานประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและรับผิดชอบครอบครัว จึงทำให้ไม่มีเวลาและโอกาสแสวงหาแหล่งความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นประโยชน์สำหรับตนเอง แต่บุคคลเหล่านี้ไม่ได้อยู่ตามลำพังคนเดียวเพราะสังคมไทยมีลักษณะความเป็นอยู่แบบเครือญาติ ไม่ค่อยขาดคนช่วยเหลือ (ประภา รัตนเมธานนท์. 2532 : 90) ทำให้ได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือในการแก้ปัญหา และได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ วัตถุ สิ่งของและบริการต่าง ๆ คล้ายกัน ประกอบกับสภาพสังคมปัจจุบันการพัฒนาเทคโนโลยีทางการติดต่อสื่อสารมีมากมายหลายด้าน และมีประสิทธิภาพ

มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับความรู้ในระดับใกล้เคียงกัน ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีสถานภาพสมรสต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

ด้านเจตคติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ สปีค (Speak. and others. 1987 : 28) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญธีระ (2542 : 94) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีสถานภาพต่างกันมีเจตคติไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวัลย์ สุวรรณสุรงค์ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลจากการศึกษาค้นคว้าเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด สถานภาพคู่ และสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดมีความใกล้เคียงกัน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี และ 60 ปีขึ้นไป บุคคลเหล่านี้อาจไม่ได้อยู่ตามลำพังคนเดียวเพราะสังคมและวัฒนธรรมไทยเป็นสังคมที่ผูกพันทางสายเลือดภายในเครือข่ายสังคมที่ค่อนข้างหนาแน่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือต้องดูแลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ประกอบกับปัจจุบันการได้รับบริการข้อมูลข่าวสารความรู้ และแนวคิดจากสื่อต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น ได้แทรกเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงในรูปแบบเดียวกัน ทุกคนมีโอกาสรับรู้เหมือนกันจึงทำให้การที่มีสถานภาพสมรสแบบใดก็ตามจะมีการรับรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่าง

ด้านการปฏิบัติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติคุณ (2539 : 144) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ประสารปราวณ (2535 : 61) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ตีรนาช โกวิทเจริญกุล (2542 : 77) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพคู่และสถานภาพโสด ตามลำดับ อาจเนื่องจากการที่ไม่มีผู้ใกล้ชิดคอยดูแลให้การช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิตผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเปลี่ยนไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดียนเนอร์ (วรรณวิมล เบญจกุล. 2538 : 70 ; อ้างอิงมาจาก Dianer. 1984) พบว่า ผู้ที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพด้อยกว่าผู้ที่มีคู่สมรส จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

2.5 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13 ส่วนเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการสมมติฐานข้อที่ 14 และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 15 อภิปรายผลได้ว่า ด้านความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมบูรณ์ บุญเกียรติ (2539 : 91) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม โรงพยาบาล พบว่า ผู้มารับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สอนง เพชรคง (2541 : 91) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีการศึกษาต่างกันมีความรู้ในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยบุคลากรที่มีระดับการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรี และระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามีความรู้ในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดดีกว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษานุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษา และประถมศึกษา ส่วนบุคลากรที่มีระดับการศึกษานุปริญญาหรือเทียบเท่ามีความรู้ดีกว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาดำรงจะมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ และสอดคล้องกับคำกล่าวของ โอเรม (Orem. 1985) ที่ว่าการศึกษทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงสูงกว่าการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษา

และต่ำกว่าประถมศึกษา ตามลำดับ เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาในระดับสูง ย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างดี จึงมีโอกาสเลือกแหล่งที่เป็นประโยชน์ทางสุขภาพ และมีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคมรอบตัวซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2532 : 62) ย่อมมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดีและเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง และส่งผลต่อการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสมได้ จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการศึกษาต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

ด้านเจตคติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ สอนง เพชรคง (2541 : 91) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยบุคลากรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี และระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีเจตคติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดดีกว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษานุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษา และประถมศึกษา ส่วนบุคลากรที่มีระดับการศึกษานุปริญญา หรือเทียบเท่ามีความรู้ดีกว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสอดคล้องกับความเชื่อของ โอเรม (Orem. 1985 : 86) ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาการเรียนรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล ตูลยาภรณ์ (2533 : 96) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่องานสุขศึกษาในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีเจตคติที่มีต่องานสุขศึกษาไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมบูรณ์ บุญเกียรติ (2539 : 92) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม วชิรพยาบาล พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไป มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา ตามลำดับ อาจเนื่องจากการรับรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงดี และตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดีและเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ส่งผลให้การตัดสินใจ การพิจารณาเลือกสรรในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพตนเองดี และส่งผลให้เจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดแตกต่างกัน จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการศึกษาต่างกันมีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

ด้านการปฏิบัติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 48) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะปฏิบัติตนได้เหมาะสมกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สนอง เพชรคง (2541 : 91) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยบุคลากรที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า และมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติดีกว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 93) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ต่ำกว่าประถมศึกษา และอุดมศึกษาขึ้นไป อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ ประกอบกับเทคโนโลยีปัจจุบันมีการเผยแพร่ข่าวสารที่ผ่านสื่อต่าง ๆ ในด้านสุขภาพ โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารมีหลายรูปแบบที่น่าสนใจทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ตลอดเวลา เกิดมีทักษะที่ดีต่อการดูแลตนเองมากขึ้น ทราบถึงแหล่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น จึงส่งผลให้มีการตัดสินใจและการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพดีขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

2.6 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 16 ส่วนเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 17 และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 18 ตามลำดับ

ด้านความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมบูรณ์ บุญเกียรติ (2539 : 93) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม วชิรพยาบาล พบว่า ผู้รับบริการที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างก็มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สนอง เพชรคง (2541 : 91) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า

จังหวัดเพชรบุรี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีความรู้ในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศธร พันธเมธิศร์ (2533 : ก-ข) ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบีของสตรีมีครรภ์ พบว่า สตรีที่มีรายได้ของครอบครัว 6,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีความรู้ไม่แตกต่างกับสตรีมีครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่านี้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 141-143) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกันมีความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 1,000-1,500 บาทต่อเดือน 5,000-10,000 บาทต่อเดือน และต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน อาจเนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยโดยตรงต่อความรู้ เป็นแหล่งประโยชน์ เป็นสิ่งเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถดูแลตนเองได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้ดีจะมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัย อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง การหาซื้ออุปกรณ์อำนวยความสะดวกและความสุขของตน และยังเป็นปัจจัยหนึ่งในการเข้าร่วมกิจกรรม การมีงานอดิเรกหรือการใช้เวลาว่าง จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้จากครอบครัวต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

ด้านเจตคติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ สอนง เพชรคง (2541 : 92) ได้ศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีรายได้ของครอบครัวสูง จะมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดดีกว่าบุคลากรที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ ซึ่งรายได้ของครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลและทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น (Orem. 1985 : 175) และเพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161-162) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยที่ผู้มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้ผู้บุคคลดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ เข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ตั้งแต่ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน

5,000-10,000 บาทต่อเดือน และต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ตามลำดับ อาจเนื่องจากมีรายได้ค่อนข้างสูง ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง มีความสุขความพึงพอใจในชีวิตการดำเนินชีวิต ดังนั้นรายได้ของครอบครัวจึงเป็นปัจจัยโดยตรงต่อเจตคติ จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

ด้านการปฏิบัติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของโสภิตา เมธาวี (2535 : 503) ได้ศึกษาการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุเมืองพล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า รายได้ของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สอนงเพชรคง (2541 : 92) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 141-143) ได้ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า 15,000 บาทต่อเดือน 5,000-10,000 บาทต่อเดือน 5,000 บาทต่อเดือน 10,001-15,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงมีความใกล้เคียงกันมาก อาจเนื่องจากไม่ว่าผู้ป่วยจะมีรายได้มากหรือน้อยก็ตาม เมื่อเข้าถึงแหล่งบริการทางด้านสุขภาพ จะได้รับรูปแบบในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน ประกอบกับสภาพการณ์ปัจจุบันทำให้มีโอกาสดังกล่าวจะได้รับข้อมูลข่าวสาร และมีโอกาสในการแสวงหาความรู้ที่จะมาดูแลตนเองใกล้เคียงกัน ดังนั้นรายได้ของครอบครัวไม่ใช่ปัจจัยโดยตรงต่อการปฏิบัติตนจากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.7 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสูบบุหรี่ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง เจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 19, 20 และข้อที่ 21 อภิปรายผลได้ว่า

ด้านความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ กษมา สุขสวนธ์ (2540 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค กลุ่มอาชีวศึกษาภาคกลาง สังกัดกรมอาชีวศึกษา พบว่า นักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคมีความรู้ไม่แตกต่างกันตามตัวแปรอายุ และระดับชั้นเรียนต่างกัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมัน

ในเลือดสูงกว่ากลุ่มผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ผู้ที่สูบบุหรี่ และผู้ที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการสื่อสารที่ทันสมัย การเผยแพร่ความรู้เรื่องบุหรี่และความรู้ทาง ด้านสุขภาพอยู่ตลอดเวลาเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน ทราบถึงปัญหาและโทษของการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อตัวผู้สูบเองแล้วยังส่งผลกระทบต่อบุคคลข้างเคียงเป็นจำนวนมาก และอาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและพบว่าไม่ สูบบุหรี่มีลักษณะความใกล้เคียงกันมาก จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกันในด้านความรู้ จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูงที่มีการสูบบุหรี่ต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

ด้านเจตคติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพโรจน์ โฉมดีสาห์กุล (2531 : 87) ได้ศึกษาเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของครูใหญ่ในโรงเรียน ประถมศึกษา สังกัดสำนักงานประถมศึกษา จังหวัดเชียงราย พบว่า ครูชายมีเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในเชิงนิเสธ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สตาซี (Stacy, 1986) ได้ศึกษา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ของคนไข้โรคเบาหวานในโรงพยาบาล พบว่า คนไข้ ที่เห็นโทษของการสูบบุหรี่ และเห็นประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพมีพฤติกรรมเลิก สูบบุหรี่มากกว่า ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคย สูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้วมีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงสูงกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่ และผู้ที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ประกอบกับมีการเผยแพร่ความรู้ ในเรื่องบุหรี่ในปัจจุบันมากในสื่อต่าง ๆ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ เป็นต้น มีความ ตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่มีโทษต่อร่างกายและอาจเนื่องจากการสูบบุหรี่ไม่ใช่ ปัจจัยโดยตรงต่อเจตคติ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 9) ที่ว่าเจตคติไม่ได้เป็นองค์ประกอบอย่างเดียวที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติ แต่เป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ ก่อให้เกิดหรือที่มาของการปฏิบัติตน เช่นเดียวกับการปฏิบัติตนของบุคคลไม่ได้เป็นสาเหตุจาก เจตคติอย่างเดียว แต่เป็นผลที่เกิดจากวิถีการครองชีวิต (Norms) นิสัย (Habits) ค่านิยม หรือสิ่งที่คาดหวังจากผลการกระทำด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ใกล้เคียงกัน จากเหตุผล ดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสูบบุหรี่ต่างกันมีเจตคติต่อภาวะ ไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

ด้านการปฏิบัติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษา ของ บุปผา ม้วยแก้ว (2542 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร พบว่า นักเรียน ชายระดับมัธยมศึกษามีการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อ พิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันใน เลือดสูงดีกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ผู้ที่สูบบุหรี่ และผู้ที่สูบบุหรี่เป็น ครั้งคราว ตามลำดับ ถึงแม้ว่าการปฏิบัติจะมีความรู้และเจตคติเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะ

ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตน แต่มองประกอบอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เช่น สถานภาพของบุคคล กลุ่มสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ค่านิยม กฎหมาย และกฎระเบียบ (พัฒน์ สุจางค์. 2522 : 80-82) ถ้าองค์ประกอบเหล่านี้ไม่มีความแตกต่างกัน หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่อาจทำให้เกิดความแตกต่างกันทางด้านการปฏิบัติ จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสูบบุหรี่ต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

2.8 ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 22 ส่วนเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 23 และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 24 อภิปรายผลได้ว่า

ด้านความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ แบคเคิลแลนด์ และแลนดวอล์ค (วิลลิกซ์ จันทรพวง. 2534 : 42 ; อ้างอิงมาจาก Backeland and Landwalk. 1975 : 738-748) ที่พบว่า อิทธิพลการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้านช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับการบริการ และการรับประทานยาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยลดความเครียดสามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Cohen and Wills. 1985 : 310-357) และสอดคล้องกับแนวคิดของคอบบ์ (Cobb. 1976 : 306-313) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวดูดซับความเครียด บุคคลที่มีความเครียดสูงแต่มีการสนับสนุนทางสังคมดีจะมีสุขภาพดีกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 98) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันมีพฤติกรรมด้านความรู้ไม่แตกต่างกัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีบุคคลในครอบครัวคอยให้ความรู้ในด้านสุขภาพมากเท่าที่ควร ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป จึงทำให้มีความตระหนักและมีความสนใจในปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และสำนึกในบทบาทหน้าที่ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้พยายามแสวงหาแหล่งประโยชน์จากสื่อต่าง ๆ มากขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

ด้านเจตคติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ กรองจิตร ชมสมุทร (2535 : 87-89) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนทางสังคมจาก

ญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุแรงสนับสนุนจากญาติไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 98) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีพฤติกรรมด้านเจตคติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรвати ต้นธรรมจาริก (2541 : 80) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงกว่ากลุ่มอื่น อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 51-60 ปี ซึ่งมีอายุค่อนข้างมากย่อมรับรู้ถึงภาวะโรคได้อย่างดีว่าควรจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร และมีการปรับตัว โดยเฉพาะด้านบทบาทหน้าที่และอารมณ์อยู่ในระดับปรับตัวได้มาก ถึงแม้จะมีคนในครอบครัวคอยแนะนำให้เข้าใจถึงโรคที่เป็นอยู่ก็ตาม แต่ตนเองได้รับประสบการณ์จากไปพบแพทย์ หรือคุยกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ และบุคคลในสังคมมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมที่คล้อยตามกัน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 173-185) ทำให้ไม่มีความแตกต่างมากพอที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านเจตคติแตกต่างกัน จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวต่างกันมีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

ด้านการปฏิบัติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของฮับบาร์ด มุขแลนด์แคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp and Brown. 1984 : 266-269) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา เจริญกุล (2534 : ก) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา พานิชกุล (2536 : 99-100) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างมีความสุข พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพร เพร้งเพริศ (2538 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดง

โคโรนารีย์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย และ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิธีระเจตกุล (2539 : 489) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอดงรัก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การสนับสนุนทางด้านสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธีระ (2542 : 98) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยโดยตรงต่อการปฏิบัติ เพราะการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นความช่วยเหลือระหว่างบุคคลในด้านวัตถุดิบของ การให้ความเชื่อมั่น การแนะนำ การให้ความรู้ผู้ป่วย หรือการประสานสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลในครอบครัวซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจ และเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ต้องการและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพราะฉะนั้นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวมีผลและเกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยหรือมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวคิด และมีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในขอบเขตที่ตนจะทำได้ ไม่แสดงอาการเรียกร้องความสนใจจนมากเกินไป และคิดว่าตนยังมีคุณค่า (ภาวดี มโนหาญ. 2536 : 30) และส่งผลให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องได้ จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวต่างกันมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

3. ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในด้านความรู้กับเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กันทางบวก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 25 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในด้านเจตคติกับการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กันทางบวก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 26 และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในด้านความรู้กับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 27 อภิปรายผลได้ว่า

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในด้านความรู้กับเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กันทางบวก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธีระ (2542 : 102) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านเจตคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงในระดับพอใช้ แต่มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในระดับ

ค่อนข้างดี ทั้งนี้ โรเจอร์ (มะลิวรรณ วงศ์วัฒนไพบูลย์. 2533 : 139 ; อ้างอิงมาจาก Roger. 1983) ได้กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไม่ได้เป็นไปในลักษณะตรงแต่เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น เหตุการณ์ ประสบการณ์ ค่านิยม และอื่น ๆ เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับการปฏิบัติ ผลจากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในด้านเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงกับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่มีความสัมพันธ์กันทางบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรา อินทรพานิช (2535 : 402) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 103) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ เพื่อควบคุมโรคเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนอมวรรณ อยู่ขำ (2536 : 184) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากร สังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง เพื่อศึกษาระดับเปรียบเทียบและศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลางมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้านเจตคติกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันทางบวก อาจเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และประกอบกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง และไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามที่ตนเองเชื่อหรือรับรู้ได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ผลจากการศึกษานี้พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในด้านความรู้เรื่องไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ มัคเลนแคม และเซเลส (ธนอมวรรณ อยู่ขำ. 2536 ; อ้างอิงมาจาก Muklenkamp and Sayles. 1986 : 336) ได้ศึกษากลุ่มประชากรผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-67 ปี ในพื้นที่ภาคตะวันตกเฉียงใต้ของสหรัฐอเมริกา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงกว่ามีพฤติกรรมรับประทาน อาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การพักผ่อน การไปพบแพทย์เพื่อเมื่อผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงยอมส่งผลในด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงที่ถูกต้องตามไปด้วย ซึ่งในทางการแพทย์และทางสาธารณสุขความสัมพันธ์ระหว่างตรวจสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาต่ำกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุเพียร เปรมปราโมทย์ (2539 : 14)

ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน พบว่า ความรู้และการดูแลตนเองไม่สัมพันธ์กับ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวผู้ป่วย และจำนวนครั้งที่นอนในโรงพยาบาล ยกเว้นการดูแลตนเองพบว่าความรู้และการดูแลตนเองสัมพันธ์กับสถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ โมรีโน และคนอื่น ๆ (Moreno and others. 1997 : 435-450) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรมสุขภาพทางบวก ปัจจัยเสี่ยง เพื่อลดอัตราการตาย และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งพบว่าความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์โดยตรงกับปัจจัยเสี่ยง และกล่าวว่าโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถป้องกันได้ด้วยการให้สุขศึกษา โดยการสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทางบวกขึ้น นั่นถือว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี ความรู้เรื่องไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง อาจเนื่องจากความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลได้ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยง หรือความรุนแรงของโรค ส่งผลให้มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในด้านความรู้กับเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กันทางบวก ในด้านเจตคติกับการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กันทางบวก และในด้านความรู้กับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันทางบวก ซึ่งในทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติทางด้านสุขภาพเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพดี แต่ทั้งนี้ต้องเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดสูงควรต้องมีความรู้ดี เจตคติที่ดีเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จึงจะมีการปฏิบัติตนที่เกิดขึ้นอย่างคงทนถาวรต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง มีพฤติกรรมที่ถูกต้องทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ดังนี้

1. ควรจัดให้มีการอบรม สัมมนา เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงอันตรายของภาวะดังกล่าว เพื่อประโยชน์ของตนเองที่จะนำมาเพื่อการปฏิบัติให้ถูกต้อง ตลอดจนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับบุตรหลาน

2. ควรส่งเสริมให้จัดโปรแกรม กิจกรรม อบรม เผยแพร่ผลงานการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง และเสริมความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ที่ถูกต้องให้กับผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการตรวจเลือดเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในกลุ่มเสี่ยง

3. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการณรงค์ผ่านสื่อต่าง ๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งตีพิมพ์ เช่น การจัดทำหรือสรรหาหนังสือ วารสารทางการแพทย์ เอกสารแผ่นพับ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรมีการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงในกลุ่มอื่น ๆ เช่น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มนักเรียนนักศึกษา เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นต่าง ๆ อุปสรรคของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกถึงปัญหา และอุปสรรคของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อได้ข้อมูลนำมาศึกษาและวางแผนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร วิสุทธิกุล. พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- กษมา สุขสวนค์. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคกลุ่มอาชีวศึกษา ภาคกลาง สังกัดกรมอาชีวศึกษา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- กาญจนา บุญทับ. ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้หญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- กาญจนา ประสานปราณ. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- กุลธิดา พานิชกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- กรองจิตร์ ชมสมุทร. ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์. โภชนาการกับชีวิตมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : นวกนก, 2527.
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. ศัพทานุกรมสำหรับปฏิบัติการในระบบสารสนเทศทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2529.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- จิรประภา ภาวิไล. การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- จินตนา รอดคำพา. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535. อัดสำเนา.

- จันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ. พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหาร โรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษา. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.
- จันททัย กลีบเมฆ. “อันตรายจากการสูบบุหรี่,” ผู้บริโภคร. 13 (1) : 18-19 ; กรกฎาคม 2528.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์, 2541.
- ชูศรี วงศ์รัตน. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- ชูศรี วงศ์รัตน. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- ติรนาช โกวิทเจริญตระกูล. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักศูนย์โรคหัวใจพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542. อัดสำเนา.
- ถนอมวรรณ อยู่ช้า. พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคคลสังกัดกรมพลศึกษาใน ส่วนกลาง. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.
- ทองหล่อ เดชไทย. “ท่านสูบบุหรี่เพราะอะไร,” สุขศึกษา. 28 : 37-40 ; ตุลาคม-ธันวาคม 2527.
- ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- ทวีสิทธิ์ สิทธิกร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษาและพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531.
- ธนวรรณ อัมสมบุญ. “การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ,” ข่าวสุขศึกษา. 4 (2) : 38-43 ; เมษายน - กันยายน 2532.
- นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล. “ภาวะทั่วโลกของโรคภัยไข้เจ็บในศตวรรษที่ 21,” วารสารจุฬาลงกรณ์ วิทยาศาสตร์. 14 (10) : 705-706 ; ตุลาคม 2540.
- นันทยา ชนะรัตน์. คู่มือเคมีคลินิกสารไขมันในเลือด. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2532.
- นิภา มบุญปิจ. การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2528.
- นิภาวัลย์ สุวรรณสร้าง. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.

- นุปผา ม้วยแก้ว. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ปรียนันตวิบูลย์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542. อัดสำเนา.
- ประภิต วาทีสาธกกิจ. “ระบุงคนไทยติดบุหรี่เพิ่มขึ้นทุกปี เฉพาะวัยรุ่นคนไม่สูบบุหรี่ แคว้รับวัน บุหรี่ก็มีสิทธิเป็นมะเร็ง” ไทยรัฐ. 31 พฤษภาคม 2540 หน้า 19.
- ประภา รัตนเมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วังบูรพา, 2526.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : อีระพัฒนา, 2532.
- ประเวศ วะสี และคนอื่น ๆ. มีสารอะไรในบุหรี่. คู่มือร่วมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 1 : 1-9 ; พฤศจิกายน 2529.
- ปิยนุช ปัญญาธีระ. พฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรค เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี. ปรียนันตวิบูลย์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542. อัดสำเนา.
- แผนกเวชระเบียนและสถิติ, กอง. สถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2539-2541. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2541.
- พัฒน์ สัจจางค์. สุขศึกษา. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2522.
- พัฒน์ สัจจางค์. บุหรืมีพิษชีวิตเป็นภัย. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2529.
- ไพบุลย์ เทวรักัน. จิตวิทยาการศึกษาพฤติกรรมภายในและภายนอก. กรุงเทพฯ : ภาควิชา จิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- ไพศาล หวังพานิช. การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ฟิงเกอร์ปรีนแอนด์ มีเดีย, 2535.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
- พิมพ์ร วัชรพงศ์กุล และวิไลลักษณ์ ศรีสุระ. “โคเลสเตอรอลในอาหารไทย,” โภชนาการสาร. 23 (4) : 202-212 ; มีนาคม 2532.
- พรทิพย์ โล่ห์เลขา. โลโปโปรตีนและภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อุษากการพิมพ์, 2538.

- เพชร อินทรพานิช. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมืองอุดรธานี วิทยานิพนธ์ พย.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536. อัดสำเนา.
- ไพโรจน์ โจลิตสาร์ทกุล. เจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของครูในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัด สำนักงานประถมศึกษา จังหวัดเชียงราย. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531. อัดสำเนา.
- ภาวดี มโนหาญ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการปรับตัวใน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536. อัดสำเนา.
- มนต์ชัย ชลาประวรัตน์. ตำราอายุรศาสตร์ 1 โครงการตำราจุฬาอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ : ศูนย์ตีพิมพ์ลิเคชั่น, 2539.
- มาลี ธรรมลิขิตกุล. การศึกษาปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่มารับบริการด้านการรักษา พยาบาล. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526.
- มณฑนา เจริญกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- โยธิน คันสนยุท และคนอื่น ๆ. จิตวิทยา. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2533.
- รัตนา พากเพียรกิจวัฒนา, สุนาญ เตชางาม และวิชัย ดันไพจิตร. โภชนศาสตร์ประยุกต์. กรุงเทพฯ : บริษัทประยูรวงศ์จำกัด, 2529.
- รวีวรรณ ยศวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บทบาทหน้าที่ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535. อัดสำเนา.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, 2530.
- ลินจง โปธิบาล. “ความชุกของปัจจัยเสี่ยง ภาวะเสี่ยง และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุไทย,” พยาบาลสาร. 22 (1) : 1-9 ; มกราคม-มีนาคม 2538.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศึกษาพร, 2531.
- วงศ์จันทร์ ไกรมาก. “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดภาวะไขมันสูงในเลือด,” วชิรเวชสาร. 41 (3) : 195-199 ; กันยายน 2540.

- วรรณวิมล เบญจกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.บ. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535. อัดสำเนา.
- วราภรณ์ นาครัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- วราภรณ์ แสงวัชร. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลเลิดสิน. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537. อัดสำเนา.
- วิทย์ เทียงบุญธรรม. พจนานุกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. กรุงเทพฯ : นิยมวิทยา, 2533.
- วิชัย ต้นไผ่จิตร. โภชนศาสตร์คลินิก. กรุงเทพฯ : อักษรสมัย, 2530.
- วิชัย ต้นไผ่จิตร และคนอื่น ๆ. โภชนศาสตร์. กรุงเทพฯ : อักษรสมัย, 2529.
- วิชัย ต้นไผ่จิตร, รัตนา พากเพียรกิจวัฒนา และสุนาฏ เตชงาม. โภชนศาสตร์ประยุกต์. กรุงเทพฯ : บริษัทประยูรวงศ์จำกัด, 2529.
- วิเชียร ทวีลาภและคนอื่น ๆ. หลักการบริหารการพยาบาล. ม.ป.ป., 2523
- วิเชียร เกตุสิงห์. “คำเฉลี่ยกับการแปลความหมายเรื่องง่ายที่บางครั้งก็พลาดได้,” ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18 (3) : 9 ; กุมภาพันธ์-มีนาคม 2538.
- วินัย ตะห์ลัน. “น้ำมันและลิปิตที่ไหลซึมในเลือด,” ใน : ธิดา นิสานนท์ และอรรณพ เรืองสมบุญ. สารอาหารที่นิยมใช้เพื่อเสริมสุขภาพและต้านโรค. หน้า 268 กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- วิไลลักษณ์ จันทร์พวง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคการสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- วิไลลักษณ์ วรรณะ. การศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- วินัส ดันติบูล. โรคหัวใจขาดเลือด : โภชนาการและการป้องกัน. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- วินัส ลิพทกุล. “โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ : ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน,” สารสภากาพยาบาล. 11 (3) : 39 - 45 ; กรกฎาคม-กันยายน 2539.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. “โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยอายุน้อย,” วารสารโรคหัวใจ. 1 (1) : 86-94 ; กุมภาพันธ์ 2531.

- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- ศราวดี ตันธรรมจาริก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษา
ด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- ศศธร พันธุ์เมธีศรี. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ
บี ของสตรีมีครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลราชวิถี วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.
- สนอง เพชรคง. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และ
สาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- สมจิตต์ สุพรรณทาส์. “การวิจัยทางสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ,” อนามัยครอบครัว
22 (2) : 50-51 ; กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2524.
- สมใจ วิชัยดิษฐ์ และคนอื่นๆ. โภชนศาสตร์ประยุกต์. กรุงเทพฯ : สื่ออักษร, 2529.
- สมชาติ โลจายะ. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์
โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2536.
- สมบูรณ์ บุญเกียรติ. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้มารับบริการ แผนก
ผู้ป่วยนอกกรณีเวชกรรม วชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.
- โสภิตา เมธาวี. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุชมรมผู้สูง
อายุเมืองพล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ พย.ม. ขอนแก่น :
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2535. อัดสำเนา.
- สุชา จันทรเฒ. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2524.
- สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- สุธีรา นัยจันทร์. การศึกษานโยบายของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัว
ผู้ให้บริการศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดงและครอบครัวสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสงฆ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530.
อัดสำเนา.
- สุเพียร เปรมปราโมทย์. “ความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี,” สรรพสิทธิเวชสาร. 18 (3) : 145 ;
กรกฎาคม-กันยายน 2539.

- สุพร พริ้งเพริศ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- สุพรรณิ อีระเจตกุล. ความสัมพันธ์ระหว่าง มโนทัศน์ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2539. อัดสำเนา.
- สุภาภรณ์ ดั่งแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- สุรีย์ จันทรโมลี และคนอื่น ๆ สุขศึกษาในสถานบริการทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
- สุรีย์ จันทรโมลี. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. รายงานการวิจัย เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สุวิชา จันทรสุริยกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- สาธารณสุข, กระทรวง. รายงานสถิติประจำปี 2536. กรุงเทพฯ : ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข กลาง/กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
- สาธารณสุข, กระทรวง. ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2537.
- สาธารณสุข, กระทรวง. แผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8. กรุงเทพฯ : กองสุศึกษา. กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. การจำแนกประเภทอาชีพ. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี้, 2534.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2535. ทั่วราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี้, 2535.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว พ.ศ. 2536. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ม.ป.ป.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. สำมะโนประชากรและเคหะ : ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2533. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี้, 2537.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ 2539. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539.

สถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2539-2541. กรุงเทพฯ : แผนกเวชระเบียนและสถิติ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 101-102.

สันต์ หัตถิรัตน์. “สุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์,” หมอชาวบ้าน. 19 (218) : 15 ; มิถุนายน 2540.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปสาธารณสุขที่สำคัญ

พ.ศ. 2538-2539. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539.

หลุย จำปาเทศ. จิตวิทยาสัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย, 2533.

อรรถัย ลิ้มตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ของนักเรียนระดับอุดมศึกษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,

2534. อัดสำเนา.

อรอนงค์ พัฒนพงษ์ไพบุรณ์. ศักยภาพในการเผยแพร่ความรู้เพื่อชีวิต สารที่ท้าทายของครู

โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์

กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.

อารีย์ บุณณะตระกูล. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อ

ระบบทางเดินหายใจที่ได้รับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก.

ปรินิพนธ์กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,

2533. อัดสำเนา.

อุบล ตุลยาภรณ์. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่องานสุขศึกษา

ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์กศ.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.

อุบล นิวัติชัย. หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : ภาควิชาพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาล

ศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.

อัจฉริยา พวงแก้ว. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจใน

กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

อัดสำเนา.

อัจฉรา โอประเสริฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน

ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

Bloom, S. Benjamin. Taxonomy of Education objective Hand Book I : Cognitive Domain.

New York : Devid McKay Company, Inc., 1975.

Barrow, Geogia M. and Patricia A Smith. Aging, Ageism and Society. St. pavl, Minn

: West Publishing Company, 1979.

- Becker, Marshall H. and Maiman, Lois A. "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendation," Medical Care. 13 (1) : 10-24 ; January, 1975.
- Burke, L.M. "Dietary management of Hyperlipidemia," Journal of Cardiovascular Nursing. 5 (2) : 33 ; January, 1991.
- Campbell - Forsyth, L. "Patients' Perceived Knowledge and learning need concerning radiation therapy," Cancer Nursing. 13 (8) : 81-89 ; August, 1990.
- Cobb, S. "Social Support as a moderation of life stress," Psychomatic Medicine. 38 (5) : 300-313 ; September-October, 1976.
- Cohen, S. and Willis, T.A. "Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis," Psychological Bullentin. 98 (2) : 310-357 ; September, 1985.
- Counte, M.A. and L.P. Christma. Interpersonal Behavior and Health Care. Colorado : Westview Press, 1981
- Cronbach. Lee Joseph. Esentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Marper and Row, 1970.
- Eplliopoulos, C. Gerontological nursing. 4th ed. Philadelphia : tippincott, 1997.
- Gotto, A.M. Jr. and others. "Recommendation for Treatment of Hyperlidemia in Adult," Circulation. 69 (5) : 1065A-1090A ; May, 1981.
- Good, V.C. (Ed), Dictionary of Education. 3rd ed. New York : McGraw - Hill Book Company, 1973.
- Hanlon and pickett, G.E. Public Health Administration and Practice. 8th ed Louis : Times Mirrow / Mosby College Publishing, 1984.
- House, Jame S. Work Stress and Social Support. Phillippines : Addison - Wesley Publishing Company, Inc., 1981.
- Hubbard, P., A.F. Muhlenkamp and Brown, N. " The relationship between Social Support and Self-Care practice," Nursing Research. 33 (1) : 266-269 ; September-October, 1984.
- Krecth D. and Cruthfield. Theory and Problem in Social Psychology. New York : McGraw -Hill Book Company, 1948.
- Leventhal. E.A. and others. "Age Related Changes in Preventive Health Behavior," Paperpresented at the Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society. San Francisco : Alexandria. VA. EDRS. ED 244198., 1983.

- Moreno C., and others. "Heart disease education and prevention program," Journal of Community Health. 22 (6) : 435-450 ; September 1997.
- Muhlenkamp, A.F. and Sayles, J.A. " Self - Esteem, Social Support and Positive Health Practices, " Nursing Research. 35 (6) : 334-338 ; November-December, 1986.
- Orem, D. E. Nursing : Concepts of Practice. 3rd ed. New York : Mc. Graw Hill Book Co., 1985.
- Orem, D. E. Nursing : concepts of practices. 4th ed. St. Louise : Mosby - Year Book, 1991.
- Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice. East Norwalk : Appleton- Century Crofts, 1982.
- Perder, N. J. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. California Appleton & lange, 1987.
- Phillip, L.R. Socail Support of the alder Client. In Salisbury, C.S.(ed), Clinical gerontological nursing a guide to advanced practice, pp 535 philadelphia : W.B. Saunder, 1991.
- Pinneo, R. "Living with coronary artery disease : the nurse role," The nursing clinics of North America. 19 (1) : 459-467 ; September, 1984.
- Roger E M. Diffusion of Innovation. 3rd New York : Free Press, 1983.
- Speak, D.L., Cowart and Pettet, K. "Health Perception and Life style of the Elderly," Research in Nursing and Health. 12 (2) : 93-100 ; April, 1987.
- Stacy, Richard Dance. "The Relationspip of Selected Variables and Smoking Cessation by Diabetes Patients," Dissertation Abstracts International. 47 (05) : 1616-A ; July 1986.
- Sutherland, D; and Murphy, E. "Social Support among elderly in two Community program," Journal of Gerontological Nursing 21 (4) : 31-38 ; February, 1995.
- The Lexicon Webster. Dictionary (Encyclopedia Edition). The United States of America : the English Language Institute of America Inc., 1977.
- Tilden. V.P. "Issue of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Contruction of Nursing Theory," Research in Nursing and Health. 8 (3) : 199-206 ; June, 1985.

- Weiss, R. The provision of social relationship. Inclosing unto Others. Zick, R. (ed).pp.
15-26. Englewood Clifts : N.J. Prentice Hall, 1974.
- Yamane, Taro. Statistics : An Introductory Analysis. 2nd ed. New York : Harper and
Row, 1967.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

หนังสือขอความอนุเคราะห์และรายนามผู้เชี่ยวชาญ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ...บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5664, 5646

ที่...ทม 1007/๒๖๖/...วันที่...๑๖ มกราคม 2543

เรื่อง...ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวอารี บินทบัญญัติ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑิตพงษ์ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ใต้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชิญชวนให้ นางสาวอารี บินทบัญญัติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1007/ ๐๓๗๐



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๔๖ มกราคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวอารี บินทัญญา นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำปริญญาโท เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วีนัส บัณฑิตพงษ์ และ รองศาสตราจารย์ ณาพร มัชฌิมกิจ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงทสสนี นุชประยูร และ นางสาวสิรินุช เกื้อกุล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวอารี บินทัญญา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5646

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/0487



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุโขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

18 มีนาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวอารี บินทบัญญัติ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑาสพงษ์ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 381 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวอารี บินทบัญญัติ ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

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

โทรสาร. 258-4119

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|--|--|
| 1. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงทสสินี นุชประยูร | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
ประจำคณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร |
| 4. อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร |
| 5. นางสาวสิรินุช เกื้อกุล | นักสุขศึกษา ดิภพปร. ชั้น 2
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |

ภาคผนวก ข.
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

เนื่องด้วยผู้วิจัย นางสาวอารี บินทปัญญา นิสิตปริญญาโท เอกสุศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ตอน ดังนี้

- แบบสอบถามตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว
- แบบสอบถามตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง
- แบบสอบถามตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง
- แบบสอบถามตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง
- แบบสอบถามตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว

จึงใคร่ขอความกรุณาในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเห็นของท่าน ตามความเป็นจริง ซึ่งข้อมูลนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อทุกท่าน
ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไว้ ณ โอกาสนี้

นางสาวอารี บินทปัญญา

แบบสอบถามฉบับที่

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

ผู้ให้ข้อมูล ชื่อ (ผู้ถูกสัมภาษณ์)

บ้านเลขที่.....

วันที่เก็บข้อมูล

แบบสอบถามตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านประชากร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () ที่กำหนดไว้ในวงเล็บ ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. อายุ

☐ 20-30 ปี☐ 51-60 ปี☐ 31-40 ปี☐ 60 ปีขึ้นไป☐ 41-50 ปี

2. เพศ

☐ ชาย☐ หญิง

3. อาชีพ

☐ ค้าขาย☐ แม่บ้าน☐ รับจ้าง☐ นักเรียน / นักศึกษา☐ เกษตรกรรม☐ ลูกจ้างเอกชน☐ รับราชการ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

4. สถานภาพสมรส

☐ โสด☐ คู่☐ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

☐ ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียน ☐ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช./อนุปริญญา☐ ระดับประถมศึกษา☐ ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป

6. รายได้ครอบครัว

- () ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน
 () ตั้งแต่ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน
 () ตั้งแต่ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน
 () สูงกว่า 15,000 บาทต่อเดือน

7. การสูบบุหรี่

- () สูบบุหรี่
 () ไม่สูบบุหรี่
 () สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง
 () เคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว

8. ท่านมีไขมันในเลือดสูงหรือไม่

- () ไม่ทราบ (ถ้าท่านตอบข้อนี้ โปรดข้ามไปตอบข้อที่ 11)
 () สูง ได้แก่ โคเลสเตอรอล/ไตรกลีเซอไรด์ สูงสุด...../..... มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
 () ไม่สูง (ระบุ) มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

9. ทำไมท่านถึงรู้ระดับไขมันในเลือดของท่าน

- () เจาะเลือดตอนไปเช็คร่างกาย
 () มีอาการและแพทย์ให้เจาะเลือดตรวจ
 () อื่น ๆ ระบุ

10. ท่านเจาะเลือดตรวจไขมันในเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อ ปีเดือน

11. ท่านต้องการทราบระดับไขมันในเลือดของท่านในปัจจุบันหรือไม่

- () ต้องการ เพราะ
 () ไม่ต้องการ เพราะ

12. ภาวะไขมันในเลือดสูงพบในบรรพบุรุษ ได้แก่

- () บิดา () ไม่พบ
 () มารดา () ไม่ทราบ
 () ปู่ย่า () อื่น ๆ (ระบุ).....
 () ตายาย

แบบสอบถามตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องใดช่องหนึ่ง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. การรับประทานอาหารทะเล (กุ้ง, หอย, ปลาหมึก) จะทำให้มีโคเลสเตอรอลสูง			
2. สาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือด เกิดจากหลอดเลือดแดงแข็งตัว			
3. ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด			
4. ค่าของโคเลสเตอรอลปกติต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิลิตร			
5. ค่าของไตรกลีเซอไรด์ปกติต่ำกว่า 150 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิลิตร			
6. การรับประทานไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง, น้ำมันมะกอก เป็นต้น เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจ			
7. คนที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงควรงดการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์			
8. การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้			
9. การสูบบุหรี่มีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัว ทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น			
10. การดื่มสุราเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้			
11. ผู้ที่มีโคเลสเตอรอลสูง ควรรับประทานเนื้อปลา ผัก ผลไม้ แทนเครื่องในสัตว์ และหนังสัตว์			
12. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ไม่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด			

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
13. ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงนาน ๆ มีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน			
14. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนปกติ			
15. ระดับน้ำตาลในเลือดปกติมีค่า = 70-120 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิลิตร			
16. ไขมันในเลือดมีประโยชน์ในการที่ร่างกายนำไปสร้างน้ำดี ฮอรโมน และวิตามินดี			
17. ในไขมันมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด			
18. การออกกำลังกายช่วยลดระดับไขมันในเลือดได้			
19. การรับประทานน้ำตาลทราย หรือขนมหวานมาก ๆ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง			
20. การมีภาวะไขมันในเลือดสูงนาน ๆ มีผลทำให้หัวใจขาดเลือดได้			
21. ท่านต้องงดอาหารอย่างน้อย 12 ชั่วโมงก่อนมาเจาะเลือด เพื่อหาระดับไขมันทุกชนิด			
22. ภาวะไขมันในเลือดสูงมักพบในครอบครัวที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นภาวะไขมันในเลือดสูง			
23. วิธีคุมปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม			
24. วิธีคุมปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยรับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารให้มากขึ้น			

แบบสอบถามตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง หลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค					
1. การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้					
2. ถ้าสมาชิกในครอบครัวของท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูง ท่านมีโอกาสที่จะเกิดภาวะดังกล่าวได้					
3. การออกกำลังกายมากเกินไป ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้					
การรับรู้ความรุนแรงของโรค					
4. ภาวะไขมันในเลือดสูงเมื่อเป็นแล้วไม่สามารถควบคุมได้					
5. ภาวะไขมันในเลือดสูง อาจถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้					
6. การเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงมักพบในครอบครัว ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นภาวะดังกล่าว					
7. การมีภาวะไขมันในเลือดสูงนาน ๆ โดยไม่ได้ทำการรักษา อาจทำให้เกิดตับอ่อนอักเสบ					
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ					
8. การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ทำได้ง่ายกว่าการรักษา					
9. ท่านควรตรวจสอบสุขภาพประจำปี เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ					

คำถาม	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
10. ท่านควรตรวจคลื่นหัวใจประจำปี เพื่อ ป้องกันการเกิดโรคหัวใจ					
11. การพยายามหาความรู้เพิ่มเติม ในการไม่ ให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสิ่งที่ควร กระทำ					
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ					
12. ท่านไม่ต้องการเจาะเลือด เพื่อตรวจหา ระดับไขมัน เนื่องจากกลัวเจ็บ					
13. การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ท่าน สามารถทำได้ ถ้าท่านมีความรู้เพียงพอ					
14. ท่านไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ ถ้ามี ความรู้เรื่องสุขภาพดี สามารถป้องกัน โรคต่าง ๆ ได้					
15. ท่านไม่มีเวลาออกกำลังกาย					

แบบสอบถามตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องหลังข้อความ ที่ตรงกับกรกระทำของท่าน
มากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็น ครั้งคราว	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
1. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติด มัน หรือหนังสัตว์			
2. ท่านรับประทานอาหารพวกเนื้อปลา			
3. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมู หรือหนังไก่			
4. ท่านเลือกชนิดของน้ำมันพืชในการปรุง อาหาร			
5. ท่านชอบรับประทานอาหารหวาน			
6. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากและย่อยง่าย เช่น พืช ผัก ผลไม้			
7. ท่านรับประทานอาหารมือเย็น ในปริมาณ ที่มากกว่ามืออื่น			
8. ท่านรับประทานอาหารจนอิ่มเกินความ ต้องการของร่างกาย			
9. ท่านเลือกรับประทานอาหารคำนึงถึงคุณค่า อาหารมากกว่าคำนึงถึงอาหารที่ชอบ			
10. ท่านใช้ผักในการประกอบอาหารเป็นส่วน ใหญ่			
11. ท่านดื่มสุรา หรือแอลกอฮอล์			
12. ท่านออกกำลังกาย ได้แก่ การเดิน, เดินเร็ว หรือรำมวยจีน เป็นต้น ครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน			
13. ท่านจะอาบน้ำหลังออกกำลังกายเสร็จแล้ว อย่างน้อย 30 นาที			
14. ท่านปรึกษาแพทย์ก่อนปรับเปลี่ยน-ลด หรือ หยุดรับประทานยา			

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็น ครั้งคราว	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
15. ท่านมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง			
16. ท่านตรวจเช็คร่างกายประจำปี เพื่อดูว่า เป็นโรคหัวใจ, โรคไต, โรคหลอดเลือดใน สมอง, โรคตา หรือไม่			

แบบสอบถามตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องหลังข้อความ ที่ตรงกับการกระทำของท่าน
มากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับ
1. การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์					
1. ท่านรู้สึกว่ามีสมาชิกในครอบครัวพอใจเมื่อได้ใกล้ชิดท่าน					
2. สมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจแก่ท่านในการต่อสู้กับภาวะหรือโรคที่เป็นอยู่					
3. เมื่อท่านมีเรื่องเดือดร้อนหรือไม่สบายใจ สมาชิกในครอบครัวจะรับฟังท่านปรับทุกข์					
4. คนในครอบครัวทำให้ท่านมีความรู้สึกอบอุ่น มั่นใจ และปลอดภัย					
5. ในระหว่างการเจ็บป่วย ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ห่วงใย					
2. ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม					
6. ท่านมีโอกาสได้ร่วมเดินทางไปเที่ยว คุมหรสพ กับสมาชิกในครอบครัว					
7. เมื่อมีงานบุญ งานแต่งงาน งานบวช สมาชิกในครอบครัวมักจะช่วยงานในนามของท่านด้วย					
8. คนในครอบครัวสนับสนุนท่านในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การไปวัด ชมรม					
9. สมาชิกในครอบครัวเห็นด้วยกับท่าน เมื่อท่านต้องการไปพบเพื่อนฝูงหรือไปร่วมงานที่ชุมชนจัดขึ้น					
10. ท่านมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น หรือตัดสินใจร่วมกับคนในครอบครัวในเรื่องเกี่ยวกับความประพฤติและการศึกษาของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับ
3. การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน					
11. สมาชิกในครอบครัว จะคอยให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอย่างดี					
12. สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้จัดเตรียม ดูแลเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้แก่ท่าน					
13. สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือท่าน โดยจัดที่อยู่อาศัยให้สะดวกในชีวิตประจำวัน					
14. สมาชิกในครอบครัวดูแลช่วยเหลือท่าน ในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง					
15. หากท่านมีอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น หรืออื่น ๆ สมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือท่าน					
4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
16. สมาชิกในครอบครัวคอยเตือนท่าน เกี่ยวกับการไปตรวจตามแพทย์นัด					
17. สมาชิกในครอบครัวให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับภาวะไขมันในเลือดสูงแก่ท่าน					
18. สมาชิกในครอบครัวมักชวนให้ท่านอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูรายการโทรทัศน์ โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ หรือภาวะไขมันในเลือดสูงที่ท่านเป็นอยู่					
19. ในระหว่างที่ท่านมาพบแพทย์ สมาชิกในครอบครัวจะร่วมฟังคำแนะนำต่าง ๆ ตลอดจนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของท่าน					

ภาคผนวก ค.

ลักษณะคำถามการทดสอบความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง

ลักษณะข้อความด้านเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

ลักษณะข้อความด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

ลักษณะข้อความด้านการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

ลักษณะคำถามแบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อความที่มีความหมายทางด้านบวก ได้แก่ข้อต่อไปนี้

1 2 3 4 5 8 9 10 11 13 14 15

16 17 18 19 20 21 22 23 24

ข้อความที่มีความหมายทางด้านลบ ได้แก่ข้อต่อไปนี้

6 7 12

ลักษณะข้อความด้านเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อความที่มีความหมายทางด้านบวก ได้แก่ข้อต่อไปนี้

8 9 10 11 13

ข้อความที่มีความหมายทางด้านลบ ได้แก่ข้อต่อไปนี้

1 2 3 4 5 6 7 12 14 15

ลักษณะข้อความด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อความที่มีความหมายทางด้านบวก ได้แก่ข้อต่อไปนี้

2 4 6 9 10 11 12 13 14 15 16

ข้อความที่มีความหมายทางด้านลบ ได้แก่ข้อต่อไปนี้

1 3 5 7 8

ลักษณะข้อความด้านการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อความที่มีความหมายทางด้านบวก ได้แก่ข้อต่อไปนี้

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

14 15 16 17 18 19

ข้อความที่มีความหมายทางด้านลบ ได้แก่ข้อต่อไปนี้

ไม่มีข้อความทางด้านลบ

ภาคผนวก ง.
คุณภาพเครื่องมือ

ตาราง 39 ค่าสถิติแสดงค่าความยากง่าย (P) ของแบบทดสอบความรู้ และค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามเจตคติ การปฏิบัติ และการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อ	ค่าความยากง่าย (P)	ค่าอำนาจจำแนก (r)			
		ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ	การสนับสนุน จากครอบครัว
1	0.57	0.29	2.57	2.17	3.95
2	0.68	0.50	2.75	4.19	5.90
3	0.79	0.29	2.32	2.83	5.28
4	0.36	0.57	3.65	2.43	4.69
5	0.32	0.50	3.80	2.05	5.76
6	0.64	0.57	3.49	3.31	4.52
7	0.46	0.50	3.08	2.50	4.07
8	0.50	0.86	1.81	4.02	2.54
9	0.68	0.64	1.16	2.73	3.64
10	0.61	0.64	2.45	2.41	2.17
11	0.79	0.43	2.40	2.80	4.41
12	0.54	0.36	3.07	1.94	5.73
13	0.57	0.29	1.40	2.36	5.80
14	0.61	0.50	3.27	3.58	4.89
15	0.36	0.57	2.55	4.37	5.69
16	0.39	0.50		2.18	5.50
17	0.43	0.71			4.96
18	0.82	0.36			3.35
19	0.61	0.50			3.70
20	0.68	0.50			
21	0.64	0.43			
22	0.61	0.64			
23	0.43	0.57			
24	0.75	0.50			

ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เท่ากับ	0.8681
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติเท่ากับ	0.8827
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติเท่ากับ	0.6898
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวเท่ากับ	0.9605

ตาราง 40 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกเป็นรายคู่

ข้อ	ข้อความ	X	S
1.	การรับประทานอาหารทะเล (กุ้ง, หอย, ปลาหมึก) จะทำให้มีโคเลสเตอรอลสูง.....	0.67	0.47
2.	สาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือด เกิดจากหลอดเลือดแดงแข็งตัว.....	0.73	0.44
3.	ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด....	0.81	0.39
4.	ค่าของโคเลสเตอรอลปกติต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิลิตร.....	0.31	0.46
5.	ค่าของไตรกลีเซอไรด์ปกติต่ำกว่า 150 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิลิตร.....	0.19	0.40
6.	การรับประทานไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง, น้ำมันมะกอก เป็นต้น เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจ.....	0.45	0.50
7.	คนที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงควรงดการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์.....	0.34	0.47
8.	การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้.....	0.44	0.50
9.	การสูบบุหรี่มีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัว ทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น.....	0.71	0.45
10.	การดื่มสุราเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้.....	0.48	0.50
11.	ผู้ที่มีโคเลสเตอรอลสูง ควรรับประทานเนื้อปลา ผัก ผลไม้ แทนเครื่องในสัตว์ และหนังสัตว์.....	0.87	0.34
12.	ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ไม่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด.....	0.46	0.50
13.	ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงนาน ๆ มีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน.....	0.57	0.50
14.	ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนปกติ.....	0.62	0.49
15.	ระดับน้ำตาลในเลือดปกติมีค่า = 70-120 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิลิตร.....	0.44	0.50
16.	ไขมันในเลือดมีประโยชน์ในการที่ร่างกายนำไปสร้างน้ำดี สอริโมนและวิตามินดี.....	0.38	0.48

ตาราง 40 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	X	S
17.	ในไขมันมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด.....	0.46	0.50
18.	การออกกำลังกายช่วยลดระดับไขมันในเลือดได้.....	0.93	0.25
19.	การรับประทานน้ำตาลทราย หรือขนมหวานมาก ๆ เป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง.....	0.66	0.47
20.	การมีภาวะไขมันในเลือดสูงนาน ๆ มีผลทำให้หัวใจขาดเลือดได้.....	0.78	0.42
21.	ท่านต้องงดอาหารอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ก่อนมาเจาะเลือด เพื่อหาระดับไขมันทุกชนิด.....	0.88	0.33
22.	ภาวะไขมันในเลือดสูงมักพบครอบครัวในครอบครัวที่มีประวัติ สมาชิกในครอบครัวเป็นภาวะไขมันในเลือดสูง.....	0.34	0.47
23.	วิธีคุมปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดย การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม.....	0.18	0.38
24.	วิธีคุมปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดย รับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารให้มากขึ้น.....	0.86	0.35

ตาราง 41 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทางด้านเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกเป็นรายข้อ

ข้อ	ข้อความ	$\bar{X}$	S
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค			
1.	การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้.....	4.07	0.56
2.	ถ้าสมาชิกในครอบครัวของท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูง ท่านมีโอกาสที่จะเกิดภาวะดังกล่าวได้.....	2.13	0.72
3.	การออกกำลังกายมากเกินไป ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้.....	3.51	1.15
การรับรู้ความรุนแรงของโรค			
4.	ภาวะไขมันในเลือดสูงเมื่อเป็นแล้วไม่สามารถควบคุมได้.....	3.22	1.24
5.	ภาวะไขมันในเลือดสูง อาจถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้.....	2.24	0.86
6.	การเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงมักพบในครอบครัว ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นภาวะดังกล่าว.....	2.23	0.78
7.	การมีภาวะไขมันในเลือดสูงนาน ๆ โดยไม่ได้ทำการรักษาอาจทำให้เกิดตับอ่อนอักเสบ.....	2.06	0.56
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ			
8.	การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ทำได้ง่ายกว่าการรักษา.....	4.14	0.69
9.	ท่านควรตรวจสุขภาพประจำปี เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ.....	1.32	0.57
10.	ท่านควรตรวจคลื่นหัวใจประจำปี เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ.....	4.50	0.69
11.	การพยายามหาความรู้เพิ่มเติม ในการไม่ให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นสิ่งที่ควรกระทำ.....	1.45	0.54
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ			
12.	ท่านไม่ต้องการเจาะเลือด เพื่อตรวจหาระดับไขมัน เนื่องจากกลัวเจ็บ.....	3.95	1.15
13.	การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ท่านสามารถทำได้ ถ้าท่านมีความรู้เพียงพอ.....	1.80	0.66
14.	ท่านไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ ถ้ามีความรู้เรื่องสุขภาพดี สามารถป้องกันโรคต่าง ๆ ได้.....	3.64	1.18
15.	ท่านไม่มีเวลาออกกำลังกาย.....	3.21	1.31

ตาราง 42 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกเป็นรายข้อ

ข้อ	ข้อความ	$\bar{X}$	S
1.	ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมันหรือหนังสัตว์.....	2.06	0.54
2.	ท่านรับประทานอาหารพวกเนื้อปลา.....	2.58	0.52
3.	ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมู หรือหนังไก่.....	2.52	0.59
4.	ท่านเลือกชนิดของน้ำมันพืชในการปรุงอาหาร.....	2.78	0.51
5.	ท่านชอบรับประทานอาหารหวาน.....	1.94	0.55
6.	ท่านรับประทานอาหารที่มีกากและย่อยง่าย เช่น พืช ผัก ผลไม้.....	2.73	0.45
7.	ท่านรับประทานอาหารมื่อเย็น ในปริมาณที่มากกว่ามื้ออื่น.....	1.75	0.64
8.	ท่านรับประทานอาหารจนอิ่มเกินความต้องการของร่างกาย.....	1.93	0.67
9.	ท่านเลือกรับประทานอาหารคำนึงถึงคุณค่าอาหารมากกว่าคำนึงถึงอาหารที่ชอบ.....	2.32	0.56
10.	ท่านใช้ผักในการประกอบอาหารเป็นส่วนใหญ่.....	2.67	0.48
11.	ท่านดื่มสุรา หรือแอลกอฮอล์.....	2.70	0.49
12.	ท่านออกกำลังกาย ได้แก่ การเดิน, เดินเร็ว หรือรำมวยจีน เป็นต้น ครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน.....	1.98	0.80
13.	ท่านจะอาบน้ำหลังออกกำลังกายเสร็จแล้วอย่างน้อย 30 นาที.....	2.15	0.80
14.	ท่านปรึกษาแพทย์ก่อนปรับเพิ่ม-ลด หรือหยุดรับประทานยา.....	2.56	0.77
15.	ท่านมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง.....	2.81	0.48
16.	ท่านตรวจเช็คร่างกายประจำปี เพื่อดูว่าเป็นโรคหัวใจ, โรคไต, โรค หลอดเลือดในสมอง, โรคตา หรือไม่.....	2.13	0.81

ตาราง 43 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับ
ภาวะไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จ้าแนก

ข้อ	ข้อความ	$\bar{X}$	S
1. การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์			
1.	ท่านรู้สึกว้าสมาชิกในครอบครัวพอใจเมื่อได้ใกล้ชิดท่าน.....	3.09	0.89
2.	สมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจแก่ท่านในการต่อสู้กับภาวะ หรือโรคที่เป็นอยู่.....	3.08	0.93
3.	เมื่อท่านมีเรื่องเดือดร้อนหรือไม่สบายใจสมาชิกในครอบครัว จะรับฟังท่านปรับทุกข์.....	2.98	0.98
4.	คนในครอบครัวทำให้ท่านมีความรู้สึกอบอุ่น มั่นใจ และปลอดภัย.....	3.15	0.96
5.	ในระหว่างการเจ็บป่วย ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ห่วงใย.....	3.06	0.96
2. ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม			
6.	ท่านมีโอกาสดูแลร่วมเดินทางไปเที่ยวดูมหรสพ กับสมาชิกในครอบครัว.....	2.40	1.06
7.	เมื่อมีงานบุญ งานแต่งงาน งานบวชสมาชิกในครอบครัวมักจะช่วยงานในนามของท่านด้วย.....	2.75	1.00
8.	คนในครอบครัวสนับสนุนท่านในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การไปวัด ชมรม.....	2.62	1.02
9.	สมาชิกในครอบครัวเห็นด้วยกับท่าน เมื่อท่านต้องการไปพบเพื่อนฝูงหรือไปร่วมงานที่ชุมชนจัดขึ้น.....	2.69	0.99
10.	ท่านมีโอกาสดูแลแสดงความคิดเห็น หรือตัดสินใจร่วมกับคนในครอบครัวในเรื่องเกี่ยวกับความประพฤติและการศึกษาของสมาชิกในครอบครัวตลอดจนค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว.....	2.97	0.93
3. การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินและแรงงาน			
11.	สมาชิกในครอบครัว จะคอยให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอย่างดี.....	2.76	1.06
12.	สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้จัดเตรียม ดูแลเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้แก่ท่าน.....	2.07	1.09
13.	สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือท่าน โดยจัดที่อยู่อาศัยให้สะดวกในชีวิตประจำวัน.....	2.20	1.14
14.	สมาชิกในครอบครัวดูแลช่วยเหลือท่านในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง.....	2.16	1.10

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวอารี บินทปัญญา
เกิดวันที่	10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2513
สถานที่เกิด	จังหวัดลพบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	1873 หอพักพยาบาลกุลพิพัฒน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพระดับ 5
สถานที่ทำงานในปัจจุบัน	ตึก ภปร. ชั้น 15 อายุรกรรมพิเศษ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ประวัติการศึกษา	
	พ.ศ. 2533 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนพิบูลวิทยาลัย จังหวัดลพบุรี
	พ.ศ. 2537 พย.บ. (พยาบาลศาสตรบัณฑิต) วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
	พ.ศ. 2543 กศ.ม. (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร กรุงเทพมหานคร

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนก
อายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บทคัดย่อ
ของ
อารี บินทปัญญา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
พฤศจิกายน 2543

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายคือ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสูบบุหรี่ และการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ เจตคติกับการปฏิบัติ และความรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ เป็น ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 381 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (T-Test) การทดสอบค่าเอฟ (F-Test) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับพอใช้ และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับค่อนข้างดี
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีเพศต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพต่างกันมีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

8. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสูบบุหรี่ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูง และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน

9. ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวต่างกัน มีเจตคติต่อภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวต่างกันมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

10. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในด้านความรู้กับเจตคติ เจตคติกับการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กันทางบวก แต่ความรู้กับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

HEALTH BEHAVIOR OF HYPERLIPIDEMIA PATIENTS AT
MEDICAL OUT PATIENTS DEPARTMENT IN KING
CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
AREE BINTAPANYA

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
November 2000

The purposes of this study were to compare and find out the relationships between knowledge, attitude and practice of hyperlipidemia patients at Medical Out - Patient Department in King Chulalongkorn Memorial Hospital. The variables were age, sex, occupation, marital status, educational level, income, smoking and family support.

The sample was 381 hyperlipidemia patients selected by purposive sampling. All of the data were obtained by questionnaires and analysis for percentage, arithmetic mean, standard deviations, T-test, F-test and Pearson product moment correlation coefficient.

The results were as follows :

1. Most of hyperlipidemia patients had moderate level of knowledge and practice, and nearly good level of the attitude about hyperlipidemia.
2. The hyperlipidemia patients who had different ages had no significant difference in the attitude but there were significant difference in the knowledge and practice about hyperlipidemia at the .05 level.
3. The hyperlipidemia patients who had different sex had no significant difference in the knowledge and attitude but there was significant difference in the practice about hyperlipidemia at the .05 level.
4. The hyperlipidemia patients who had different occupations had no significant difference in the knowledge but there were significant difference in the attitude and practice about hyperlipidemia at the .05 level.
5. The hyperlipidemia patients who had different marital status had no significant difference in the knowledge and attitude but there was significant difference in the practice about hyperlipidemia at the .05 level.
6. The hyperlipidemia patients who had different education levels had significant difference in the knowledge, attitude and practice about hyperlipidemia at the .05 level .
7. The hyperlipidemia patients who had different incomes had no significant difference in the practice but there were significant difference in the knowledge and attitude about hyperlipidemia at the .05 level.
8. The hyperlipidemia patients who had different kinds of smoking had no significant difference in the knowledge, attitude and practice about hyperlipidemia.

9. The hyperlipidemia patients who had different kinds of family support had no significant difference in the attitude but there was significant difference in the knowledge and practice about hyperlipidemia at the .05 level.

10. Health behavior of hyperlipidemia patients in the knowledge and attitude and attitude and practice had no relationships but the knowledge and practice about hyperlipidemia had significant difference in positive relationships at the .05 level.