

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส
ในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์

ของ

จันทิรา กวดีภา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

พฤษภาคม 2549

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส
ในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

จันทิรา กวดีภา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

พฤษภาคม 2549

จันทิรา กวติภา. (2549). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ
ป้องกันโรคของโรเจอร์สในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
หัวเฉียว กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม :
รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี, อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้.

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของ
โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ ป้องกันโรคของโรเจอร์สในการป้องกันภาวะ
โคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร
ทุกแผนก ยกเว้นแพทย์ ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม โดยไม่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูงที่อยู่ระหว่างการ
รับประทานยาลดไขมัน และไม่เป็นโรคหัวใจ จำนวน 60 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็น
กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดย
ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ ป้องกันโรคของโรเจอร์สที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับ
โปรแกรมสุขศึกษาตามปกติของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบทดสอบวัดความรู้ในเรื่องโคเลสเตอรอล
แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ
การเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกัน
โรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อการป้องกันโรค
ที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง โดยเก็บรวบรวม
ข้อมูลก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 1 วัน และหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 45 วัน จากนั้นทำการ
วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่า ที (t-test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ ป้องกันโรคของ
โรเจอร์สในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโคเลสเตอรอล การรับรู้ความ
รุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะ
โคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะ
โคเลสเตอรอลสูง และความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะ
โคเลสเตอรอลสูง ดีวก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แต่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

2. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโคเลสเตอรอล และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

THE EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM APPLYING ROGERS
PROTECTION MOTIVATION THEORY FOR STAFF WITH HIGH CHOLESTEROL IN
HUACHIEW HOSPITAL BANGKOK METROPOLITAN

AN ABSTRACT
BY
JUNTIRA KAWATTIPA

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

May 2006

Juntira Kawattipa. (2006). *The Effectiveness of Health Education Programme Applying Rogers Protection Motivation Theory for Staff with High Cholesterol in Huachiew Hospital Bangkok Metropolitan*. Master thesis, M.S. (Health Education). Bangkok :Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Chutamat Tapchaisri, Dr. Songpol Tornee.

This quasi-experimental research was designed to study the effectiveness of health education programme applying Rogers Protection Motivation Theory for staffs with high blood cholesterol at Huachiew Hospital Bangkok Metropolitan.

The subjects were healthy non-medical staffs with high blood cholesterol without medication on hyperlipidemia and any heart disease. The individuals were randomly divided into two groups, i.e. 30 individuals of the experimental group received the health education programme applying Rogers Protection Motivation Theory constructed by the researcher and 30 individuals of the control group received usual health education programme of the hospital.

The data were collected by using questionnaires consisted of many parts, i.e., knowledge of high cholesterol, perceived noxiousness of diseases related to high cholesterol, perceived probability of diseases related to high cholesterol, self efficacy expectancy in prevention of diseases related to high cholesterol, response efficacy expectancy in prevention of diseases related to high cholesterol and high cholesterol preventive behavior. Pre-test was made on the experimental group and control group 1 day before applying the health education programme, and post-test was made 45 days after applying the programme. The data were then analyzed through percentage, mean, standard deviation and independent samples t-test.

The results were as follows:

1. After having the health education programme applying Rogers Protection Motivation Theory on high cholesterol preventive behavior, the experimental group had significantly better knowledge of cholesterol, perceived noxiousness of diseases related to high cholesterol, perceived probability of diseases related to high cholesterol, self efficacy

expectancy in prevention of diseases related to high cholesterol and response efficacy expectancy in prevention of diseases related to high cholesterol than before having the health education programme at .05 level, but the experimental group had no significantly better high cholesterol preventive behavior than before having the health education programme.

2. After having the health education programme applying Rogers Protection Motivation Theory on high cholesterol preventive behavior, the experimental group had significantly better knowledge of cholesterol and high cholesterol preventive behavior than those without the health education programme at .05 level. but the experimental group had no significantly better perceived noxiousness of diseases related to high cholesterol, perceived probability of diseases related to high cholesterol, self efficacy expectancy in prevention of diseases related to high cholesterol and response efficacy expectancy in prevention of diseases related to high cholesterol than those without the health education programme.

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส
ในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์

ของ

จันทิรา กวดีภา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

พฤษภาคม 2549

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก
รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์
อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร
มัธยมางกูร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ กรรมการสอบ
ปริญญานิพนธ์ที่กรุณาดูแลให้คำแนะนำ เสนอแนะ ตลอดจนช่วยเหลือ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการ
ดำเนินการศึกษาวิจัย ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบ
ขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ ตรวจสอบแบบสอบถามและให้
ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในบางประเด็นของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอน ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้
แก่ผู้วิจัยตั้งแต่เริ่มการศึกษาเป็นต้นมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว ฟีน้องแผนก
ศูนย์ตรวจสุขภาพ 16S ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย และ
ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ภาคพิเศษ รุ่นที่ 4 ทุกท่าน รวมทั้งทุกท่านที่เกี่ยวข้องซึ่งมิได้กล่าวชื่อนามในที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือ
แนะนำ และให้กำลังใจในการทำปริญญานิพนธ์

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อเลี้ยง กวีติภา ดวงวิญญานคุณแม่คำ กวีติภา
และญาติพี่น้องทุกท่าน ที่กรุณาส่งเสริมสนับสนุน และให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด
จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

จันทิรา กวีติภา

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
ความสำคัญของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	4
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
กรอบแนวความคิดในการวิจัย.....	6
สมมุติฐานในการวิจัย.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับกลวิธีทางสุขศึกษา.....	22
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้.....	26
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค.....	29
ความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล.....	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	48
งานวิจัยเกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค.....	48
งานวิจัยเกี่ยวข้องกับโปรแกรมสุขศึกษา.....	52
งานวิจัยเกี่ยวข้องกับโคเลสเตอรอล.....	53
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	57
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	65
การจัดการกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	101
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	101
สมมุติฐานในการวิจัย.....	101
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	102
สรุปผลการวิจัย.....	104
อภิปรายผลการวิจัย.....	108
ข้อเสนอแนะ.....	117
ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	117
บรรณานุกรม.....	118
ภาคผนวก.....	127
ภาคผนวก ก.....	128
ภาคผนวก ข.....	130
ภาคผนวก ค.....	148
ภาคผนวก ง.....	176
ประวัติผู้วิจัย.....	184

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 เปรียบเทียบเกณฑ์การตัดสินภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง.....	43
2 แบบแผนการให้โภชนบำบัด Step – one และ Step – two diet.....	46
3 จำนวนและค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	76
4 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับโคเลสเตอรอล ของ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการ ทดลอง.....	82
5 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลัง การทดลอง	83
6 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนการรับรู้ ความ รุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล หัวเฉียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	84
7 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลหัวเฉียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	85
8 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนความ คาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะ โคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลหัวเฉียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	86
9 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนความ คาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะ โคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการ ทดลองและหลังการทดลอง.....	87

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
11 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	88
12 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลของกลุ่มทดลองก่อนการ ทดลองและหลังการทดลอง.....	89
13 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดภาวะ โคเลสเตอรอลสูงกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	90
14 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะ โคเลสเตอรอลสูงกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	91
15 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนในการ ป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง.....	92
16 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อ การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการ ทดลอง.....	93
17 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงกลุ่ม ทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	94
18 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง.....	95
19 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะ โคเลสเตอรอลสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง.....	96
20 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจาก ภาวะโคเลสเตอรอลสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง.....	97

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
21 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนในการ ป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ง.....	98
22 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม ควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ง.....	99
23 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง.....	100

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ.....	16
3 กระบวนการรับรู้.....	27
4 กระบวนการรับรู้ ของ รัชนี นพเกตุ.....	28
5 รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ปี ค.ศ. 1975 ต่อมาแมดดูกซ์และโรเจอร์ส.....	30
6 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สที่ได้รับการพัฒนาปี ค.ศ. 1983.....	32
7 การสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ตามทฤษฎี แรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส.....	39
8 รูปแบบการทดลอง.....	58
9 แบบแผนการทดลอง.....	59

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของคนทุกคนทั้งด้านร่างกาย จิตใจให้เป็นคนดีมีคุณธรรมมีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมส่วนรวม มีสติปัญญาสามารถคิดวิเคราะห์บนหลักของเหตุผล มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต มีโลกทัศน์กว้างรวมทั้งการเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการผลิตให้สูงขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาให้คนไทยมีขนาดครอบครัวที่เหมาะสม เพิ่มคุณภาพการศึกษาทุกระดับ ส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันโรค ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวให้มีสุขภาพพลานามัยแข็งแรง (ชมชื่น สมประเสริฐ . 2542 : 1) สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ หรือทรัพยากรบุคคลให้มีคุณภาพคือการเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกาย (ประจักษ์ ทวีนนท์. 2538 : ไม่ปรากฏเลขหน้า) การออกกำลังกายกำลังเป็นเรื่องที่ได้รับความนิยมปฏิบัติกันอย่างกว้างขวางทั่วโลก ช่วยส่งเสริมรักษาสุขภาพให้แข็งแรง (ถนอมขวัญ ทวีบุญ. 2541 : 264-268) แต่การส่งเสริมสุขภาพสามารถทำได้หลายวิธี เช่นการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยพักผ่อนเพียงพอ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (เกษม ต้นติผลาชีวะ; และ กุลยา ต้นติผลาชีวะ. 2528 : ไม่ปรากฏเลขหน้า) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลและชุมชน มีความสามารถในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ และเพื่อปรับปรุงสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ให้สามารถมีสถานะทางสุขภาพที่ดีสมบูรณ์ ทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ก่อให้เกิดสภาพการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น นำไปสู่ความเป็นอยู่ที่ดี (นิติกุล ชัยรัตน์. 2542 : 1) แต่สภาพสังคมปัจจุบันวิถีการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไปมากในหลายๆด้าน รวมทั้งพฤติกรรมกรรมการบริโภคด้วย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคไขมันในเลือดสูงได้ง่าย (มณฑนา ประทีปะเสน. 2539 : 1)

จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของคนไทยทั่วประเทศ พบว่า คนไทยบริโภคไขมันเพิ่มขึ้นจาก 28 กรัม/คน/วัน ในปี 2518 เป็น 42.6 กรัม/คน/วัน ในปี 2539 คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 52.1 คนไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร มีอัตราการบริโภคไขมันเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 73.6 ซึ่งปกติคนไทยควรรับประทานไขมัน วันละ 32.0 กรัม/คน/วัน (ทรงยศ สิงห์ชาติ. 2542 : ไม่ปรากฏเลขหน้า) ส่งผลให้การศึกษาสภาวะสุขภาพอนามัยประชากรไทยครั้งที่ 1 (2534-2535) ของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย พบคนไทย มีน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 20 ในเขตเมืองพบ ผู้ที่มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเกินมาตรฐาน มีร้อยละ 11.3 น้ำตาลในเลือดเกินมาตรฐาน ร้อยละ 2.3 คน

ไทย มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อหลายโรค เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของประชากรไทย (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง. 2544 : 1) และปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด คือภาวะโคเลสเตอรอลสูง (กมลวรรณ กุหลาบวงศ์. 2540 : 50-54) ภาวะโคเลสเตอรอลสูง สามารถควบคุมได้โดยการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้แก่การออกกำลังกายแบบแอโรบิคเป็นการออกกำลังกายทุกส่วนของร่างกาย โดยกระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ กระทำอย่างน้อยครั้งละไม่ต่ำกว่า 20 นาที และ สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นอย่างน้อย สามารถช่วยลดไขมันในเส้นเลือดได้ ถึงแม้ว่าการออกกำลังกายจะเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าประชาชนไทยมีการออกกำลังกายน้อย (จุจินาถ อรรถสิทธิ. 2541 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี (2535 : ไม่ปรากฏเลขหน้า) สำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬา และการออกกำลังกาย ประชากรทั่วประเทศที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป มีผู้เล่นกีฬาและออกกำลังกายเพียง ร้อยละ 25.7 และมีผู้ไม่ออกกำลังกายถึง ร้อยละ 74.3 อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย; และคนอื่นๆ (2539 : ไม่ปรากฏเลขหน้า) พบว่าผู้ที่อยู่ในวัย 15-34 ปี มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 49.9 และ ผู้ที่อยู่ในวัย 35-59 ปี มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 32.0 โดยที่ ร้อยละ 14.6 ของผู้ที่ออกกำลังกายทั้งหมดออกกำลังกายทุกวัน ร้อยละ 30.3 ออกกำลังกาย 3-4 วัน/สัปดาห์ ที่เหลือ ร้อยละ 37.0 ใช้เวลา 1 วัน/สัปดาห์ ส่วนใหญ่จะเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายนานครั้งละ 30-50 นาที เพศชายมีการเล่นกีฬาและออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง อุปสรรคต่อการออกกำลังกายจะมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มประชากร ในกลุ่มวัยรุ่นพบว่า ปัจจัยด้านการขาดการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย (ชาคริต เทพรัตน์. 2540 : ไม่ปรากฏเลขหน้า) ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคม เจตคติที่ไม่ดีต่อการออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่เพียงพอ (คำรน ธนาธร. 2537 : ไม่ปรากฏเลขหน้า) ตลอดจนสภาพร่างกายและสังคมไม่เอื้ออำนวย อุปสรรคเฉพาะบุคคล (Myers; & Poth. 1997 : 227) ในกลุ่มของสตรีพบว่าอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ได้แก่การขาดคนช่วยดูแลบุตร ไม่มีเพื่อนออกกำลังกาย ขาดแรงจูงใจ ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย ความรู้สึกไม่ปลอดภัย (Nies; Vollman; & Cook. 1999 : 23-31) สำหรับปัจจัยด้านเวลาและแรงจูงใจพบว่า เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายในทุกกลุ่มอายุ (Both, Bareman; Oweng; & Gore. 1997 : 131-137) ซึ่งแผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข 2545-2549 มีเป้าหมายให้ประชาชน ร้อยละ 60 มีการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (การกีฬาแห่งประเทศไทย. 2544 : 1)

โรงพยาบาลหัวเฉียว ได้ทำการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ประจำปีในเดือน เมษายน 2547 พบว่า ผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ร้อยละ 49.92 จากการสอบถามและสังเกต พบว่า

มีผู้ออกกำลังกาย ร้อยละ 5 ในที่นี้มีผู้ออกกำลังกายทุกวัน ร้อยละ 1 โดยให้เหตุผลของการไม่ออกกำลังกายว่าเหนื่อยจากการทำงาน ไม่มีเวลา เสียเวลาตอนนอน เสียเวลาดูโทรทัศน์ ไม่ปลอดภัย ไม่มีเพื่อน เป็นต้น ผู้วิจัยจึงพิจารณาว่าควรทำการศึกษาเรื่องการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงในกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว เพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ได้รับรู้ถึงการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง โดยผู้วิจัยจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สมีขั้นตอนของการสร้างให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง และความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ทั้งนี้เพราะแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลตั้งใจในการกระทำต่างๆ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. 2540 : 260) ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ รวมทั้งกระตุ้นให้ร่างกายมีความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม และเป็นตัวชี้นำแนวทางให้บุคคล มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยเลือกศึกษากลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อสามารถถ่ายทอดความรู้และเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง เพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพแข็งแรง เป็นแบบอย่างและเป็นผู้นำด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทราบประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง
2. เป็นแนวทางส่งเสริมสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่รู้จักดูแลสุขภาพของตนเองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง
3. เพื่อเผยแพร่โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่ สู่สถานบริการทางด้านสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสุขศึกษา

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่ทุกแผนก ยกเว้นแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหัวเฉียว สังกัดมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,112 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง ทั้งหมดจำนวน 60 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม และไม่เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการรับประทานยาลดไขมัน และ ไม่เป็นโรคหัวใจ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย

- 1.1 โปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส
- 1.2 โปรแกรมสุขศึกษาปกติ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

- 2.1 ความรู้เรื่องโคเลสเตอรอล
- 2.2 การประเมินอันตราย ประกอบด้วย
 - 2.2.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง
 - 2.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง
- 2.3 การประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย
 - 2.3.1 ความคาดหวังความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง
 - 2.3.2 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง
- 2.4 พฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

โคเลสเตอรอลสูง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา** หมายถึง ผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้เรื่องโคเลสเตอรอล เกิดการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงและพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

2. **โปรแกรมสุขศึกษา** หมายถึง กระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่ แบ่งเป็น

2.1 **โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส** หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบโดยการนำทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคมาใช้กำหนด กิจกรรมให้เจ้าหน้าที่ในกลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนคือพฤติกรรมป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง และการมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงที่พึงประสงค์ โดยวิธีทางสุขศึกษา ประกอบไปด้วย การบรรยาย ประกอบสื่อ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการเล่าประสบการณ์จากผู้ป่วยจริง

2.2 **โปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ** หมายถึง กระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง โดยวิธีการบรรยายประกอบสื่อ และแจกเอกสาร แผ่นพับการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

3. **การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง** หมายถึง การรับรู้ของเจ้าหน้าที่ว่าภาวะโคเลสเตอรอลสูง ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ร่างกาย คือ ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคหัวใจ เส้นเลือดตีบ หรืออาจถึงแก่ชีวิตและทำให้เกิดการสูญเสียทรัพย์สินและเวลา ซึ่งหากเกิดโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ก็จะมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และประเทศชาติได้

4. **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง** หมายถึง การรับรู้ของเจ้าหน้าที่ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีโอกาสเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงได้ หากมีพฤติกรรมป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

5. ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นของเจ้าหน้าที่ในความสามารถของตนว่า ตนเองมีความสามารถที่จะ ป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะโคเลสเตอรอลสูงได้

6. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอล หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นของเจ้าหน้าที่ในผลของการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง จะทำให้ตนเองไม่ป่วยเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง

7. พฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง หมายถึง การปฏิบัติตนของเจ้าหน้าที่ ที่แสดงเจตนาในการมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ การงดรับประทานอาหาร ทอดหรือปรุงด้วยน้ำมันปริมาณมาก เนื้อสัตว์ติดมัน นมและผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันเต็มส่วน ผลิตภัณฑ์ อบต่าง ๆ เช่น เบเกอรี่ เป็นต้น งดสูบบุหรี่ ลดภาวะเครียด ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

8. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวใจเฉียบ หมายถึง เจ้าหน้าที่ชายและเจ้าหน้าที่หญิงที่กำลัง ปฏิบัติงานทุกแผนก ยกเว้นแพทย์ของโรงพยาบาลหัวใจเฉียบ สังกัดมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง และเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรม

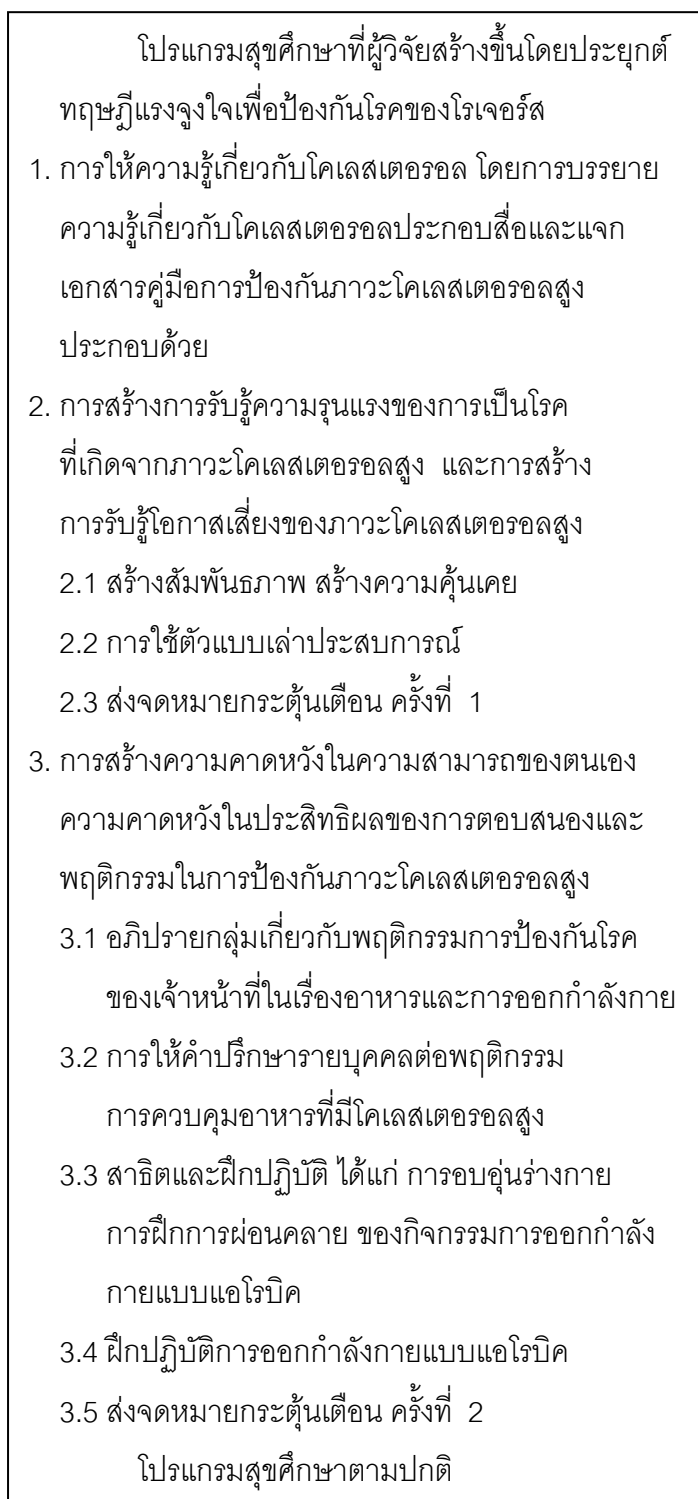
9. ภาวะโคเลสเตอรอลสูง หมายถึง ระดับโคเลสเตอรอลของเจ้าหน้าที่ ที่อดอาหาร ประมาณ 10-12 ชั่วโมง โดยดื่มน้ำเปล่าได้เล็กน้อย แล้วเจาะเลือดตรวจหาโคเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol : TC) ซึ่งมีค่าสูง เท่ากับหรือมากกว่า 200 มิลลิกรัม

10. ความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล หมายถึง เจ้าหน้าที่ ที่มีความรู้ ว่า โคเลสเตอรอลคือ การได้รับโคเลสเตอรอล โคเลสเตอรอลสูง ภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีมากน้อยเพียงใดในประชากร ชาวไทย ปัจจัยที่มีผลต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ควรตรวจระดับโคเลสเตอรอลในบุคคลใดบ้าง ภาวะโคเลสเตอรอลสูงทำให้เกิดโรคอะไร อาหารแต่ละอย่างมีโคเลสเตอรอลเท่าใด และการลด โคเลสเตอรอลสูงทำอย่างไร

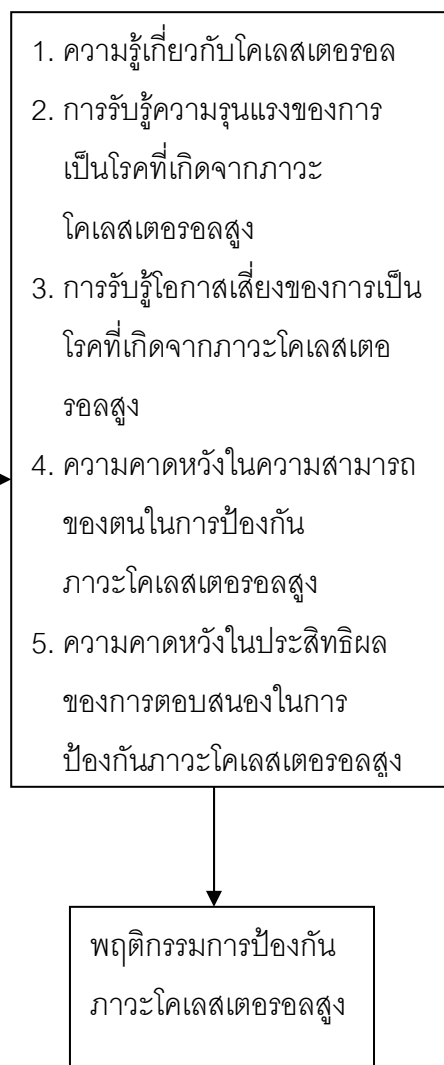
กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตัวแปรต่างๆ ความสำคัญและขอบเขตของการศึกษา ค้นคว้า สามารถเขียนกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าได้แสดงดังภาพประกอบ 1

ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

10. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุม

11. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุม

12. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

- 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับกลวิธีทางสุขศึกษา
- 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้
- 1.4 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
- 1.5 ความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

- 2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
- 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโคเลสเตอรอล
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสุขศึกษา

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งคำว่า พฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยคำสองคำ คือ พฤติกรรมและสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพ ดังนี้

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ. ศ. 2525 ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ คือ ความสุขปราศจากโรค ความสบาย

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายไว้ คือ สุขภาพ เป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม ไม่ใช่เพียงปราศจากโรคหรือไม่ทุพพลภาพเท่านั้น (วรรณวิไล จันทราภา. 2539 : 5; อ้างอิงจาก คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข และแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5. 2525 : 646)

กล่าวโดยสรุป สุขภาพ คือ สภาวะแห่งความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

มีผู้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมไว้หลายท่าน ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2540 : 155-162) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ พฤติกรรมบางอย่างเป็นสิ่งเกิดภายในบุคคลสังเกตโดยตรงไม่ได้ แต่จะสามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษและสามารถบอกได้ว่ามีหรือไม่มี เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

นิพนธ์ พจนะพิบูลย์ (2539 : 391) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง การตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกร่างกาย การได้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของสิ่งมีชีวิตนั้น

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2540 : 97) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม

จากความหมายพฤติกรรมที่กล่าว สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรม คือ กิจกรรมหรือปฏิกริยา การตอบสนองทุกชนิดต่อสิ่งเร้าของสิ่งมีชีวิตซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมภายในซึ่งไม่สามารถสังเกตได้โดยตรงแต่สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษและพฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกตได้โดยตรง

ส่วนคำว่าพฤติกรรมสุภาพนั้น เป็นศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการสุศึกษา มีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า พฤติกรรมโดยทั่วไป แต่มุ่งเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับสุภาพของมนุษย์ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุภาพไว้หลายท่าน ดังนี้

กู๊ด (เบญจมาศ ไตรบรรณ. 2543 : 30; อ้างอิงจาก Good. 1959. *Dictionary of Education*. PP. 55-56) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุภาพว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในร่างกายและภายนอกร่างกาย ซึ่งมุ่งหวังให้ผู้เรียนมีหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในเรื่องสุภาพ ทั้งในสิ่งที่สามารถสังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สังเกตได้ แต่สามารถวัดได้

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุภาพว่าคือ ความสามารถของบุคคลในการแสดงออกทางด้านสุภาพ ซึ่งประกอบด้วยด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกที่สังเกตได้และวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุภาพ

วารี ระกิติ (2536 : 705-706) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุภาพไว้ว่า พฤติกรรมสุภาพเป็นพฤติกรรมที่มีความหมายเช่นเดียวกับคำว่าพฤติกรรมโดยทั่วไป คือ ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของบุคคลที่แสดงออกภายนอกและที่อยู่ภายใน แต่พฤติกรรมสุภาพจะเน้นเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุภาพ

เฉลิมพล ตันสกุล (2541 : 17) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ การปฏิบัติการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

จากความหมายดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำกิจกรรม หรือการปฏิบัติของบุคคลที่มุ่งเน้นในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ เจตคติซึ่งพฤติกรรมนั้นสามารถแสดงออกในลักษณะที่จะกระทำหรือ ไม่กระทำในสิ่งที่มีผลดีหรือ มีผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

เมื่อพิจารณาแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพข้างต้นพบว่ากระบวนการเกิดโรคหรือสภาวะที่ไม่สมบูรณ์ของร่างกายส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากเชื้อโรคหรือสภาวะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมซึ่งเชื้อต่อการเกิดโรค ดังนั้นการที่บุคคลเจ็บป่วยย่อมมีผลสืบเนื่องมาจากการปฏิบัติของบุคคลนั้นซึ่งพฤติกรรม การปฏิบัติที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในสภาวะก่อนการเจ็บป่วยและขณะเจ็บป่วยเพื่อให้ครอบคลุมแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้นจึงแบ่งประเภทและความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่สังเกตได้ที่จะช่วยไม่ให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บแก่บุคคล ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลด้วย ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคไว้ ดังนี้

วสันต์ ศิลปสุวรรณ; และ พิมพพรพรณ ศิลปสุวรรณ (2541 : 130) ให้ความหมายของ พฤติกรรม การป้องกันโรคว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนกระทำโดยเชื่อว่าสิ่งที่กระทำลง จะทำให้มีสุขภาพดี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย

ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันโรค จึงเป็นพฤติกรรมในการดูแลตนเองและครอบครัวให้อยู่ในสภาวะปกติ มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ทำให้ขณะที่สุขภาพแข็งแรง ประกอบด้วย 2 ลักษณะ (มัลลิกา มติโก. 2530 : 11-12) คือ

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ถูกต้อง การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น จนเป็นการกระทำที่สม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่มุ่งกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย โรคต่าง ๆ โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคเป็น 3 ระดับ คือ

- 2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เป็นการป้องกันการเกิดโรค เช่น การรับวัคซีนป้องกันโรค

2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นการป้องกันโรคที่มุ่งขจัดโรค ก่อนที่จะเกิดความรุนแรง เช่น การตรวจและการถ่ายภาพรังสีปอด ในผู้ป่วยที่เป็นโรคทางเดินหายใจเรื้อรังเพื่อป้องกันการเกิดปอดบวมหรือมะเร็งปอด

2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันที่มีเป้าหมายเพื่อต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปยังบุคคลปกติ

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในสภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ ซึ่งรวมไปถึงการรับบริการการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือนุคลากรสาธารณสุขด้วย

ซึ่งพฤติกรรมทั้งสองจะมียุทธศาสตร์ประกอบเช่นเดียวกับองค์ประกอบตามแนวคิดของพฤติกรรมทางด้านการศึกษาของคราธวอลท์ บลูม; และมาเซีย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2540 : 157-162 ; อ้างอิงจาก Krathwohl , Bloom; & masia. 1964. *B.Taxonomy of Education Objective, handbook II : Affective Domain*) คือ

พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain)

พฤติกรรมด้านนี้ เกี่ยวข้องกับการรู้ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งความสามารถทางสติปัญญา และทักษะ การใช้ความคิดวิจารณ์ญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้ประกอบด้วย ความสามารถระดับต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากความรู้ระดับง่าย ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนา สติปัญญาเพิ่มขึ้น โดยมีขั้นระดับต่าง ๆ ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่นึกได้ จดจำได้ หรือเมื่อมองเห็นหรือว่าได้ยินเสียงก็สามารถจำได้

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เกี่ยวกับข่าวสารต่าง ๆ อาจโดยการฟัง การอ่าน หรือการเขียน ซึ่งทำให้บุคคลนั้นแสดงความเข้าใจออกมาในรูปของทักษะหรือความสามารถในการแปล การให้ความหมาย และการคาดคะเน

3. การนำไปประยุกต์ใช้ (Application) คือ ความสามารถในการนำความรู้ที่ได้จากการทำความเข้าใจหลักทฤษฎี กฎเกณฑ์และวิธีการต่าง ๆ ไปปฏิบัติในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ใหม่

4. การวิเคราะห์ (Analysis) คือ ความสามารถในการแยกองค์ประกอบและทำความเข้าใจปัญหาหรือสภาพการณ์ เพื่อจะทำให้สามารถมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนประกอบของปัญหานั้น ๆ และสามารถมองเห็นหลักของการผสมผสานระหว่างองค์ประกอบที่รวมเป็นปัญหาหรือสภาพการณ์นั้น

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) คือ ความสามารถที่จะนำเอาส่วนประกอบต่าง ๆ รวมเข้าเป็นหมวดหมู่ซึ่งจะทำให้เห็นโครงสร้างของสิ่งนั้นชัดเจนขึ้น

6. การประเมินผล (Evaluation) คือ ความสามารถในการให้ค่าต่อความรู้หรือข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งจะต้องใช้กฎเกณฑ์หรือมาตรฐานเป็นส่วนประกอบในการประเมินผล

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย ด้านความเข้าใจ การนำไปประยุกต์ใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถหรือทักษะที่ต้องใช้สติปัญญา ซึ่งสลับซับซ้อนมากกว่าพฤติกรรมขั้นการรู้ ซึ่งพฤติกรรมขั้นนี้จะเป็นส่วนประกอบในการสร้างหรือก่อให้เกิดความสามารถหรือทักษะในขั้นต่อไป

พฤติกรรมทางด้านพุทธิปัญญานี้ทางด้านสุขภาพ จะเรียกเพื่อให้ความเข้าใจง่ายๆ ว่า พฤติกรรมด้านความรู้ ซึ่งหมายรวมถึงทักษะความสามารถในการคิดการใช้ปัญญาทั้งหมดที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

พฤติกรรมด้านเจตพิสัย (Affective domain)

พฤติกรรมด้านเจตพิสัยนี้ หมายถึง ความรู้สึก ความชอบ ความไม่ชอบ เจตคติ ท่าที การให้คุณค่า การเปลี่ยน การรับ หรือการให้ค่านิยมที่ยึดถือ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการสังเกตและการอธิบาย เพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัด เพราะความรู้สึกภายในของบุคคลนั้นยากต่อการที่จะวัดจากพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมา การเกิดพฤติกรรมด้านเจตพิสัยสามารถแบ่งออกได้เป็นขั้นตอน ดังนี้ (วารี ระกิติ. 2536 : 707)

1. การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) ขั้นตอนนี้แสดงว่าบุคคลนั้นได้ถูกกระตุ้นให้รับทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ และมีความยินดีที่จะรับสิ่งเร้านั้น หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น ในขั้นนี้บุคคลจะมีสภาพจิตใจ 3 ลักษณะ คือ

1.1 เกิดความตระหนักว่ามีสิ่งหนึ่งถูกหรือผิดเกิดขึ้น

1.2 ความเต็มใจที่จะรับสิ่งกระตุ้นนั้น

1.3 การเลือกรับหรือเลือกให้ความสนใจในสิ่งที่นำความพอใจมาให้และไม่รับในสิ่งที่ไม่พอใจ

2. การตอบสนอง (Responding) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากการรับหรือการให้ความสนใจ บุคคลจะให้ความสนใจอย่างเต็มที่ และมีความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น ทำให้เกิดความยินยอม และเต็มใจที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกผูกมัดนั้น ซึ่งเป็นเพียงความรู้สึกขั้นต้นยังไม่ยืนยันว่าบุคคลนั้นจะมีเจตคติต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์

3. การให้ค่า (Valuing) เป็นขั้นของพฤติกรรมที่อาจจะอธิบายให้ชัดเจนโดยใช้คำว่า เกิดความรู้ เกิดเจตคติ ซึ่งบุคคลจะแสดงปฏิกิริยาที่แสดงว่าเขายอมรับหรือรับรู้ว่ามีคุณค่าพฤติกรรมในขั้นนี้เป็นขั้นที่ได้พัฒนาสิ่งที่เขาให้ความสนใจพร้อมจะตอบสนองอยู่ในสภาวะที่บังคับได้

4. การจัดกลุ่มคำ (Organization) เมื่อบุคคลเกิดมีค่านิยมต่าง ๆ แล้วจึงได้จัดระบบค่านิยมต่าง ๆ ไว้เป็นหมวดหมู่ โดยพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

5. การแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization) พฤติกรรมขั้นนี้บุคคลจะสร้างปรัชญาชีวิตหรือกฎต่าง ๆ ในการปฏิบัติสำหรับตนเอง โดยพิจารณาถึงเหตุผลทางด้านศีลธรรมจรรยา และหลักประชาธิปไตย

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมขั้นนี้เป็นเพียงแนวทางในการปฏิบัติของบุคคล ในส่วนประกอบของพฤติกรรมด้านเจตพิสัยจะมีลักษณะหรือสภาวะของจิตใจเกิดขึ้นหลายอย่าง ซึ่งขึ้นอยู่กับขั้นต่างๆของการเปลี่ยนแปลงที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สภาวะทางจิตที่เกิดขึ้นได้แก่ ความสนใจ ความพอใจ เจตคติ ค่านิยม ซึ่งจะเห็นว่ก่อนที่จะเกิดเจตคติในตัวบุคคลนั้น บุคคลจะต้องผ่านสภาวะอื่นๆ มาก่อน คือ ความสนใจ ความพอใจ และเมื่อเกิดเจตคติและค่านิยมแล้วจะเป็นแนวทางในการปรับตัวต่อไป

ทางด้านสุขภาพนั้นเรียกพฤติกรรมด้านเจตพิสัยว่า เป็นพฤติกรรมด้านเจตคติ ซึ่งหมายถึงรวมถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ และจะบอกถึงแนวโน้มของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมเชื่อว่าบุคคลที่มีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพย่อมมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติได้ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain)

พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมสุดท้ายที่มีพฤติกรรมด้านความรู้ และด้านเจตคติที่ส่งเสริมให้พฤติกรรมด้านนี้ได้แสดงออกให้เห็นทางด้านร่างกาย เมื่อแสดงออกมาจึงจะสามารถประเมินผลได้ แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัตินี้จะต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน หากบุคคลไม่ได้แสดงพฤติกรรมให้เห็นได้ชัดเจน ก็ยากที่จะประเมินผลได้ว่าบุคคลนั้นได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องแล้ว ทางด้านพฤติกรรมสุขภาพถือว่าพฤติกรรมทางด้านการปฏิบัตินี้เป็นเป้าหมายสูงสุดที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

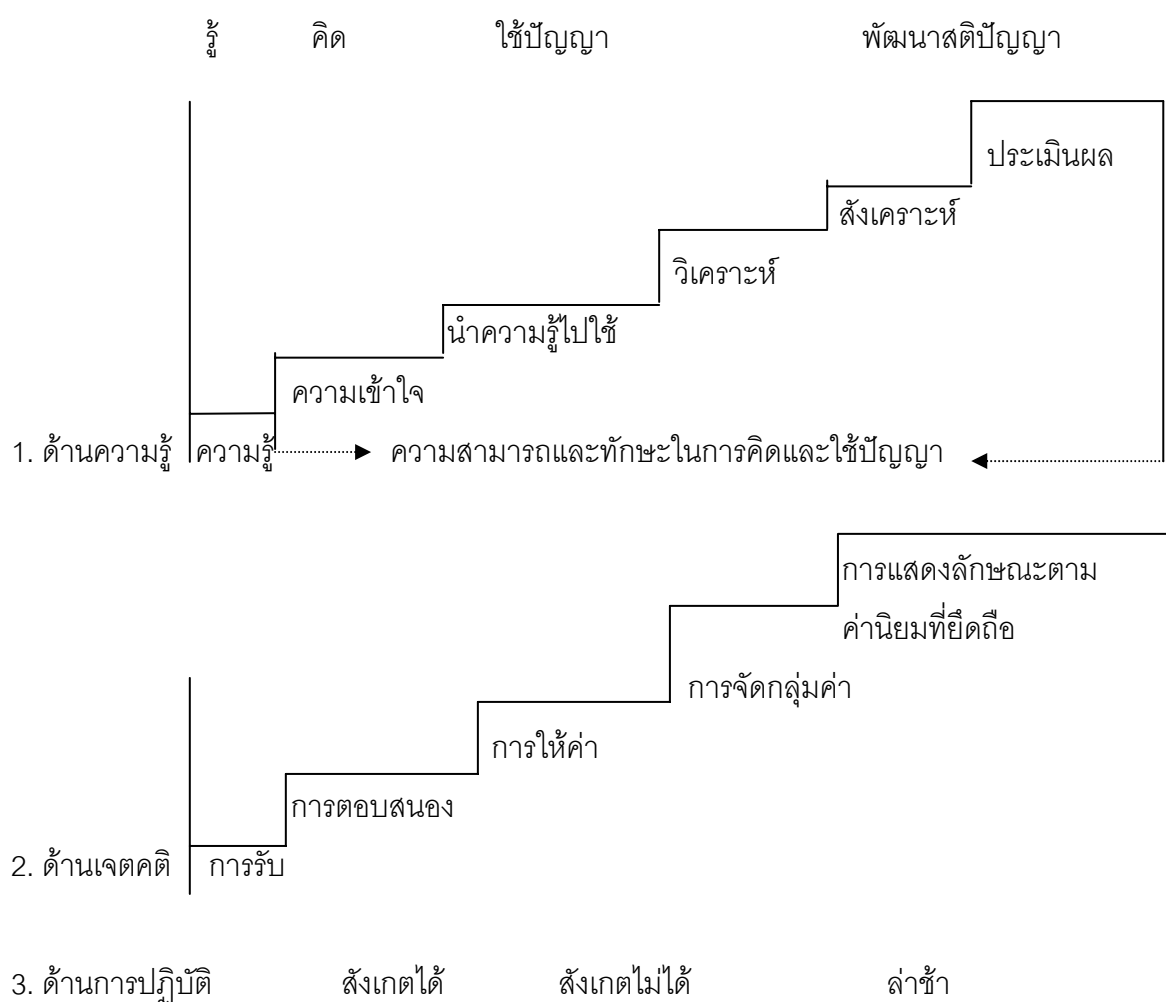
1. การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการลอกแบบหรือตัวอย่างที่สนใจ
2. การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือตามแบบที่สนใจ
3. การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่เห็นว่าถูกต้อง
4. การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำที่เห็นว่าถูก อย่างเป็นเรื่องราว และต่อเนื่อง

5. การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะ สามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติและเป็นธรรมชาติ

จากรายละเอียดเกี่ยวกับส่วนประกอบของพฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นประกอบด้วยหลายอย่างที่ไม่ใช่การปฏิบัติ หรือการแสดงออกขั้นสุดท้ายด้วยการกระทำเพียงอย่างเดียว ในทางการแพทย์และสาธารณสุขถือว่า การปฏิบัติหรือการ

กระทำของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี ห่างจากโรคและป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ง่าย แต่การที่จะทำให้บุคคลเกิดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นสุดท้ายนี้ ในกระบวนการจัดการศึกษาถือว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านความรู้ และเจตคติของบุคคลนั้นเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทนถาวร

จากความหมายของพฤติกรรมสุขภาพที่ได้กล่าวแล้วข้างต้นซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบด้านความรู้ ด้านเจตคติ และการปฏิบัตินั้น สามารถแยกองค์ประกอบและลำดับขั้นการเกิดพฤติกรรมเพื่อความเข้าใจขั้นตอนในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ แสดงดังภาพประกอบ 2 (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2540 : 156)



ภาพประกอบ 2 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

การวัดพฤติกรรม

ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีองค์ประกอบของพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัตินั้น การจะเลือกใช้เทคนิค วิธีการและเครื่องมือในการวัดพฤติกรรมสุขภาพนั้น เป็นสิ่งต้องกระทำด้วยความรอบคอบ มีความถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้ได้ข้อมูลทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องเชื่อถือได้

การวัดความรู้

การวัดความรู้เป็นการวัดสมรรถภาพทางสมองด้านการระลึกได้ในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้า หรือความรู้สึกที่เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกตหรือประสบการณ์ โดยการวัดความรู้สามารถสร้างคำถามวัดสมรรถภาพด้านนี้ได้หลายลักษณะ แต่ละลักษณะของคำถามจะแตกต่างกันไปตามชนิดของความรู้ ความจำ แต่จะมีลักษณะที่ร่วมกันอย่างหนึ่ง คือ เป็นคำถามที่ให้ระลึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา ไม่ว่าจะอยู่ในรูปของ คำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง กฎ ทฤษฎี วิธีการแก้ปัญหามาตรฐาน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2540 : 157) เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิดจะเหมาะสมกับการวัดความรู้ตามคุณลักษณะที่แตกต่างกันไป ในที่นี้จะขอกล่าวถึงเครื่องมือที่นิยมใช้วัดความรู้เป็นส่วนใหญ่ คือ แบบทดสอบ (Test) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 96-97)

แบบทดสอบ คือ ชุดของสิ่งเร้าที่นำไปใช้กระตุ้นบุคคลให้ตอบสนองออกมา ชุดของสิ่งเร้านี้มักจะอยู่ในรูปของข้อคำถาม โดยให้เขียนตอบ ให้แสดงพฤติกรรม หรือให้แสดงทางวาจาเพื่อทำให้สามารถวัดได้ สังเกตได้ซึ่งจะนำไปสู่การแปลความหมายของข้อมูลได้ แบบทดสอบนี้สามารถใช้ได้กับข้อมูลทั้งทางด้านพุทธิปัญญา ด้านจิตอารมณ์ และด้านทักษะ แต่ที่นิยมจะใช้วัดทางด้านพุทธิปัญญาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแบบทดสอบสามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. แบบทดสอบวัดสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Achievement test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความรู้ ทักษะ และสมรรถภาพทางสมองในด้านต่าง ๆ ที่ผู้เรียนได้มาจากประสบการณ์ทั้งหมดทั้งจากในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษา

แบบทดสอบวัดสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ

1.1 แบบทดสอบที่ครูสร้างขึ้น (Teacher – made test)

1.2 แบบทดสอบมาตรฐาน (Standardized test)

แบบทดสอบทั้ง 2 ประเภทจะถามเนื้อหาที่เหมือนกัน คือ ถามในสิ่งที่ผู้เรียนได้รับจากการเรียนการสอนซึ่งสามารถจัดเป็นกลุ่มพฤติกรรมได้ 6 ประเภท คือ ความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินค่า

รูปแบบของการทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ที่นิยมใช้มี 3 รูปแบบ คือ

1. การสอบปากเปล่า (Oral test) เป็นการทดสอบแบบเป็นการซักถามรายบุคคล การใช้วิธีนี้จะได้ดีในกรณีที่ผู้เข้าสอบมีจำนวนน้อย เพราะต้องใช้เวลามาก ถ้าไม่ได้ละเอียดเพราะสามารถโต้ตอบกันได้

2. แบบเขียนตอบ (Paper – pencil test) เป็นแบบทดสอบที่เปลี่ยนแปลงจากแบบแรก เนื่องจากจำนวนผู้เข้าสอบมาก แบบทดสอบชนิดนี้จะมีกระดาษและดินสอหรือปากกาเป็นอุปกรณ์ในการช่วยตอบ แบ่งได้เป็น 2 แบบคือ

2.1 แบบความเรียง (Essay type) เป็นการสอบที่ให้ผู้ตอบเรียบเรียงคำพูดของตัวเองแสดงเจตคติ ความรู้สึกได้อย่างอิสระภายใต้หัวข้อที่กำหนด เป็นข้อสอบที่สามารถวัดพฤติกรรมด้านการสังเคราะห์ได้เป็นอย่างดี แต่มีข้อเสียที่การให้คะแนนทำให้ความเป็นปรนัยได้ยาก

2.2 แบบจำกัดคำตอบ (Fixed – response type) เป็นข้อสอบที่มีคำตอบถูกภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดให้อย่างจำกัดข้อสอบชนิดนี้แบ่งเป็น 4 แบบ คือ แบบถูกผิด (True–false) แบบเติมคำ (Completion) แบบจับคู่ (Matching) และแบบเลือกตอบ (multiple choice)

3. แบบปฏิบัติ (Performance test) เป็นการทดสอบที่ผู้สอบได้แสดงพฤติกรรมออกมาโดยการกระทำ ลงมือปฏิบัติจริง

3.1. แบบทดสอบวัดความถนัด (Aptitude tes) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดศักยภาพของบุคคลว่ามีสมรรถภาพในการเรียนรู้มากน้อยเพียงใด และควรเรียนด้านใดจึงจะประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี ซึ่งแบ่งแบบทดสอบชนิดนี้ได้ 2 ประเภท คือ

3.1.1 แบบทดสอบความถนัดในการเรียน (Scholastic aptitude test) เป็นแบบทดสอบที่วัดความสามารถทางวิชาการว่า มีความถนัดในวิชาใดและสามารถเรียนได้มากน้อยเพียงใด

3.1.2 แบบทดสอบความถนัดจำเพาะ (Specific aptitude test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความสามารถพิเศษของบุคคล เช่น ความถนัดทางด้านดนตรี ความถนัดทางด้านศิลปะ เป็นต้น

แบบทดสอบวัดความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสังคม (Personal–social test) เป็นแบบทดสอบที่วัดเกี่ยวกับบุคลิกภาพหรือการปรับตัวของบุคคลในสังคม มักอยู่ในรูปของแบบทดสอบถามวัดลักษณะของบุคคล เช่น แบบทดสอบวัดความเกรงใจ แบบทดสอบวัดความคิดสร้างสรรค์ แบบสำรวจความสนใจต่าง ๆ เป็นต้น

การวัดเจตคติ

เจตคติ หมายถึง ความโน้มเอียงในการประเมินค่าสิ่งต่าง ๆ หรือสัญลักษณ์ของสิ่งนั้นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง การประเมินจะเป็นความรู้สึกที่จะสามารถวัดได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และความโน้มเอียงที่จะประพฤติ ซึ่งมีองค์ประกอบของเจตคติ ดังนี้คือ (เฉลิมพล ตันสกุล, 2541 : 46)

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive component) คือ การรับรู้ว่าเป็นสิ่งใดอะไร มีความรู้ในรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งนั้น เช่น คนจะมีเจตคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ซึ่งความรู้เป็นฐานของความเชื่อที่ทำให้บุคคลผู้นั้น เชื่อว่าข้อมูลนั้น ๆ เป็นจริงหรือไม่จริง มีคุณหรือมีโทษ

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component) แสดงถึงอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่า ชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ สิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด ความสำคัญขององค์ประกอบนี้ทำให้นักวิจัยบางคนวัดเจตคติโดยวัดแต่องค์ประกอบนี้เพียงอย่างเดียว แต่ความเป็นจริงแล้วองค์ประกอบทางด้านความรู้สึกนี้โดยทั่วไปแล้วจะสัมพันธ์กับอีกสององค์ประกอบ เช่น คนที่มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดพอที่จะเกิดเจตคติได้ย่อมสัมพันธ์สอดคล้องกับความรู้สึกชอบพอที่เกิดขึ้นต่อสิ่งนั้น และย่อมมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์สอดคล้องกับความพร้อมที่จะประพฤติปฏิบัติออกมาเป็น การกระทำขององค์ประกอบถัดไป

3. องค์ประกอบด้านความพร้อมที่จะกระทำ (Action tendency หรือ Behavioral component) เมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประเมินและรู้สึกชอบพอหรือไม่ชอบพอต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้ว สิ่งตามมา คือ ความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินและความรู้สึกต่อสิ่งนั้น

จากองค์ประกอบทั้ง 3 ของเจตคติ มีลักษณะที่สำคัญหลายประการ แต่ลักษณะขององค์ประกอบเจตคติ ที่นักสังคมวิทยานิยมวัด คือ ทิศทางและปริมาณขององค์ประกอบนั้น ๆ

ทิศทาง (Direction) หมายถึง การประเมินค่าการรู้ การรู้สึก และการพร้อมที่จะกระทำไปในด้านที่เป็นบวกหรือลบ ซึ่งหมายถึง ดีหรือเลว ชอบหรือไม่ชอบ การพร้อมที่จะให้ความสนับสนุนหรือพร้อมที่จะทำลาย หรือขัดขวางสิ่งนั้น

ปริมาณ (Magnitude) หมายถึง ความเข้มข้นหรือปริมาณความรุนแรงของเจตคติไปในทิศทางบวกหรือลบ นั่นคือ บุคคลอาจมีเจตคติต่อสิ่งหนึ่งอย่างรุนแรงมากและต่อสิ่งหนึ่งเพียงบางเบา ทั้งนี้ย่อมขึ้นกับความสำคัญของสิ่งนั้น หรือขึ้นอยู่กับความผูกพันของบุคคลกับเรื่องนั้นๆ

จากความหมายและองค์ประกอบของเจตคติซึ่งประกอบด้วยส่วนที่เป็นความรู้หรือความเชื่อ ส่วนที่เป็นความรู้สึกหรือการประเมิน และส่วนที่เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำ ดังนั้นในการวัดเจตคติ

จะต้องวัดทั้ง 3 องค์ประกอบ โดยพิจารณาจากกิริยาท่าทีและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในหลายประการรวมกัน ไม่ใช่วัดจากการกระทำหรือพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคล นอกจากนี้การวัดเจตคติของยังจะต้องบอกถึงปริมาณความมากน้อยของเจตคติที่มีต่อสิ่งเร้า และทิศทางที่บอกว่ามีเจตคติไปในทิศทางบวกหรือลบ หลักเบื้องต้นในการวัดเจตคติมี 3 ประการ คือ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2527 : 66)

1. เนื้อหา (Content) การวัดเจตคติต้องมีสิ่งเร้าไปกระตุ้นให้แสดงกิริยาท่าทีออกมาสิ่งเร้าโดยทั่วไป ได้แก่ เนื้อหาที่ต้องการวัด เช่น ต้องการวัดเจตคติต่อการป้องกันไข้เลือดออก เนื้อหาที่เป็นสิ่งเร้าในที่นี้ คือ สถานการณ์การตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันไข้เลือดออก ซึ่งได้แก่ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การป้องกันยุงลายดูดกินเลือดของตนเอง การป้องกันไม่ให้ตนเองป่วย

2. ทิศทาง (Direction) การวัดเจตคติโดยทั่วไปกำหนดให้เจตคติมีทิศทางเป็นเส้นตรงและต่อเนื่องในลักษณะเป็นซ้าย – ขวา หรือ บวก – ลบ กล่าวคือ เริ่มจากเห็นด้วยอย่างยิ่งและลดลงจนถึงความรู้สึกเฉย ๆ และลดลงต่อไปจนเป็นไม่เห็นด้วยจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ลักษณะการเห็นด้วยไม่เห็นด้วยอยู่เป็นแนวเส้นตรงเดียวกันและต่อเนื่องกัน

การวัดเจตคติ สามารถวัดโดยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1. สังเกตจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำได้ยาก ต้องอาศัยประสาทสัมผัสหลายอย่างโดยเฉพาะอย่างยิ่งประสาทสัมผัสทางตาและหูเป็นสำคัญ การสังเกตใช้ได้สำหรับศึกษาคุณลักษณะและพฤติกรรมของบุคคล รวมถึงปรากฏการณ์และวิธีการต่าง ๆ ผลลัพธ์ที่ได้อาจสรุปได้ไม่แน่นอนว่าเป็นเจตคติ เพียงแต่นำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตไปอนุมานว่าบุคคลนั้นมีเจตคติต่อสิ่งนั้น ๆ ว่าอย่างไร

2. โดยใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นวิธีการวัดเจตคติแบบปรนัย ซึ่งเป็นที่นิยมใช้และสามารถใช้ได้ทั้งในจำนวนคนน้อยๆ และจำนวนคนมากๆ

3. การแปลความหมาย เป็นวิธีการวัดเจตคติแบบอัตนัย เหมาะสำหรับการใช้วัดในจำนวนคนน้อย ๆ ซึ่งต้องอาศัยเวลาในการวัด ผู้ถูกวัดจะสามารถแสดงความรู้สึกนึกคิดที่จะตอบคำถามได้ อย่างไม่จำกัดทั้งในด้านเนื้อหาและเวลาในการตอบ

จากการวัดเจตคติดังกล่าวข้างต้น จะพบว่าสามารถวัดเจตคติได้หลายวิธี แต่ที่นิยมเป็นส่วนใหญ่ คือ การใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นชุดของคำถามที่เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลของข้อเท็จจริง ความสนใจ ความรู้สึก ความเชื่อต่าง ๆ โดยมีมาตรวัดเจตคติที่ใช้ในการวิจัยมีอยู่หลายชนิด ที่นิยมใช้มีอยู่ 3 ชนิด (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 106-109) คือ

1. วิธีของเทอร์สโตน (Thurstone's method) เป็นการกำหนดช่วงความรู้สึกของคนที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็น 11 ช่วงจากน้อยที่สุดจนถึงมากที่สุด แต่ละช่วงมีระยะห่างเท่าๆ กัน ข้อความที่จะบรรจุลงในมาตราวัดจะต้องนำไปให้ผู้ตัดสินพิจารณาว่าข้อความนั้นสมควรอยู่ในตำแหน่งใดของมาตราและแต่ละข้อความจะมีค่าประจำข้อความ คือ ค่า Scale value คือ ค่าที่ผู้ตัดสินพิจารณาว่าข้อความนั้นเป็นข้อความประเภทสนับสนุนหรือต่อต้านซึ่งข้อความสนับสนุน คือ ข้อความที่ผู้ตัดสินมีเจตคติทางบวก ส่วนข้อความต่อต้าน คือ ข้อความที่ผู้ตัดสินมีเจตคติทางลบและค่า Quartile deviation คือ ค่าที่แสดงถึงความคิดเห็นของผู้ตัดสินว่ามีความเห็นสอดคล้องหรือขัดแย้งกัน จำนวนข้อความที่ประกอบกันเป็นมาตราวัดเจตคติของเทอร์สโตนนั้น มีประมาณ 20 ข้อความ

2. วิธีของลิเคิร์ต (Likert's scale) เป็นมาตราวัดเจตคติที่กำหนดช่วงความรู้สึกของคนเป็น 5 ช่วง คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉย ๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความที่บรรจุลงในมาตราวัดประกอบด้วยข้อความที่แสดงความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งทั้งในทางบวกและในทางลบซึ่งมีจำนวนข้อความพอ ๆ กัน ข้อความอาจมีประมาณ 14 – 20 ข้อความ

3. วิธีวัดเจตคติโดยใช้ความหมายทางภาษา (Semantic differential scale) วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้คำคุณศัพท์มาอธิบายความหมายของสิ่งเร้า โดยมีคุณศัพท์ตรงข้ามกันเป็นขั้วของการวัด คำคุณศัพท์ที่ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของสิ่งเร้านั้น สามารถอธิบายได้ 3 รูปแบบ คือ

3.1 องค์ประกอบด้านประมาณค่า (Evaluative factor) เป็นองค์ประกอบที่แสดงออกด้านคุณค่า เช่น ดี – ชั่ว – จริง – เท็จ ใจ – ฉลาด

3.2 องค์ประกอบด้านศักยภาพ (Potential factor) เป็นองค์ประกอบที่แสดงถึง กำลังอำนาจ เช่น แข็งแรง – อ่อนแอ หนัก – เบา หยาบ - ละเอียด

3.3 องค์ประกอบด้านกิจกรรม (Activity factor) เป็นคุณศัพท์ที่แสดงถึงลักษณะกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เร็ว – ช้า เฉื่อยชา - กระตือรือร้น

การวัดการปฏิบัติ

การวัดการปฏิบัตินั้นเป็นการประเมินผลของกิจกรรมต่าง ๆ ที่สามารถสังเกตและไม่สามารถสังเกตได้ ดังนั้นจึงต้องอาศัยเครื่องมือในการวัดที่มีหลักเกณฑ์และความเชื่อถือได้ ได้แก่

1. การสังเกต (Observation) เป็นการเฝ้ามองและจดบันทึกสถานการณ์ ปรากฏการณ์ต่างๆ ด้วยตนเองอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยต้องมีการวางแผนล่วงหน้าว่าจะสังเกตสิ่งใด มีจุดมุ่งหมายในการสังเกตอย่างไร

2. การจัดลำดับ (Ranking) เป็นวิธีการที่เรียงลำดับการปฏิบัติ ของผู้ที่ถูกทดสอบตามคุณสมบัติที่กำหนด และการจัดลำดับจะมีความเชื่อมั่นสูงขึ้น ถ้าผู้ทำการทดสอบสามารถแยกคุณสมบัติให้จำเพาะเจาะจงและละเอียดมากขึ้น

3. มาตรฐานส่วนประเมินค่า (Rating scale) เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะการประเมินความมากน้อย โดยวัดดูว่าผู้ตอบมีคุณลักษณะในสิ่งที่ต้องการศึกษาหรือมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่จะถามอยู่ในระดับใด โดยมากมักจะมี 5 ระดับ

4. แบบสำรวจพฤติกรรม (Check lists) แบบสำรวจพฤติกรรมประกอบด้วยรายการต่างๆ ของพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้ผู้สังเกตบันทึกว่า พฤติกรรมนั้น ๆ เกิดขึ้นหรือไม่

5. การบันทึก (Records) เป็นวิธีการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน การบันทึกต้องบันทึกเฉพาะพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นเท่านั้น จะไม่มีการบันทึกความคิดเห็นของผู้บันทึกลงไปด้วย

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับกลวิธีทางสุศึกษา

วิธีการทางสุศึกษา เป็นกระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีระบบและมีจุดหมายที่จะให้ประชาชนสามารถคิดและหาเหตุผลด้วยตนเอง ในการเลือกและตัดสินใจในการที่จะปฏิบัติในทางที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ตลอดไป

กลวิธีทางสุศึกษามีอยู่หลายวิธีซึ่งแต่ละวิธีก็จักมีความเหมาะสม และประสิทธิภาพเฉพาะเหมาะสม สำหรับแต่ละเรื่องราวและแต่ละกลุ่มเป้าหมาย บางวิธีเหมาะสมกับเรื่องราว และ กลุ่มเป้าหมายหนึ่งแต่อาจจะไม่เหมาะสมกับเรื่องราวหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นก็ได้ ดังนั้นผู้ที่รับผิดชอบในการให้สุศึกษาจึงจำเป็นต้องเลือกใช้วิธีการทางสุศึกษาต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและเนื้อหาสาระที่ต้องการจะให้กลุ่มเป้าหมายทราบ

การดำเนินงานทางสุศึกษาเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้นได้มีการนำวิธีการเรียนการสอนมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน ด้วยเหตุนี้จึงเป็นคำถามของนักสุศึกษาว่าจะเลือกวิธีการหรือกลวิธีใดจึงจะเหมาะสม เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้เกิดการเรียนรู้มากที่สุด ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกใช้กลวิธีต่าง ๆ ในการให้สุศึกษาเพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมายที่กำหนด ควรจะต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (อุทัยวรรณ เจริญสุข. 2534 : 63-64)

1. กลวิธีที่จะนำมาใช้นั้นต้องเหมาะสมกับเนื้อหาสาระที่ต้องการจะถ่ายทอด
2. กลวิธีที่จะนำมาใช้ต้องมีส่วนช่วยกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
3. กลวิธีที่จะนำมาใช้ต้องช่วยให้เรื่องที่ต้องการจะถ่ายทอดนั้น เกิดความน่าสนใจ
4. กลวิธีที่จะนำมาใช้ต้องเอื้ออำนวยให้กลุ่มเป้าหมายได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม
5. กลวิธีที่จะนำมาใช้ต้องเป็นกลวิธีที่ก่อให้เกิดการพัฒนาในด้านแนวความคิด การใช้เหตุผล และเกิดความสนุกสนาน

6. กลวิธีที่นำมาใช้ต้องเป็นกลวิธีที่คำนึงถึงความแตกต่างของกลุ่มเป้าหมายว่า กลุ่มเป้าหมายมีความแตกต่างกันในหลาย ๆ เรื่อง เช่น สถานสภาพสังคม เศรษฐกิจ
7. ผู้ดำเนินงานศึกษานั้นมีความเข้าใจในกลวิธีที่จะนำมาใช้
8. กลวิธีที่นำมาใช้นั้นต้องมีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่มีอยู่ และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยพิจารณาทั้งในด้านจำนวนและระดับความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย
9. กลวิธีที่นำมาใช้นั้นต้องมีความเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น
10. กลวิธีที่นำมาใช้ต้องมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

จากหลักการที่กล่าวมาข้างต้นจะเป็นแนวทางที่จะทำให้สามารถเลือกใช้กลวิธีทางสุขศึกษาทั้งนี้เพราะ กลวิธีแต่ละวิธีจะมีข้อดีและข้อเสียในตัวเอง ด้วยเหตุนี้การดำเนินงานทางสุขศึกษาจึงจำเป็นต้องมีการประยุกต์วิธีการต่าง ๆ มาใช้โดยเน้นการเรียนรู้ที่ผ่านประสบการณ์สัมผัสทั้งห้ามากที่สุด เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจ ประทับใจ สนใจที่จะนำไปปฏิบัติ โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือก กลวิธีทางสุขศึกษามาใช้ คือ การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การประชุมกลุ่ม ซึ่งมีความหมาย และแนวคิดของแต่ละวิธีการ ดังนี้

การบรรยาย (Lecture)

พรสุข หุ่นนิรันดร์ (2534 : 116) กล่าวว่า การบรรยายเป็นวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการถ่ายทอดข้อมูลไปยังกลุ่มเป้าหมายได้เป็นจำนวนมากในระยะเวลาสั้น ๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นความสนใจเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือเป็นการให้ความรู้ ให้ข้อมูลต่าง ๆ ง่ายต่อการวางแผน และดำเนินการ ทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินการสอนตรงตามเวลาที่ได้วางแผนไว้ เป็นวิธีการที่เหมาะสมในการถ่ายทอดความรู้ทางด้านทฤษฎีหลักพื้นฐานและข้อเท็จจริงต่าง ๆ ทำให้กลุ่มเป้าหมายไม่ต้องเสียเวลาไปศึกษาหาความรู้เองเนื่องจากผู้บรรยายได้สรุปสาระสำคัญต่าง ๆ มาให้แล้ว และการบรรยายยังเป็นการพัฒนาทักษะในการฟัง และการรับรู้อย่างมีเหตุผลในเรื่องต่างๆ แต่การบรรยายก็มีข้อจำกัด คือ ขาดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เนื่องจากมีโอกาสในการซักถามน้อยกลุ่มเป้าหมายไม่สามารถที่จะพัฒนาความคิดสร้างสรรค์และทักษะในการแก้ไขปัญหาอีกทั้งถ้าผู้บรรยายขาดทักษะในการถ่ายทอดความรู้ และ ขาดความรู้ในเรื่องที่จะบรรยาย อาจทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความเบื่อหน่าย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการบรรยายเพื่อให้เจ้าหน้าที่กลุ่มเป้าหมาย ความรู้เรื่อง โคลสเตอร์บอล มีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคลสเตอร์บอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคลสเตอร์บอลสูง ประกอบการใช้วิธีทัศน แจกคู่มือ และเชิญตัวแบบผู้ป่วยจริงมาเล่าประสบการณ์

การประชุมกลุ่ม (Group Discussion)

การประชุมกลุ่ม เป็นวิธีการที่บุคคลจำนวน 10–12 คน มาร่วมกันอภิปรายแสดงความคิดเห็นต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้หรือประสบการณ์ ผลจากการประชุมกลุ่มจะทำให้เกิดแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ด้วยเหตุนี้การประชุมกลุ่มจึงได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ทั้งทางด้านการเมืองการปกครอง การศึกษา ธุรกิจ การฝึกอบรม การประชุมกลุ่มจะได้ผลดีหากสมาชิกหรือผู้เข้าร่วมประชุมมีจำนวนไม่มาก เพื่อให้การประชุมกลุ่มมีคุณภาพไม่ผูกขาดในการอภิปราย และการแสดงความคิดเห็น ถ้าหากสมาชิกมีจำนวนมากควรแบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มย่อยประมาณ 6–10 คน

สำหรับข้อดีของการประชุมกลุ่ม คือ สามารถรวบรวมแนวคิด ข้อเสนอแนะ แนวทางในการแก้ไขปัญหา เป็นการพัฒนาการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อิทธิพลของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการยอมรับและแปรเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตัวเอง ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร ผลของการประชุมกลุ่มทำให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

ข้อเสียของการประชุมกลุ่ม คือ ต้องใช้เวลาในการอภิปรายเป็นระยะเวลานาน แนวทางที่ได้จากการประชุมกลุ่มบางครั้งอาจจะได้จากการยึดเสียงข้างมากขาดการตัดสินใจโดยใช้เหตุผลและผล

การนำการประชุมกลุ่มมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อจะทำให้เจ้าหน้าที่กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอล โดยเจ้าหน้าที่ร่วมกันค้นหาถึงสาเหตุของการเกิดโรค และหาแนวทางในการป้องกันโรคด้วยตัวเองของเจ้าหน้าที่ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

การสาธิต (Demonstration)

สุริย์ จันทรมล (2527 : 196-203) กล่าวว่า การสาธิตเป็นกลวิธีในการถ่ายทอดความรู้ ซึ่งต้องใช้การอธิบายประกอบการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ประกอบ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจง่ายและแจ่มชัดทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ดังนั้นการสาธิตจึงถูกนำมาใช้ในการชักจูงให้กลุ่มเป้าหมายได้ปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการสาธิตมีข้อดี คือ การสาธิตจะมีประโยชน์สำหรับการเรียนรู้ที่มีการปฏิบัติจะเป็นการลดปัญหาการลองผิดลองถูก ตลอดจนหลีกเลี่ยงการเข้าใจผิดจากการปฏิบัติบางอย่าง เป็นการทำให้กลุ่มเป้าหมายได้มีโอกาสได้เห็นของจริง ได้เห็นการปฏิบัติที่มุ่งคุณภาพ ทำให้เกิดความเชื่ออย่างสนิทใจ การสาธิตยังเป็นวิธีการสอนที่ดึงดูดความสนใจ เร้าให้เกิดความประทับใจ

ได้รับความสนุก กลุ่มเป้าหมายได้ติดตามการเรียนรู้ได้ตลอด เพราะเป็นการเสนอความรู้ที่ทำให้เนื้อหา
ง่ายและมีความชัดเจน และยังเป็นวิธีการเรียนรู้ที่สามารถฝึกประสาทสัมผัสทั้งห้า ซึ่งทำให้เกิดการ
เรียนรู้ที่ดี ฝึกให้รู้จักสังเกตด้วยความระมัดระวัง อีกทั้งยังทำให้ประหยัดเวลาในการสอน การอธิบาย
กลุ่มเป้าหมายได้เข้าใจเนื้อหาได้เร็วเพราะเน้นการแสดงให้เห็น ได้เห็นของจริง รวมทั้งกลุ่มเป้าหมาย
สามารถที่จะประเมินผลตนเอง ได้ฝึกปฏิบัติทดลองทำภายใต้การดูแลของผู้สอนถ้าไม่เข้าใจก็มีโอกาส
ซักถามได้ ผู้สอนมีโอกาสนำเสนอผลการปฏิบัติของตนเองและกลุ่มเป้าหมายได้

ถึงแม้ว่าการสาธิตจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญ และเป็นวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพช่วยให้
กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริงก็ตาม แต่การสาธิตยังมีข้อจำกัดอีกหลายประการ คือ ถ้าผู้
สาธิตไม่มีความรู้ความเข้าใจในจุดมุ่งหมาย เทคนิค วิธีการ จะทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความสับสนได้
และถ้าไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้าแล้วจะทำให้การสาธิตเกิดความซุกซลัก ดำเนินไปโดยไม่ต่อเนื่อง
จะทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความเบื่อหน่าย ถ้าเนื้อหาที่จะสอนมีความยุ่งยากไม่เหมาะสมกับการสาธิต
และการสาธิตจะมีความยุ่งยากในเรื่องของการจัดเตรียม เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ สถานที่
บางครั้งอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจัดเตรียม โดยเฉพาะการสาธิตที่ต้องใช้อุปกรณ์ที่มีความใหญ่โต
เกินไป เคลื่อนย้ายลำบากหรือบางครั้งหายาก และข้อจำกัดที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของการสาธิต คือ ถ้า
จำนวนกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มใหญ่เกินไป ทำให้การมองเห็น การได้ยินการสาธิตไม่ทั่วถึงและในด้าน
การฝึกทำให้การดูแลควบคุมการฝึกปฏิบัติได้ไม่ทั่วถึง

การวิจัยในครั้งนี้ได้นำกลวิธีทางสุศึกษาโดยวิธีการสาธิตมาใช้เพื่อให้เจ้าหน้าที่
กลุ่มเป้าหมายมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลการ
ตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ กิจกรรมการออกกำลังกาย
แบบแอโรบิค ได้แก่ การอบอุ่นร่างกาย การฝึก การผ่อนคลาย

การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

1. ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 179) ได้อธิบายความหมายของการให้คำปรึกษาแบบ
รายบุคคลว่า เป็นสัมพันธภาพของการช่วยเหลือส่วนบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา
โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมสามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญ
อยู่และสามารถพัฒนาตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 407) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเป็นการให้คำ
ปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยเหลือผู้ขอรับคำปรึกษาโดยการคำปรึกษาเป็นการส่วนตัวแก่บุคคลเฉพาะ
รายในแต่ละครั้ง เพื่อให้เขาสามารถเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาที่

กำลังประสบอยู่ได้ และมีทักษะในการแก้ปัญหาได้เองอย่างเหมาะสมสามารถวางแผนการชีวิตของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถพัฒนาศักยภาพของตนได้อย่างเต็มขีดความสามารถ

2. ข้อดีของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

เจียร์นีย์ ทรวงชัยกุล (2529 : 411) ได้กล่าวถึง ข้อดีของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ดังนี้

- 2.1 ผู้รับคำปรึกษาได้รับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเฉพาะของเขาจากผู้ให้คำปรึกษาโดยตรง ด้วยความละเอียดรอบคอบและรอบคอบอย่างเพียงพอ
- 2.2 ผู้รับคำปรึกษาเป็นจุดสนใจของผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในการปรึกษาแต่ละครั้ง เขาจึงเป็นผู้ที่ควรจะได้รับประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่
- 2.3 ผู้รับคำปรึกษากล้าที่จะเปิดเผยตนเองอย่างอิสระกับผู้ให้คำปรึกษาซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยปัญหาและหาทางแก้ไขได้ถูกต้อง รวดเร็วขึ้น
- 2.4 ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็น และความรู้สึกหรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น นอกจากผู้ให้คำปรึกษาเพียงผู้เดียวระหว่างการให้คำปรึกษา
- 2.5 ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องวิตกกังวลถึงความไม่พร้อมทางด้านทักษะในเรื่องมนุษยสัมพันธ์หรือบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมของเขาในการแสดงออกกับผู้อื่นเพราะเขาจะมีความสัมพันธ์เฉพาะกับผู้ให้บริการแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา

1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

การรับรู้ (Perception) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือ "Percipere" ซึ่ง Per หมายถึง ผ่าน (Though) และ cipere หมายถึง การนำ (To take) ในพจนานุกรมของเมอร์เรียมเวปสเตอร์ (Springfield, Mass. 1996 : 861) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ ดังนี้

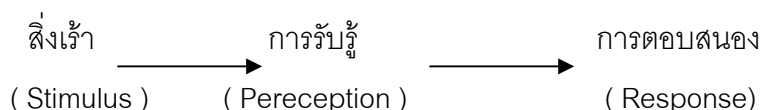
รอย (Roy. 1991 : 166) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า เป็นการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มาจากกระตุ้นและความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นภายใต้ สติสัมปะชัญญะ อันเป็นผลมาจากการทำงานของเซลล์ประสาทในสมองส่วนคอร์เทกซ์ (Cortex)

กันยา สุวรรณแสง (2532 : 128) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึก ระลึกรู้ความหมายว่าเป็นอะไร

จำเนียร ช่างโชติ (2532 : 81) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การแปลความหมายหรือการตีความหมายของการสัมผัสที่คนได้รับ ออกมาเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย หรือที่เรารู้จัก เข้าใจ

กันในการแปลความหมายหรือตีความ คนจะต้องใช้ความรู้เดิม หรือประสบการณ์เดิม หรือความชัดเจนที่มีมาก่อนเป็นเครื่องช่วย

สุชา จันทน์ธอม (2533 : 199) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การแปลความหมายจากการสัมผัส (Sensation) และในแง่ของพฤติกรรมกรรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า แสดงดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 กระบวนการรับรู้

กล่าวโดยสรุป การรับรู้ (Perception) คือ กระบวนการทางความคิด และจิตใจที่บุคคลแปลความหมายหรือตีความเมื่อได้รับสิ่งเร้าที่มาสัมผัสกับร่างกาย แล้วแสดงออกอย่างมีจุดหมาย โดยอาศัยความรู้เดิมหรือประสบการณ์ที่มีอยู่เป็นเครื่องช่วยและนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง

กระบวนการรับรู้

การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยา เป็นความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม เป็นพื้นฐานในการนำข้อมูลต่างๆ ของสิ่งเร้านั้นเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ โดยผ่านทางประสาทสัมผัสของร่างกาย (Sensation) เมื่อข้อมูลต่างๆ ถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลจะเลือกจัดระบบของข้อมูล แล้วกระบวนการจดจำและ แปลความหมายของข้อมูลจะเกิดขึ้นโดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวเองของบุคคลเป็นตัวกลางในการกลั่นกรองการแปลความหมายนั้น การรับรู้ของบุคคลจึงเป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจโดยไม่หยุดนิ่ง และมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของเวลาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล ซึ่งการที่บุคคลแต่ละคนจะมีความถูกต้องหรือแตกต่างกันอย่างไรเกี่ยวกับการรับรู้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ คือ (กรรณิการ์ สุวรรณโคตร. 2527 : 467; อ้างอิงจาก สถิต วงศ์สุวรรณ. 2525.

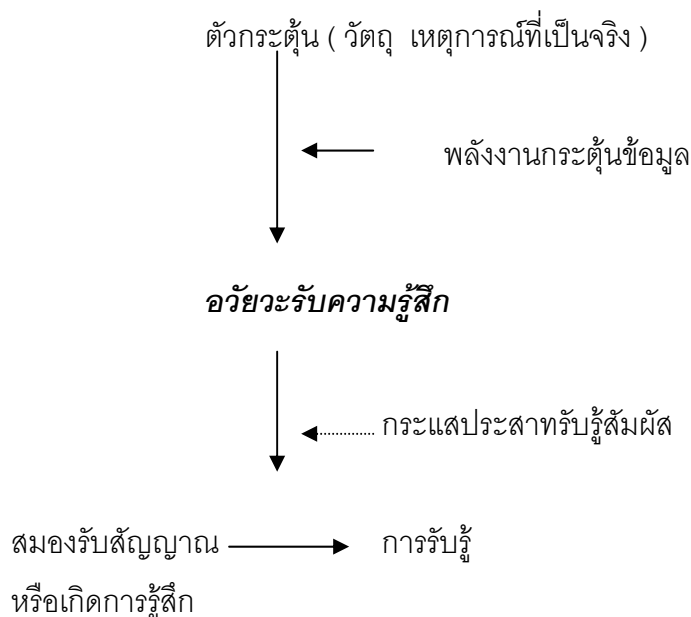
จิตวิทยาการศึกษา. หน้า 79) ลักษณะการรับรู้และลักษณะของสิ่งเร้า โดยสิ่งเร้าจะเป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้ความสนใจที่จะรับรู้ หรือทำให้การรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ซึ่งลักษณะของสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการรับรู้ได้นั้นต้องเป็นสิ่งเร้าที่มีความเข้มและขนาดที่มากกว่า มีการเคลื่อนไหว มีการเข้าขั้วบ่อย ๆ และสิ่งเร้านั้นมีความแตกต่างจากสิ่งอื่น ส่วนปัจจัยด้านลักษณะของผู้รับรู้นั้น แบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ ด้านสรีรวิทยา (Phychological factors) ซึ่งได้แก่ ระบบประสาทรับรู้สัมผัสทั้ง 5 และสมองหรือสติปัญญาของแต่ละบุคคล ถ้าอวัยวะเหล่านี้ผิดปกติไปก็ย่อมจะทำให้การรับสัมผัสผิดไปด้วย ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยามีหลายประการ ได้แก่ ความรู้เดิมของสังคมวัฒนธรรม ความตั้งใจที่จะ

รับรู้ การเห็นคุณค่า ความสนใจ ความพร้อมที่จะรับรู้ การคาดหวังเป็นต้น ด้วยเหตุนี้การรับรู้ของแต่ละบุคคลจึงเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆ ซึ่งสามารถวัดได้จากการให้บุคคลเลือกลักษณะที่คิดว่าจริงหรือสอดคล้องกับสิ่งที่รับรู้เดิมตามความคิดของบุคคลในช่วงเวลานั้น

คิง (ทิตยัทยา หอมทรัพย์. 2538 : 51; อ้างอิงจาก King. 1981. *A theory for nursing, systems, concepts, process.* p. 26) ได้กล่าวว่า กระบวนการรับรู้ จะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย

1. การนำเข้าของข้อมูลข่าวสาร
2. การส่งต่อข้อมูลข่าวสาร
3. ขบวนการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับ
4. การเก็บและจดจำข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ
5. การแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา โดยอาศัยข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่

รัจรี นพเกตุ (2536 : 1) ให้ความหมายของกระบวนการรับรู้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการประมวล และตีความข้อมูลต่างๆ ที่อยู่รอบๆ ตัว ที่ได้รับการเรียนรู้ ซึ่งแสดงดังภาพประกอบ 4



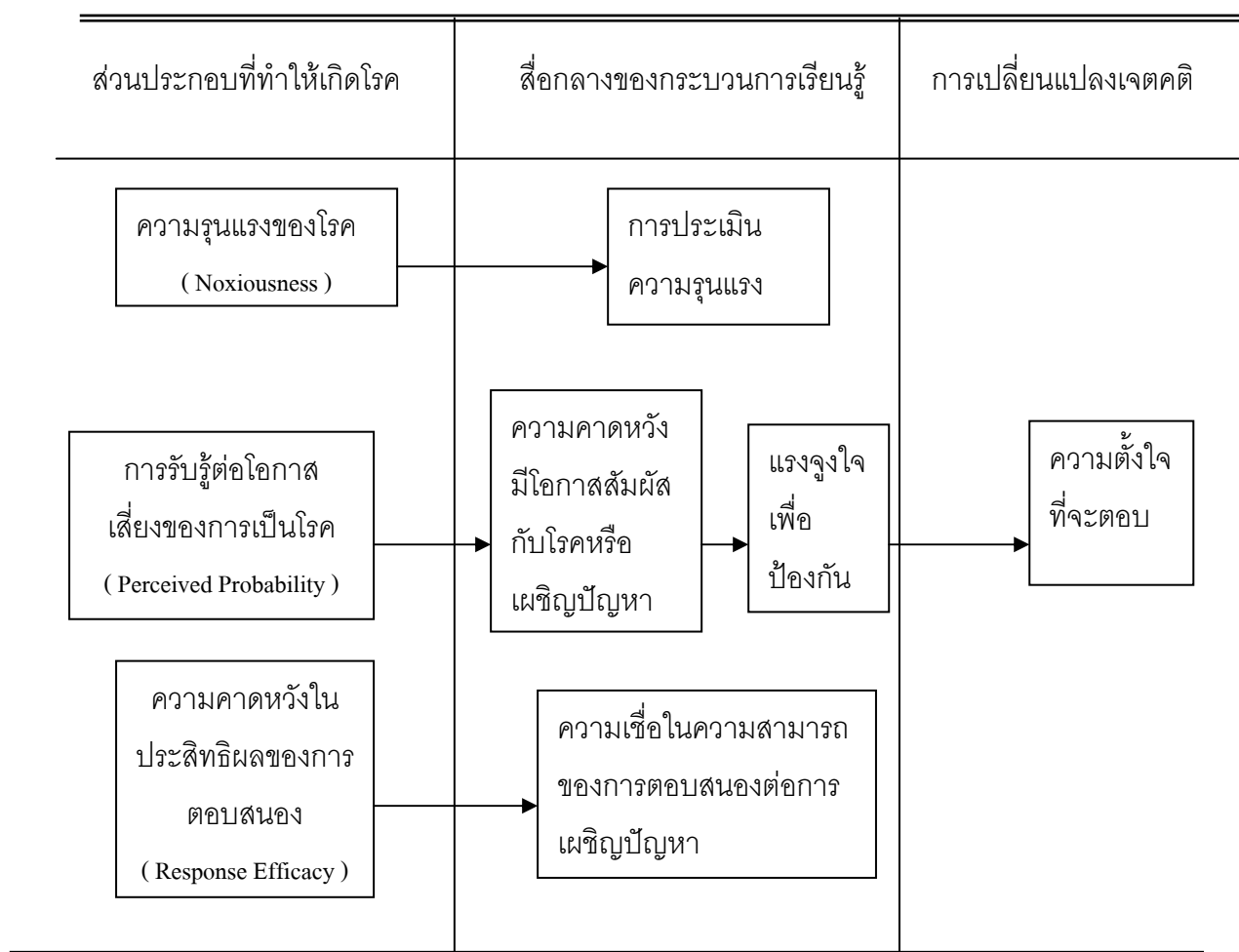
ภาพประกอบ 4 กระบวนการรับรู้ ของ รัจรี นพเกตุ

จากกระบวนการรับรู้ดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปลักษณะการรับรู้ของบุคคลได้ว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นกระบวนการทางด้านความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจที่มนุษย์ได้เรียนรู้จากสิ่งต่างๆ รอบตัว โดยบุคคลนั้นมี ความใส่ใจในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม เป็น

พื้นฐานที่จะนำข้อมูลต่าง ๆ ของสิ่งเร้านั้น เข้าสู่กระบวนการรับรู้ผ่านทางระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของร่างกาย ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่น เมื่อข้อมูลถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลนั้นจะเลือกจัดประเภทของข้อมูลและแปลความหมายของข้อมูลเกิดขึ้น ซึ่งต้องอาศัยคุณสมบัติภายในตัวบุคคล เช่น ประสบการณ์ในอดีตเป็นตัวกลางในการแปลความหมายนั้น ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจที่เกิดจากกระบวนการรับรู้ จะฝังแน่นอยู่ในจิตใจและจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ในระยะต่อมาและผลจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ก็จะเป็นข้อมูลป้อนกลับไปมีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรับรู้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจอย่างไม่หยุดนิ่งและสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของกาลเวลาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคลเพราะฉะนั้นในการทำให้เจ้าหน้าที่เกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลต่ำที่ถูกต้องและยั่งยืนนั้นจำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง รับรู้แนวทาง และวิธีปฏิบัติในการป้องกันตนเองซึ่งสามารถเชื่อมโยงไปถึงชุมชนเป็นการควบคุมได้อีกแนวทางหนึ่ง ฉะนั้นการรับรู้จึงเปรียบเสมือนเป็นตัวเชื่อมให้เกิดเจตคติซึ่งเป็นองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเหตุนี้การวัดการรับรู้ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้เทคนิค และวิธีการเดียวกับการวัดเจตคติ

1.4 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The protection motivation theory) มีขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1975 โดยโรเจอร์ส (Rogers. 1975 : 93) โดยเริ่มต้นจากการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ทฤษฎีนี้มีส่วนประกอบร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self efficacy theory) นั่นคือ การรวมเอาปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม ต่อมาได้ถูกปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร การประเมินการรับรู้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่มากระตุ้น และในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้ของโรเจอร์ส (Mackay. 1992 : 25; citing Roger. 1975. *Journal of Psychology*. pp. 93–114) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) แสดงดังภาพประกอบ 5 (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 36; อ้างอิงจาก Rogers. 1975. *Journal of Psychology*. p. 99)



ภาพประกอบ 5 รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ปี ค.ศ. 1975 ต่อมาแมตดุกซ์และโรเจอร์ส (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542 ; citing Mackay. 1992. *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT) : Effects of Imagined cenarios on Intent to use Condoms.* p. 25) ได้เพิ่มตัวแปรตัวที่ 4 คือ ความคาดหวังในความสามารถของตน (Self-Efficacy Expectancy) ซึ่งโรเจอร์สได้อธิบายว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลว่า บุคคลนั้นมีความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ การที่จะเกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องนั้น ลักษณะของแรงจูงใจในการป้องกันโรคจะไม่ทำให้เกิดอารมณ์กลัว แต่จะทำให้บุคคลมีความตั้งใจ และยอมรับที่จะปฏิบัติตามเพื่อจะได้รับผลดีจากการปฏิบัติตามนั้น

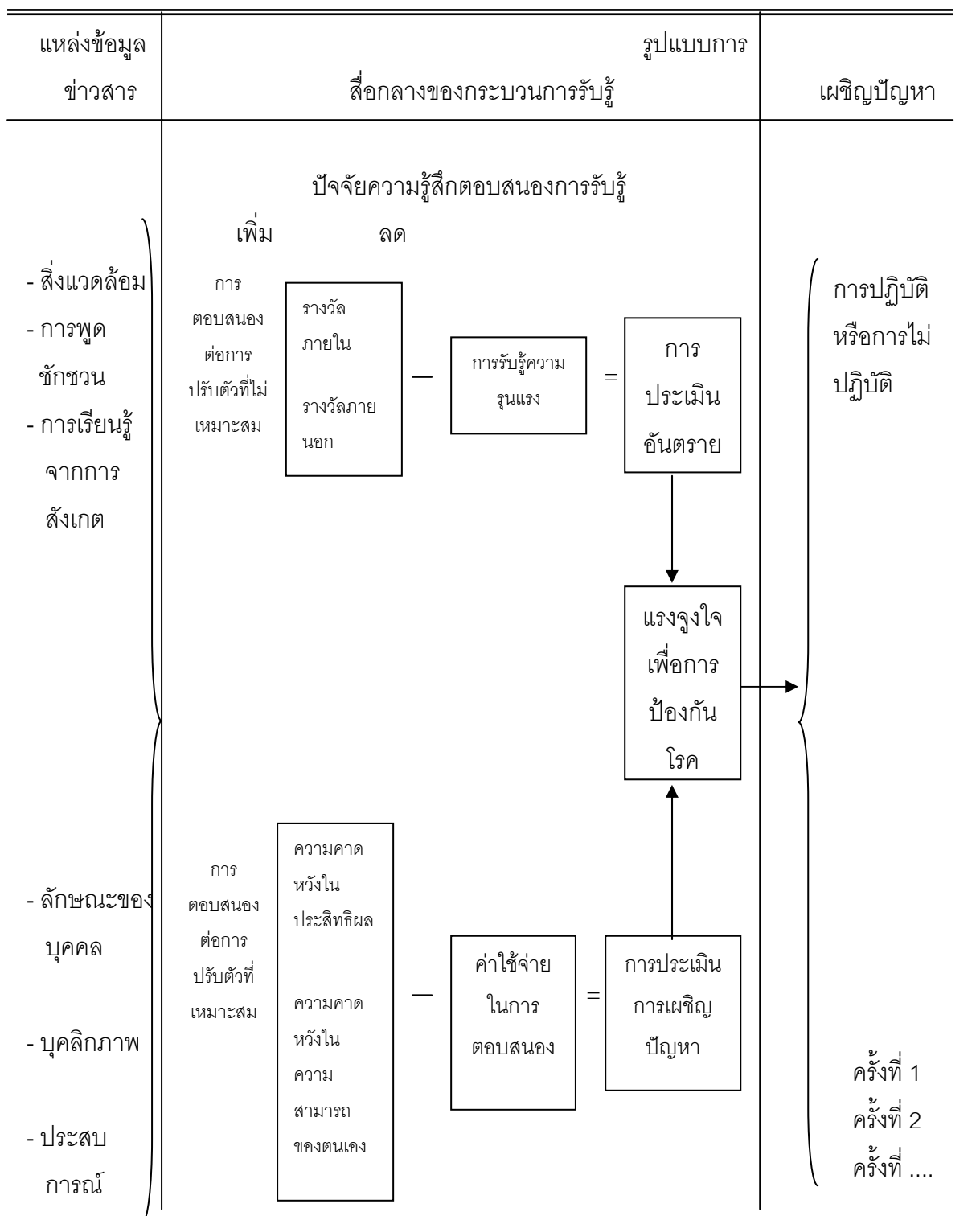
จากวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์สได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ของการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มาสรุปเป็นขั้นตอนการรับรู้ 2 รูปแบบ คือ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal) ประกอบด้วยตัวแปรการรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) ประกอบด้วยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตน

กระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูด ชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ แสดงดังภาพประกอบ 6 (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 41; อ้างอิงจาก Dunn ; & Roger. 1986. *Health Education Research Theory and Practice*. p. 153–160)



ภาพประกอบ 6 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์สที่ได้รับการพัฒนาปี ค.ศ. 1983

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ในความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม อีกทั้งอาจส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และอาจเกิดการปรับตัวตอบสนองหรืออาจเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก็คือ ความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic rewards) และความพึงพอใจภายนอก (Extrinsic rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม (Dunn; & Roger. 1986 : 154) เมื่อตนเองมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง

การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตน ในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จลงได้ และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทิศทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้เกิดความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อนและความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิตปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของกระบวนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา จะเกิดตัวแปรแทรกขึ้นมา คือ แรงจูงใจที่จะทำพฤติกรรม ซึ่งในการวัดแรงจูงใจนี้ใช้วิธีการตามทฤษฎีของ ฟิชไบน์ นั่นคือ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม (Ajen; & Fishbein. 1980 : 116) และความตั้งใจนั้นจะเป็นเครื่องทำนายอย่างแม่นยำ ถ้าได้รับการวัดในระดับความจำเพาะเจาะจงในระดับเดียวกัน ความตั้งใจนั้นมั่นคง และพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เป็นสิ่งสำคัญมากต่อความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจที่จะแก้ปัญหาเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดและต้องพยายามสร้างให้เกิดขึ้น และรักษาความตั้งใจนั้นให้มั่นคง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง ก็มีความสำคัญเช่นกัน กล่าวคือ ถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูงด้วย ก็จะมีผลเพิ่มความตั้งใจ ในทางกลับกัน ถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง แต่การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์การตอบสนองต่ำ ก็จะลดความตั้งใจลง

บุคคลจะรู้สึกว่าจะไม่สามารถป้องกันตนเองได้ใน 2 กรณี คือ ถ้าผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพ และถ้าเขาเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้นถ้าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคต่ำ ก็จะต้องเพิ่มการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนให้สูงจึงจะเพิ่มความตั้งใจขึ้นได้ อย่างไรก็ตามความตั้งใจจะสูงที่สุดเมื่อบุคคลมีทั้งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง

การรับรู้ในความคาดหวังในความสามารถของตนสูง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูง

การส่งเสริมให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนี้เป็นเป้าหมายของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งแบ่งการแสดงพฤติกรรมออกเป็น 3 แนวทาง ตามแนวคิดของ ฟิชไบน์; และไอเซน (Dunn; & Roger. 1986 : 155; citing Fishbein; & Ajen. 1975. *Understanding Attitude and Predicting Behavior*) คือ

1. พฤติกรรมเดี่ยว (Single action) เป็นพฤติกรรมเฉพาะเจาะจงซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาชัดเจนและสามารถวัดได้

2. พฤติกรรมที่เกิดซ้ำ (Repeated action) เป็นพฤติกรรมเดี่ยวที่เกิดขึ้นซ้ำกันหลาย ๆ ครั้ง ซึ่งอาจอยู่ในพฤติกรรมกลุ่มเดียวกันหรือต่างกลุ่มกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการกระทำนั้น

3. พฤติกรรมกลุ่ม (Multiple action) เป็นพฤติกรรมที่มีพื้นฐานมาจากพฤติกรรมเดี่ยว และพฤติกรรมที่เกิดซ้ำ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีพฤติกรรมหลาย ๆ อย่างรวมกันทำให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากเดิม ดังนั้นจึงไม่สามารถสังเกตกลุ่มพฤติกรรมได้โดยตรง แต่สามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมเดี่ยวหลาย ๆ พฤติกรรมที่รวมกัน

ในการทำให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดนั้น เกิดจากการนำองค์ประกอบบางส่วนของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มาใช้เป็นตัวแปรของกระบวนการรับรู้การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการนำทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self – efficacy theory) ที่มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ มาใช้เป็นตัวแปรของกระบวนการรับรู้การประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งทำให้เกิดความเชื่อมโยงกันในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์ส (Rogers protection motivation theory) ซึ่งกระบวนการรับรู้ทั้ง 2 รูปแบบนี้ จะทำให้เกิดแรงจูงใจอันจะนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคต่อไป

จากที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่าทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์ส ประกอบด้วย

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal) ประกอบด้วย
 - 1.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness)
 - 1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived probability)
2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal)
 - 2.1 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy)

2.2 ความคาดหวังในความสามารถของตน (Self – efficacy)

ตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร มีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่องานทางสังคมของตนซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงนั้น อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 242 : 25) การรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้สามารถพัฒนา ได้จาก การเชื่อว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรงโดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น ระบายเคืองปอดเล็กน้อย โดยทั่วไป ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนเจตคติ และพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง อาจไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยตรง แต่หากใช้การกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการชูอาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะเด่นชัดขึ้น (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 36; อ้างอิงจาก Macay. 1992. *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT) : Effects of Imagined Scenarios on Intent to use Condoms.* p. 27) ขณะที่ใช้สื่อในการกระตุ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมได้ (Macay, Bruce C. 1992 : 27; citing Roger; & Newborn. 1976. *Journal of Personality and Social Psychology.* p. 54–61) ในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูงพบว่า มีผลต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและทำให้เกิดอันตราย

ดังนั้นในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว จึงควรให้สุศึกษา โดยการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง เมื่อโคเลสเตอรอลในร่างกายสูง ทำให้โคเลสเตอรอลไปเกาะสะสมตามผนังหลอดเลือดแดง รวมทั้งหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจได้มากขึ้น เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดอันเป็นโรคหัวใจชนิดหนึ่งที่มีอันตรายถึงชีวิตได้ การนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงนี้จะทำให้เจ้าหน้าที่ได้ตระหนักถึงอันตรายที่มีต่อสุขภาพและเกิดความกลัวต่อสื่อที่คุกคามต่อสุขภาพ และในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ นอกจากให้เจ้าหน้าที่ได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงแล้ว ควรให้เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

และเหมาะสมด้วยการให้รางวัล เช่น กล่าวชมเชยและแจกรางวัล เมื่อเจ้าหน้าที่เสนอความคิดเห็นหรือตอบคำถามที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived probability)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ถ้าการรับรู้ของผู้ป่วย หมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 25) การทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะสื่อสารโดยการชูที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะ使人บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง แต่วิธีนี้ยังไม่ใช่วิธีที่จะทำให้บุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่ดี (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 36; อ้างอิงจาก Macay. 1992. *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT) : Effects of Imagined Scenarios on Intent to use Condoms.* p. 28) เนื่องจากการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของแต่ละบุคคลว่าถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้สูง ดังนั้นบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงมีการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรคขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของแมตดุกซ์และโรเจอร์ส (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 36; อ้างอิงจาก Macay. 1992. *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT) : Effects of Imagined Scenarios on Intent to use Condoms.* p. 30) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูบบุหรี่โดยให้ผู้สูบบุหรี่อ่านบทความเรื่อง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจ และโรคมะเร็งปอด ซึ่งในบทความแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดและโรคหัวใจ จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนมาก มีความหวังว่าตนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้น

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy)

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง หมายถึง การที่บุคคลทราบถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะช่วยลดการเกิดโรค สามารถกระทำโดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 38)

สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่นั้น ต้องบอกถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความคาดหวังในผลดีที่จะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

นอกจากจะให้เจ้าหน้าที่ที่มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองแล้ว ควรจะลดปัจจัยที่ทำให้การตอบสนองต่อการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมลดลงด้วย โดยการให้ข้อมูลข่าวสารแก่เจ้าหน้าที่ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงนั้น ไม่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ และมีความสะดวก รวดเร็ว ในการปฏิบัติ ไม่มีความซับซ้อน ยุ่งยาก อีกทั้งเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่เพิ่มขึ้นในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีพื้นฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของแบนดูรา ซึ่งแบนดูราเชื่อว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่มีต่อทางเลือกนั้นๆ ซึ่งการสร้างคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะเลือกทางเลือกดังกล่าวสามารถกระทำได้หลายวิธีเช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอนด้วยคำพูด กล่าวโดยสรุป การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาของข้อมูล ข่าวสารควรมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามได้จริง จึงจะมีผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานให้บุคคลปฏิบัติตามอย่างแท้จริง

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองสามารถกระทำได้หลายวิธีเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นในการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง จึงควรให้เจ้าหน้าที่ที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น ควบคุมอาหารที่มีไขมันสูง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดภาวะเครียด ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหารเป็น ต้ม ย่าง นึ่ง อบ แทน การทอด หรือผัด เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้เจ้าหน้าที่นำข้อมูลดังกล่าวมาพิจารณาความสามารถของตนเอง และมีความคาดหวังว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้เช่นกัน

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค มีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคจะกระทำได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่า อันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกกว่าตนเองอ่อนแอ หรือเสี่ยงต่ออันตราย
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัว เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น

4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัว เพื่อตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์

5. ผลดีจากการตอบสนอง ด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย

6. อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

การสร้างกรอบโปรแกรมสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของโรเจอร์ส

จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ เพื่อสร้างให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่ ซึ่งกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา แสดงดังภาพประกอบ 7

แหล่งข้อมูล ข่าวสาร	สื่อกลางกระบวนการเรียนรู้	รูปแบบการ เผชิญปัญหา
- การพูดชักชวน - การเรียนรู้จากการสังเกต - การให้คำปรึกษา รายบุคคล	ปัจจัยความรู้ที่ตอบสนองที่เป็นไปได้ เพิ่ม พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น พฤติกรรมที่ต้องควบคุมอาหารที่มีไขมันสูง และออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น ลด ความพึงพอใจในการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง การรับรู้ความรุนแรง ทำให้เกิดความกลัวโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอล เช่น อาจทำให้ถึงแก่ความตายได้ พฤติกรรมที่ป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง - ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากโคเลสเตอรอลสูง - ความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่จะป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง = การประเมินอันตราย แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การประเมินการเผชิญปัญหา	พฤติกรรมที่ป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง - หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง - หลีกเลี่ยงเครื่องดื่ม Alcohol , ขนมหวาน แบ่ง ข้าวต่าง ๆ - ปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหารเป็นการนึ่ง ย่าง ต้ม อบ แทนการทอดหรือผัด - ออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ลดน้ำหนักตัวถ้าอ้วนหรือมีน้ำหนักเกิน - ควรเพิ่มอาหารพวกผักใบต่าง ๆ และผลไม้บางชนิดที่ให้ใยกาก

ภาพประกอบ 7 การสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ตามทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส

การสร้างและการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง จำเป็นอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่และผู้สอนจะต้องมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโคเลสเตอรอลเพื่อจะทำให้เกิดการรับรู้และการเรียนรู้ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากโคเลสเตอรอลสูง

1.5 ความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล

ไขมันในเลือดที่สำคัญมี 4 ชนิด คือ

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

ไขมันเหล่านี้จะต้องเกาะกับโปรตีน คือ อะโปโปรตีน (Apoprotein) เมื่อประกอบกับ Plasma Lipid จะเรียกว่า “ไลโปโปรตีน” (Lipoprotein) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ชนิด โดยอาศัยความหนาแน่น (Density) เป็นเกณฑ์โดยเรียงลำดับจากความหนาแน่นน้อยไปมาก ดังนี้

1. Chylomicron
2. Very Low density Lipoprotein (VLDL)
3. Intermediate density Lipoprotein (IDL)
4. Low density Lipoprotein (LDL)
5. High density Lipoprotein (HDL)

Chylomicron เป็นไลโปโปรตีนชนิดที่ใหญ่ และมีความหนาแน่นน้อยที่สุดซึ่งมีหน้าที่ขนส่งไขมันจากอาหารที่บริโภค จากลำไส้ไปสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกายสร้างที่ลำไส้เล็กบริเวณ Duodenum และ Jejunum โดย microvilli นำโมโนกลีเซอไรด์และกรดไขมันอิสระจากอาหารมารวมตัวเป็นไตรกลีเซอไรด์ ไตรกลีเซอไรด์และสารไขมันอื่นๆ จะรวมตัวกับอะโปโปรตีนสร้างเป็น Chylomicron แล้วปล่อยออกมาที่ท่อน้ำเหลืองและนำสู่กระแสเลือดต่อไป Chylomicron ประกอบด้วยไขมันร้อยละ 98 – 99 (ไตรกลีเซอไรด์ ร้อยละ 90 โคเลสเตอรอลร้อยละ 3 และฟอสโฟไลปิดร้อยละ 5) และโปรตีนร้อยละ 1 – 2 VLDL เป็นไลโปโปรตีนขนาดเล็กกว่า Chylomicron สร้างที่ตับ ส่วนใหญ่ประกอบด้วยไขมันร้อยละ 89 – 94 (ไตรกลีเซอไรด์ร้อยละ 55 – 65 โคเลสเตอรอลร้อยละ 18 – 22 ฟอสโฟไลปิด ร้อยละ 12 – 18) และโปรตีนร้อยละ 5 – 10 ตามปกติ VLDL มีอัตราส่วนของไตรกลีเซอไรด์ต่อโคเลสเตอรอลเป็น 5 ต่อ 1 VLDL ทำหน้าที่ขนถ่ายไตรกลีเซอไรด์ที่ร่างกายสร้างขึ้นไปสู่นเนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อ ถูกย่อยโดยเอนไซม์ Lipoprotein Lipase ในกระแสเลือดเป็น Intermediate density Lipoprotein (IDL) และถูกเปลี่ยนเป็น Low density Lipoprotein (LDL) ตามลำดับ

IDL เป็นไลโปโปรตีนซึ่งเป็นผลมาจาก VLDL ถูกย่อยโดยเอนไซม์ Lipoprotein Lipase ร้อยละ 50 ของ IDL จะถูกเปลี่ยนต่อไปเป็น LDL

HDL เป็นไลโปโปรตีนเป็นตัวสำคัญและขนาดเล็กที่สุด ส่วนใหญ่สร้างจากเซลล์ตับและลำไส้เล็ก ส่วนน้อยได้มาจากการเผาผลาญของ Chylomicron HDL ประกอบด้วยไขมันร้อยละ 50 – 55 (ไตรกลีเซอไรด์ ร้อยละ 3 – 6 โคเลสเตอรอล ร้อยละ 17 – 23 และ ฟอสโฟไลปิดร้อยละ 20 – 30) และ โปรตีนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีกระบวนการดังนี้

1. HDL ทำหน้าที่ขนส่งโคเลสเตอรอลจากเซลล์เนื้อเยื่อส่วนปลายกลับไปเผาผลาญที่ตับ และขับออกทางน้ำดี

2. HDL ช่วยป้องกันไม่ให้เซลล์ต่าง ๆ รับเอา LDL เข้าไปมากเกินไป โดยที่ HDL สามารถแบ่งที่ LDL ในการจับกับ LDL Receptor ได้

จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ผกผันระหว่าง HDL กับอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ระดับ HDL ต่ำในเลือดมักสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกาย โรคอ้วน การสูบบุหรี่ และภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด

ไขมันในเลือดที่มีความสำคัญทางคลินิกนั้นมีอยู่ 2 ประเภท คือ

1. ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) เป็นไขมันที่ได้จากอาหารไขมันที่เรบริโภคจากภายนอกคือ Chylomicron TG จากการสังเคราะห์ที่ตับจากอาหารจำพวกแป้งที่เรบริโภคเข้าไปคือ VLDL TG หน้าที่หลักของไตรกลีเซอไรด์ เป็นแหล่งสะสมของพลังงานที่ร่างกายจะนำไปใช้ซึ่งมีความสำคัญกล่าวคือ แม้จะอยู่ในภาวะอดอาหาร ร่างกายสามารถนำไตรกลีเซอไรด์มาใช้ได้เป็นเวลาหลายสัปดาห์ ต่างจากคาร์โบไฮเดรตใช้เวลาเพียงไม่กี่ชั่วโมงก็จะเผาผลาญหมดไป นอกจากนี้ยังให้พลังงาน (Calories) ต่อกรัมมากกว่าคาร์โบไฮเดรตและโปรตีน

2. โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ได้จากการสังเคราะห์ที่ตับ และจากอาหารที่บริโภค แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

ก. Low Density Lipoprotein Cholesterol (LDL- C) หรือ โคเลสเตอรอลอันตราย ความจริงแล้วโคเลสเตอรอลเป็นสารที่มีคุณและโทษ กล่าวคือถ้าปริมาณพอเหมาะพอดีก็มีประโยชน์ต่อร่างกายและเนื้อเยื่อที่ต้องใช้เป็นส่วนประกอบของเยื่อหุ้มเซลล์ เนื้อเยื่อของสมองและระบบประสาท นอกจากนี้ยังเป็นวัตถุดิบในการสร้างฮอร์โมนเพศหญิง ฮอร์โมนเพศชาย ฮอร์โมนคอร์ติโซน และกรดน้ำดี ภาวะ LDL- C ในเลือดสูงมักจะเกิดร่วมกับภาวะโคเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) สูงด้วย ซึ่งจะพอกพูนหนาขึ้นๆ ในหลอดเลือด เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และมีโอกาสเสี่ยงต่อการอุดตันของเส้นเลือด เกิดเป็นโรคหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและหัวใจวายในที่สุด ถ้ามีการอุดตันของเส้นเลือดสมองจะทำให้เกิดโรคอัมพาต หรือเสียชีวิตได้

เช่นกัน ระดับ LDL – C ในเลือดในเกณฑ์ปกติต้องไม่เกิน 150 mg/dl LDL – C สูง นอกจากการกินอาหารไขมันที่มากเกินไปความต้องการแล้ว ยังสัมพันธ์กับภาวะที่ร่างกายมีความเร่งในกระบวนการออกซิเดชันสูง (Oxidative Stress) เช่น ภาวะเครียด ภาวะติดเชื้อภาวะรับมลพิษเข้าสู่ร่างกายมาก ๆ

ข. High Density Lipoprotein Cholesterol (HDL– C) หรือโคเลสเตอรอลดี ซึ่งมีหน้าที่เป็นตัวพาคโคเลสเตอรอลรวมที่จับคราบตามหลอดเลือดให้หมุนเวียนกลับไปส่วนอื่นๆ ของร่างกายในโมเลกุลของโคเลสเตอรอลจะมี HDL – C อยู่ร้อยละ 20 ถ้ามีระดับสูงกว่านี้จะลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับ HDL – C ในเกณฑ์ปกติของผู้ชาย 35 – 45 mg/dl และผู้หญิง 45 – 55 mg/dl

ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริม HDL – C ในร่างกายสูงขึ้นได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การกินอาหารที่เบต้าแคโรทีน และวิตามินดี

ค่าปกติของไขมันมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ โดยทั่วไปการตัดสินใจไขมันในเลือดสูงมักใช้เทียบกับค่าของคนปกติซึ่งเป็นค่าที่ได้จาก Frequency distribution ดังนั้นค่าปกติของไขมันมีค่าไม่แน่นอน มีความแปรผันตามเชื้อชาติ อายุ เพศ ถิ่นฐานที่อยู่ และฤดูกาล องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อระดับไขมันในเลือด ได้แก่

1. ความแตกต่างทางด้านภูมิประเทศ พบว่าความแตกต่างทางภูมิศาสตร์มีผลต่อระดับไขมันในเลือด พวกที่อยู่ในประเทศที่พัฒนาจะมีระดับไขมันสูงกว่าคนที่อยู่ประเทศด้อยพัฒนา และคนกลุ่มหลังมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดต่ำ ส่วนชาวยุโรปและอเมริกันการเกิดโรคนี้จะพบได้มาก ทั้งนี้เนื่องจากอาหารที่รับประทานมีส่วนประกอบของไขมัน พวก Saturated fat (ไขมันอิ่มตัว) และโคเลสเตอรอลสูง ดังนั้นไม่ควรนำค่าปกติของชาวตะวันตกมาใช้ตัดสิน

2. อายุ ปริมาณของไขมันในเลือดแปรตามอายุ พบว่าไขมันที่วัดได้จากเลือดสายสะดือของเด็กแรกเกิดจะต่ำมากและเพิ่มขึ้นเร็วมากในระยวัยเด็ก เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จะเพิ่มขึ้นทีละน้อย ในชาวยุโรปและอเมริกันระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์จะเพิ่มขึ้นสูงจนอายุ 60 – 70 ปี

3. ความแตกต่างระหว่างเพศ ไขมันมีความแตกต่างระหว่างเพศ และมีผลต่อระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่าระดับของโคเลสเตอรอล พบว่า เพศชายมีระดับของ ไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าเพศหญิงทุกวัย โดยเฉพาะช่วงอายุ 20 – 30 ปี ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงถึงร้อยละ 40 แต่ความแตกต่างจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

สำหรับโคเลสเตอรอล พบว่าแตกต่างกันไม่มาก แต่ในวัยหนุ่มสาวค่าของโคเลสเตอรอลในชายจะสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญจนถึงอายุ 40 – 50 ปีขึ้นไป หญิงจะมีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่าชาย

4. สาเหตุอื่น ๆ หลังผ่าตัด หรือได้รับบาดเจ็บ ความเจ็บป่วยมีผลรบกวนต่อเมตาบอลิซึมของระดับไขมันในพลาสมา

ปริมาณและชนิดของอาหารที่รับประทานได้แก่ คาร์โบไฮเดรต สุกรา และยาบางชนิดมีผลต่อเมตาบอลิซึมของไขมัน

การตัดสินใจระดับโคเลสเตอรอลผิดปกติในเลือด

การตรวจวัดระดับไขมันในเลือดของประชากรที่แข็งแรงพบว่า มีการกระจายตัวแบบปกติ โดยไม่สามารถแยกระหว่างผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติออกจากปกติได้จึงได้มีการยึดถือว่า ผู้ที่มีระดับไขมันสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 95 ของประชากรกลุ่มใหญ่ที่ศึกษา เป็นผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง ปัจจุบันนี้มีข้อมูลที่บ่งชี้อย่างแน่ชัดว่า ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง จึงยึดถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดทางด้านไตรกลีเซอไรด์ก็ใช้หลักเกณฑ์เดียวกัน หลักเกณฑ์เดียวกัน หลักเกณฑ์ในการตัดสินใจระดับไขมันผิดปกติได้กำหนดจากผู้เชี่ยวชาญของ European Atherosclerosis Society (EAS) และ National Cholesterol Education Program (NCEP) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบเกณฑ์การตัดสินใจระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง

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

สาเหตุของภาวะระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง

เนื่องมาจากสาเหตุ 3 ประการคือ

1. Primary hypercholesterolemia เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม อาจเป็นแบบ Single gene Mutation หรือแบบ Polygenes Mutation ซึ่งพบประมาณร้อยละ 85

2. Secondary hypercholesterolemia เกิดจากโรค ภาวะ หรือยาบางชนิดที่มีผลกระทบต่อเมตาบอลิซึมของไขมัน เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดผิดปกติ ที่พบบ่อย ได้แก่

2.1 Hypothyroidism ภาวะนี้มีผลต่อเมตาบอลิซึมของไลโปโปรตีน ทำให้ระดับ LDL – C เพิ่มขึ้น และยับยั้งการทำงานของ LDL receptors ผู้ป่วยใช้พลังงานน้อยมีพลังงานส่วนเกิน จึงทำให้ตับผลิต VLDL Triglyceride มากขึ้น เกิดภาวะ Hypertriglyceridemia ขึ้น

2.2 Nephrotic Syndrome ภาวะของโรคทำให้เกิด Hypoalbuminemia ทำให้ตับผลิต Lipoprotein มากขึ้น LDL – C เพิ่มขึ้น จึงทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง

2.3 Renal Failure พบในผู้ป่วย Chronic Renal Failure ซึ่งมีการสร้าง VLDL Triglyceride เพิ่มขึ้น

Diabetic Dyslipidemia ผู้ป่วย NIDDM มี Hypertriglyceridemia ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของ Lipolysis VLDL Triglyceride และผลิต VLDL Triglyceride เพิ่มขึ้น

3. Dietary hypercholesterolemia

สาเหตุจากบริโภคอาหารที่ไขมันอิ่มตัว และโคเลสเตอรอลสูง ทำให้ LDL – C สูง และ LDL receptor น้อยในภาวะนี้ระดับโคเลสเตอรอลสามารถลดได้ด้วยการควบคุมอาหารคือลดปริมาณไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลลง โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษา

ผลของภาวะโคเลสเตอรอลสูง

1. Premature coronary artery disease คือ สภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตัน ก่อน 50 ปี พบในผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงแต่ระดับไตรกลีเซอไรด์ปกติ

2. Peripheral vascular disease คือ การที่มีการอุดตันหรือการแคบลงของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นพัก ๆ ปวดกล้ามเนื้อจากการขาดเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลาย (Ischemic Pain) พบในผู้ป่วยเบาหวาน

3. Xanthomata พบในผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงเป็นเวลานาน ๆ ไขมันเกาะสะสมที่ผิวหนังหรือเอ็น Tuberous Xanthomata คือ สภาวะผิวหนังเป็นก้อนหรือตุ่มนูนขนาด 0.5 เซนติเมตรขึ้นไป พบบ่อยบริเวณที่มีแผลเป็น Tendon Xanthomata จะเป็นบริเวณหลังมือ หลังเท้า เอ็นร้อยหวาย

4. Corneal arcus เกิดจากไขมันสะสมที่ตาดำ (Cornea) มีลักษณะเป็นแถบสีขาว ๆ ขอบบนตาดำ แต่มีช่องว่างแยกชัดจากตาขาว (Sclera) ปกติ Corneal arcus พบได้ในผู้สูงอายุที่มีไขมันในเลือดปกติเรียกว่า Arcus Lipoides Senilis

5. Xanthelasma คือ ตุ่ม หรือปื้นวงเล็ก ๆ ที่เปลือกตาบนของหัวตา เกิดจากการสะสมของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณรอบตา

6. Cataracts ต้อกระจกจากภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงพบได้น้อย ส่วนมากจะพบในผู้ที่มีการการร่วมอื่น ๆ ที่รุนแรง เช่น Xanthomata ของ Achilles Tendon

7. Neurological Symptoms เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทและสมองที่รุนแรง เกิดได้กับทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่วัยเด็กอาจเกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia) หรืออาจมีความผิดปกติของระบบสั่งการกล้ามเนื้อทำให้มีการหดเกร็ง (progressive spasticity) และการทำงานไม่พร้อมเพรียงกันของกล้ามเนื้อ (ataxia) ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ได้

8. Rheumatic Symptoms มีการบวมอักเสบของข้อหลายข้อ (Polyarthritits) พบบ่อยที่ข้อเท้า ข้อเข่า ข้อมือ ข้อนิ้วมือ จะมีอาการบวมเจ็บข้อ 1 – 2 อาทิตย์ แต่ไม่มีการทำลายข้อ หรือเกิดความผิดปกติของข้อ

การรักษาภาวะ Hypercholesterolemia

หลักในการรักษาภาวะ Hypercholesterolemia นั้นมีอยู่ 2 ประเภทคือ

1. Nonpharmacologic คือ การให้โภชนบำบัดซึ่งถือว่าสำคัญที่สุด และจะต้องปฏิบัติอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

2. Pharmacologic คือ การให้ยาลดไขมัน จะพิจารณาใช้ร่วมในการรักษา ถ้าการตอบสนองต่อการรักษาอย่างแรกไม่เป็นที่น่าพอใจ เมื่อเวลาผ่านไปนานพอสมควร

Nonpharmacologic Treatment of Hypercholesterolemia

จุดประสงค์ของการให้โภชนบำบัด คือ การลดปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลในอาหารลงตลอดจน ให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับพลังงานเหมาะสม และจัดพลังงานส่วนเกินออกไป ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับวิตามิน เกลือแร่ และสารอาหารที่จำเป็นอื่น ๆ อย่างเพียงพอด้วย สำหรับการให้โภชนบำบัดนี้ National Cholesterol Education Program , Adult Treatment Panel Report 1988 (NCEP – ATP) ได้แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

1. Step – one diet

2. Step – two diet

ซึ่งความแตกต่างของแต่ละระดับอยู่ที่ปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลที่
รับประทานดังตาราง

ตาราง 2 แบบแผนการให้โภชนาบำบัด Step – one และ Step – two diet

โภชนาบำบัดภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด		
สารอาหาร	Step-one diet	Step-two diet
ปริมาณไขมันรวม	น้อยกว่า 30% ของพลังงานทั้งหมด	
กรดไขมันอิ่มตัว	ไม่เกิน 10% ของพลังงานทั้งหมด	ไม่เกิน 7% ของพลังงานทั้งหมด
Polyunsaturated fatty acids	น้อยกว่า 10% ของพลังงานทั้งหมด	
Monounsaturated fatty acids	10% - 15% ของพลังงานทั้งหมด	
คาร์โบไฮเดรต	50% - 60% ของพลังงานทั้งหมด	
โปรตีน	10% - 20% ของพลังงานทั้งหมด	
โคเลสเตอรอล	น้อยกว่า 300 มก./วัน	น้อยกว่า 200 มก./วัน
พลังงานรวม	รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	

ผู้ป่วยทุกรายจะเริ่มตั้งแต่ Step – one – diet เสมอและวัดระดับ Plasma TC ที่สัปดาห์ที่ 4 ถึง 6 และเดือนที่ 3 เนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยมีเวลานานพอที่จะปรับตัวเข้ากับ dietary pattern ตลอดจนนานพอที่จะเปลี่ยนแปลงในระดับ Plasma TC ทุก 3 เดือนในปีแรก และทุก 6 เดือนในปีต่อไป ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อ Step-one diet ไม่เป็นไปตามที่ต้องการ แพทย์จะให้เริ่ม Step-two diet ไม่เป็นไปตามที่ต้องการ แพทย์จะให้เริ่ม Step-two diet ต่อไป และจะวัดระดับ Plasma TC ในสัปดาห์ที่ 4 ถึง 6 และเดือนที่ 3 เช่นกัน ถ้าการตอบสนองเป็นไปตามเป้าหมายก็ให้ปฏิบัติต่อไปเหมือนผู้ป่วย Step-one diet สำหรับผู้ที่ไม่ตอบสนองจะพิจารณา Pharmacologic treatment ต่อไป

รายงานการศึกษาภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงในประเทศไทย

สุจินดา เกรว่อง; และคนอื่นๆ (2531 : 123) ได้ศึกษาระดับไขมันในเลือดของผู้ชายและผู้หญิงไทยอายุ 21–60 ปี จำนวน 195 ตัวอย่าง พบว่าประชากรอายุ 41–60 ปี จะมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่ากลุ่มประชากรที่มีอายุ 20–30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มี ความแตกต่าง

ระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ Israsena T; et al. (1984 : 20) ศึกษาระดับไขมันในเลือดของผู้ชายและหญิงไทยอายุ 50-78 ปี ที่มีสุขภาพปกติ จำนวน 204 คน ได้ค่าเฉลี่ยของระดับโคเลสเตอรอลเท่ากับ $210.4 + 40.8$ (พิสัยเท่ากับ 130 – 290 มก./ดล) พบว่า ระดับโคเลสเตอรอลมีแนวโน้มที่แปรผันตามอายุที่มากขึ้น และไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จรินทร์ จันทรฉาย (2529 : 132) ได้ตรวจวัดระดับไขมันในเลือดของคนไทยอายุ 25-50 ปี มาตรวจร่างกายประจำปี จำนวน 152 คน ได้ค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเท่ากับ $186.0 + 41.5$ มก./ดล และพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับระดับโคเลสเตอรอลในเลือด

สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย (2537 : 45) ได้ทำการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ จำนวน 13,515 ราย พบว่าผู้ที่มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 200 มก./ดล มี 1,527 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.30 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น พบในเพศหญิง (ร้อยละ 12.97) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 9.06) และพบว่าภาคกลางและภาคใต้เป็นพื้นที่ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูงมากที่สุด และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีน้อยที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับโคเลสเตอรอลในเลือดกับโรคหัวใจขาดเลือด

คีย์ (Keys. 1960 : 47) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระดับโคเลสเตอรอลในเลือดกับอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (CHD) ในระยะเวลา 10 ปี ของประชากรใน 7 ประเทศ ได้แก่ ประเทศในกลุ่มอเมริกา ยุโรป และญี่ปุ่น จำนวน 11,579 คน พบว่า ประเทศที่ประชากรมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงสุด คือ ฟินแลนด์ และมีอัตราการเกิด CHD สูงสุดด้วย ในทางตรงข้ามประเทศที่ประชากรที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำและมีอัตราการเกิด CHD ต่ำด้วย คือ ญี่ปุ่นและกรีซ ส่วนประเทศที่ประชากรมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดปานกลาง ก็จะมีอัตราการเกิด CHD ปานกลาง แม้ว่าจะมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิด CHD ในประชากรที่แตกต่างกัน แต่โดยรวมแล้วพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับโคเลสเตอรอลในเลือดกับอัตราการเกิด CHD

คาร์ลสัน (Carlson. 1972 : 48) ได้ศึกษาติดตามชายในเมือง Stockholm จำนวน 3,168 คน เป็นเวลา 9 ปี หาความสัมพันธ์ระหว่างระดับโคเลสเตอรอลในเลือดกับอัตราการเกิด CHD อัตราการเกิด CHD มีความสัมพันธ์กับระดับโคเลสเตอรอล ($P < 0.05$) ในคนที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สรุปคือ การที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด CHD

วิบูลย์ รัตนานนท์; และยุพา จิวิริยะวัฒน์ (Viboon, Rattanapanon; & Yupa, Jiviriyawat. 1983 : 50) ทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับไขมันในชาวเชียงใหม่ที่มีร่างกายปกติ 105 คน (อายุเฉลี่ย 52 ปี) กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลเชียงใหม่ 100 คน (อายุเฉลี่ย 58 ปี) พบว่ากลุ่มที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดมีค่าเฉลี่ยของระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเท่ากับ 218.3 มก/ดล ซึ่งสูงกว่ากลุ่มคนปกติที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเท่ากับ 187.4 มก/ดล

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

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับโคเลสเตอรอลในเลือดและโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งศึกษาโดยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดด้วยอาหารและยา พบว่าการลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดในผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง จะลดความเสี่ยงการ CHD

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

2.1.1 งานวิจัยต่างประเทศ

แมคเค (สุพรรณี สฤณีอิริรักษ์. 2536 : 47; อ้างอิงจาก Mackay. 1989. *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT) : Effect of Imagined Scined Scennarios on Intent to use Condom*) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ และ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่มีต่อการใช้ ถุงยางอนามัยโดยใช้วิธีธรรมชาติให้ข้อมูลข่าวสารในเชิงที่ทำให้ผู้ฟังเกิดความกลัวโดย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มประกอบด้วย กลุ่มทดลอง คือ ผู้ชายทั่วไป จำนวน 87 คน สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ชายรักร่วมเพศ และชายรักสองเพศ จำนวน 77 คน โดยตั้งสมมติฐานว่า จะสามารถเพิ่มการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรู้สึกมั่นใจตนเองอันเนื่องมาจากการใช้ถุงยางอนามัย และเพิ่มความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัย ผลการทดลองพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน และในกลุ่มชายรักร่วมเพศ ชายรักสองเพศ มีแนวโน้มที่จะใช้ถุงยางอนามัยน้อยลง

แฮ็งเวียต (Haugtvedt. 1998 : 2146) ได้ศึกษาเรื่องการส่งเสริมให้มีการยึดหลักเกณฑ์ในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยใหม่ที่มาเข้ารับการรักษา ณ ศูนย์การแพทย์และเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยโอไฮโอ จำนวน 302 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาจัดทำคู่มือในการส่งเสริมโดยให้ความ

สำคัญกับตัวแปรความสามารถแห่งตนและประสิทธิผลการตอบสนอง กลุ่มที่สองให้คู่มือการส่งเสริมการยึดหลักเกณฑ์ในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องที่เป็นกลาง และกลุ่มที่สามไม่ให้คู่มือในการส่งเสริมให้มีการยึดหลักเกณฑ์ในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง แล้วเปรียบเทียบถึงวิธีการใช้ยาปฏิชีวนะของแต่ละกลุ่ม พบว่าวิธีการใช้ยาปฏิชีวนะของแต่ละกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญสถิติ

2.1.2 งานวิจัยในประเทศไทย

ศรีศุภรณ์ รุธิรวัฒน์ (2536 : 120-128) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนจำปลาธิการกองทัพเรือ โดยการสอนสุศึกษารายกลุ่ม อภิปรายหมายโดยใช้ตัวแบบ และการกระตุ้นโดยให้ดูวิดีโอโรคเอดส์ และการป้องกันพบว่า การประเมินอันตราย ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของเอดส์ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ การประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถแห่งตนในการป้องกันโรคเอดส์ การประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถแห่งตนในการป้องกันโรคเอดส์ และความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองในพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ของกลุ่มทดลองถูกต้องมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการป้องกันเอดส์พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อีกทั้งยังพบว่า ปัจจัยด้านรายได้ การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ มีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ได้ เช่นเดียวกับปัจจัยด้านรายได้และการดื่มสุรา ซึ่งมีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ได้

สุพรรณี สฤทธอภีรักษ์ (2536 : 117-120) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาในการป้องกันเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดเพชรบุรี โดยประยุกต์ ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค รวมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่ากลุ่มทดลองมีการประเมินอันตรายและการรับรู้ในความรุนแรงของโรคเอดส์ สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สำหรับการประเมินการเผชิญปัญหาต่อโรคเอดส์และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันเอดส์ กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทางด้านพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ ภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทางด้านพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ ภายหลังการทดลองไม่พบความแตกต่างจากก่อนการทดลองและจากกลุ่มเปรียบเทียบ อีกทั้งพบว่าปัจจัยด้าน การรับรู้ในความรุนแรงของเอดส์ การประเมินอันตรายต่อเอดส์และการประเมินการเผชิญปัญหาต่อพฤติกรรมการ

ป้องกันเอดส์ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันเอดส์และสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรม การป้องกันเอดส์และยังพบว่าปัจจัยด้านการดื่มสุรามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ และสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ได้

โกวิทช์ บุญมีพงษ์ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน โรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของ คนงานในสถานประกอบการการผลิต ผลิตภัณฑ์จากโลหะ เครื่องจักรและอุปกรณ์ จังหวัด สมุทรปราการ ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการประเมินอันตราย การประเมินความเสี่ยง ปัญหาความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการ ทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน และความ ตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน อุบัติเหตุจากการทำงาน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการ ป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กใน หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ โดยเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 80 คน เป็นกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่ม เปรียบเทียบ 40 คน จัดโปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลอง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนการ ทดลองและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา หญิงตั้งครรภ์มีการ เปลี่ยนแปลงด้านความรู้ด้านการประเมินอันตรายซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิต จาง จากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ด้าน การเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังในความสามารถของตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ จากการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และพฤติกรรมการป้องกันภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้ การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในความสามารถ ของตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การประยุกต์ทฤษฎี แรงจูงใจกับกระบวนการกลุ่ม ทำให้หญิงตั้งครรภ์มี การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ ความ คาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กดีขึ้น

สุธีรา เมืองนาโพธิ์ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักเรียนหญิงระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 2 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 96 คน กลุ่มทดลอง 46 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแบบยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง มีการระดมสมอง การอภิปรายกลุ่ม การสังเกตจากตัวแบบ การแสดงบทบาทสมมติ การสาธิตและการลงมือปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การประเมินอันตรายของการป่วยเป็นโรคเอดส์ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์ส ในการบูรณาการหน่วยการเรียนรู้ ทำให้นักเรียนหญิงเกิดการเปลี่ยนแปลงการประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา ความตั้งใจและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในทางที่ดีขึ้น

ศศิกาญจน์ เชียงทอง (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมการป้องกันการเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 74 คน โดยการเลือกแบบเจาะจงเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน จากโรงเรียนกุณนทีวุฒธารามวิทยาคม กลุ่มควบคุม 36 คน จากโรงเรียนประชาราษฎร์อุปถัมภ์ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเป็นแบบสอบถาม ด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับโอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมการป้องกันการเสี่ยงทางเพศ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง มีความรับรู้ถึงการเสี่ยงของการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันการเสี่ยงทางเพศ มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม การป้องกันการเสี่ยงทางเพศ และมีพฤติกรรมการป้องกันการเสี่ยงทางเพศดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

เบญจมาศ ไตรบรรณ (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการศึกษา ประสิทธิภาพ ของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 50 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาจากผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน โรคเบาหวานสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสุขศึกษา

จิตชนก หัสดี (2541 : 82) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลังในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อน ทดลอง

กรองจิต ชมสมุทร (2535 : 89) ได้ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในคลินิกโรคเบาหวานโรคพยาบาล จุฬาลงกรณ์ จำนวน 67 คน กลุ่มทดลองได้รับสุขศึกษาตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยกำหนด และผู้วิจัยได้ ส่งหมายกระตุ้นเตือนถึงญาติผู้ป่วย เพื่อให้เป็นผู้สนับสนุนและกระตุ้นเตือนเตือนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ ตามคำแนะนำ โดยทำการส่งให้ญาติทุก 2 สัปดาห์ และมีเอกสารแนบท้ายจดหมายเพื่อเพิ่มความรู้อีกแก่ญาติผู้ป่วย ผลการศึกษาวินิจฉัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับแรงสนับสนุนจากญาติดีกว่าก่อนการ ทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิไลรัตน์ เดียวกุล (2542 : 84-85) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแม่บ้าน ในเขตอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มแม่บ้านมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล (2538 : ก-ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพแบบกลุ่ม ร่วมกับการฝึกทักษะการออกกำลังกาย การใช้จดหมาย และสติ๊กเกอร์กระตุ้นเตือน มีประสิทธิผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระดับโคเลสเตอรอลในเลือด

อีริคสัน; และคนอื่นๆ (Erickson; et al. 1972 : 57) ศึกษาผลของโคเลสเตอรอลในอาหารต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือดโดยศึกษาในผู้ชายอายุ 21-48 ปี ที่มีสุขภาพดี จำนวน 70 คน ให้กลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารตามปกติ 7 วัน แล้วให้อาหารที่ไม่มีโคเลสเตอรอลเลยเป็นเวลา 21 วัน หลังจากนั้นสุ่มให้กลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารที่มีสัดส่วนของโปรตีนไขมัน คาร์โบไฮเดรตเหมือนกัน แต่มีระดับโคเลสเตอรอลต่างกัน 4 ระดับ คือ 0 , 106 , 212 , 317 มก/1,000 แคลอรีเป็นเวลา 42 วัน พบว่า อาหารที่มีโคเลสเตอรอลมีบทบาทในการกำหนดระดับของโคเลสเตอรอลในเลือดและกลุ่มตัวอย่างที่บริโภคโคเลสเตอรอล 317 มก/1,000 แคลอรี มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเมื่อบริโภคอาหารที่ไม่มีโคเลสเตอรอล และพบว่าแต่ละ 100 มก/1,000 แคลอรีของโคเลสเตอรอลที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้นประมาณ 12 มก/ดล

จอห์นสัน; และคนอื่นๆ (Johnson, C.; et.al. 1990 : 65) ศึกษาผลของโคเลสเตอรอลในอาหารต่อระดับไขมันในอาหารต่อระดับไขมันในเลือดโดยศึกษาในอาสาสมัครผู้ชายที่เป็นนักกีฬา อายุ 23-40 ปี จำนวน 10 คน และมีภาวะไขมันในเลือดปกติโดยสุ่มให้บริโภคอาหาร 2 ชนิด แบบ Two period Crossover Study ชนิดละ 4 สัปดาห์ ซึ่งอาหารทั้งสองชนิดมีสัดส่วนการกระจายพลังงานดังนี้ โปรตีนร้อยละ 15 คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55 ไขมันร้อยละ 30 และ แตกต่างกันที่อาหารชนิดหนึ่งมีโคเลสเตอรอล 600 มก/วัน อาหารที่สองมีโคเลสเตอรอล 200 มก/วัน เมื่อเปรียบเทียบผลการบริโภคอาหารชนิดที่หนึ่งกับชนิดที่สองแล้วพบว่าอาหารชนิดที่หนึ่งทำให้ LDL – C เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และ TC เพิ่มขึ้นร้อยละ 7

แกรี่; และคนอื่นๆ (Garry, P. J.; et al. 1992 : 12) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาหารไขมันกับระดับไขมันในเลือดโดยทำการศึกษาในคนสูงอายุ ที่มีสุขภาพดีทั้งชายและหญิงจำนวน 157 คน ติดตามเป็นเวลา 9 ปี พบว่าการลดการบริโภคไขมันและโคเลสเตอรอลในอาหารบริโภคมีสัมพันธ์กับการลดลงของไขมันในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เบอร์ริส (สมภพ โสพัฒน. 2544 : 2; อ้างอิงจาก Burris. 1979 : unpagged) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของแอโรบิคด้านซ์และโพล์คด้านซ์ 6 สัปดาห์ กับผลการวิ่ง 6 สัปดาห์ ที่มีต่อประสิทธิภาพ ของระบบไหลเวียนและเปอร์เซ็นต์ไขมันของร่างกายในหญิงวัยรุ่น ผู้เข้ารับการทดลองเป็นนักเรียนหญิงที่กำลังเรียนวิชาพลศึกษา จำนวน 76 คน แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเดินรำ กลุ่มวิ่ง และกลุ่มควบคุม ทำการฝึก 5 ครั้ง / สัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลปรากฏว่า การฝึกแอโรบิคด้านซ์และโพล์คด้านซ์ 6 สัปดาห์ มีผลทำให้ประสิทธิภาพของระบบไหลเวียนเพิ่มขึ้น และลดเปอร์เซ็นต์ไขมันของร่างกายลดลงเช่นกัน ผลการฝึกทั้งสองโปรแกรมไม่แตกต่างกัน

เมทเทอร์นิช (บัลลังก์ ใยดี. 2542 : 23-24; อ้างอิงจาก Metternich. 1982 : unpagged) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลการออกกำลังกายแบบแอโรบิคด้านซ์ ที่มีต่อไขมันและส่วนประกอบของไขมันกับโปรตีนในโลหิต ความสามารถของร่างกายและสัดส่วนของร่างกายในผู้หญิงวัยกลางคน ผู้เข้ารับการทดลองเป็นเพศหญิงวัยกลางคน ไม่สูบบุหรี่ และไม่รับประทานยาคุมกำเนิด โดยให้ฝึกเป็นเวลา 14 สัปดาห์ ฝึก 3 วันต่อสัปดาห์ วันละ 1 ชั่วโมง โดยจะมีการทดสอบสมรรถภาพทางกายก่อน ระหว่างการฝึกและหลังการฝึก

จากการฝึกโดยใช้ความหนักของงานประมาณ 75 เปอร์เซ็นต์ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด การศึกษา พบว่า

1. หญิงวัยกลางคนจะมีความสามารถของร่างกายเพิ่มขึ้น
2. เปอร์เซ็นต์ไขมันของร่างกายลดลง
3. ไขมัน ส่วนประกอบไขมันกับโปรตีน (Lipoprotein) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)
4. โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในโลหิตไม่เปลี่ยนแปลง

รัตนากิตติสุข (2526 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการฝึกแอโรบิคด้านซ์ที่มีต่อการอดทนของระบบไหลเวียน และปริมาณไขมันของร่างกาย ให้ผู้รับการทดลองเป็นเพศหญิง อายุ 30-45 ปีซึ่งมิได้ออกกำลังกายเป็นประจำ จำนวน 30 คน

การศึกษาศมรรถภาพการใช้ออกซิเจนในระดับเกือบสูงสุดนั้นใช้วิธีทดสอบลูกกลของบอลก๊และปริมาณไขมันของร่างกายโดยการวัดไขมันใต้ผิวหนัง ซึ่งเป็นผลจากการฝึกแอโรบิคด้านซ์ ฝึกเป็นระยะเวลา 2 เดือน ฝึกสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยแบ่งการฝึกออกเป็น 3 ช่วง ช่วงละ 10-15 นาที พักระหว่างช่วงละ 5 นาที แล้วนำผลที่ได้จากการทดสอบสมรรถภาพทางกายทั้งก่อนและหลังการฝึกแอโรบิคด้านซ์มาวิเคราะห์ตามวิธีสถิติ ผลปรากฏว่า

1. ค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพการใช้ออกซิเจนในระดับเกือบสูงสุดทั้งก่อนและหลังการฝึกแอโรบิคด้านซ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

2. ค่าเฉลี่ยของปริมาณไขมันในร่างกาย ทั้งก่อนและหลังการฝึกเดินแอโรบิคด้านซมี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

สามารถ บุตรานนท์ (2528 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การฝึกแอโรบิคด้านซมี ต่อสมรรถภาพของร่างกาย และศึกษาว่าการฝึกแอโรบิคด้านซมี มีผลต่อการลดเปอร์เซ็นต์ของไขมันในร่างกาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้สุ่มมาจากประชาชนเพศหญิงที่สนใจการออกกำลังกาย แบบแอโรบิคด้านซมี อายุ 30-40 ปี ซึ่งมีได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จำนวน 30 คน โดยฝึกเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน คือ จันทร์ พุธ และศุกร์ วันละประมาณ 1 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้วัดและทดสอบ คือ เครื่องมือวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังและแบบทดสอบสมรรถภาพของร่างกายของสมาคม กีฬาสมัครเล่นแห่งประเทศไทยปี้น ผลการศึกษาพบว่า

1. เมื่อสิ้นสุดการฝึกแล้ว อัตราชีพจรขณะพักลดลงประมาณ 4-5 ครั้งต่อนาที แต่ น้ำหนักตัวลดลงเพียงเล็กน้อย คือ ประมาณ .0 ถึง .8 กิโลกรัม และปริมาณของไขมันในร่างกายลดลง จากก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. สมรรถภาพของร่างกายในรายการยืนกระโดดไกล ดันพื้น และวิ่งกลับตัว มีผลดีกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนรายการลูก-นึ่ง 30 นาที และวิ่ง 5 นาที มีผลดีกว่า ก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พัชรี ภูศรี (2531: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลการฝึกแอโรบิคด้านซมีในระดับ ความถี่ที่ต่างกันที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสมรรถภาพทางกาย ผู้เข้ารับการทดลองเป็นเพศหญิงมี อายุระหว่าง 20-25 ปี จำนวน 28 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 14 คน แล้วทำการฝึกโดยกลุ่มทดลอง ที่ 1 ฝึกเดินแอโรบิคด้านซมีที่ระดับความถี่ 3 วัน/สัปดาห์, กลุ่มทดลองที่ 2 ฝึกเดินแอโรบิคด้านซมีที่ระดับ ความถี่ 5 วัน/สัปดาห์ ทั้งสองกลุ่มฝึกวันละ 45 นาที ใช้ระยะเวลาในการฝึก 8 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า

1. สมรรถภาพทางกายของกลุ่มฝึกแอโรบิคด้านซมี 3 วันและ 5วัน ในการทดสอบหลัง ฝึกไม่แตกต่างกัน

2. น้ำหนักของร่างกาย ความจุปอด ความอ่อนตัว ความแข็งแรงของแขน ความ แข็งแรงของขา เปอร์เซนต์ไขมันของร่างกาย และสมรรถภาพการจับออกซิเจนสูงสุดของกลุ่มฝึก 5 วัน ในการทดสอบก่อนและหลังฝึก แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจาก ภาวะโคเลสเตอรอลสูง เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันและมีแคลอรีสูง ขาดการออกกำลังกาย ซึ่ง พฤติกรรมเหล่านี้เป็นทั้งสาเหตุและสิ่งกระตุ้นให้ร่างกายมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ผู้

ศึกษาจึงได้ศึกษาผลการตรวจสุขภาพประจำปี ของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลหัวเฉียว ซึ่งยังไม่เคยมีการรวบรวมปัญหา ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นมาก่อน พบว่าเจ้าหน้าที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง จึงจัดทำโปรแกรมการให้สุขศึกษาเรื่องโคเลสเตอรอล ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ส่งเสริมให้มี พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่นหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันสูงเพิ่มการรับประทาน ผัก ผลไม้ เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ตลอดจนการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีการออกกำลังกายอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นตัวอย่างต่อบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาล มีบริการตรวจสุขภาพและการประเมินภาวะเสี่ยง ส่งเสริมสุขภาพกาย จิต และสังคม โดยมุ่งสร้างองค์กรที่มีสุขภาพดี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์สที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่ ดำเนินตามลำดับดังต่อไปนี้

1. กำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบแผนการศึกษาค้นคว้า
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 3.1 ลักษณะเครื่องมือ
 - 3.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
 - 3.3 เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย
 - 3.4 การหาคุณภาพเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นเจ้าหน้าที่ทุกแผนกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหัวเฉียว สังกัดมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,112 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง จำนวน 60 คนสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม และไม่เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการรับประทานยาลดไขมัน และไม่เป็นโรคหัวใจ จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) เป็นกลุ่มที่ได้ รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์สที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม (Control group) ไม่ได้รับกิจกรรม ตามโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันของโรคของโรเจอร์ส ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง แต่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ จำนวน 30 คน

2. แบบแผนการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มทดลอง (Experimental group) ได้รับการทดลองโดยการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. กลุ่มควบคุม (Control group) ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกเป็นการตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 เป็นการตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบ Pre-test , Post-test control group design รูปแบบทดลอง แสดงดังภาพประกอบ 8 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 65-66)

กลุ่ม	สอบก่อน	ทดลอง	สอบหลัง
กลุ่มทดลอง	T_1	X	T_2
กลุ่มควบคุม	T_1	$\sim X$	T_2

ภาพประกอบ 8 รูปแบบการทดลอง

โดยกำหนด

T_1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ การให้เจ้าหน้าที่

ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบสอบถามก่อนทำการทดลอง

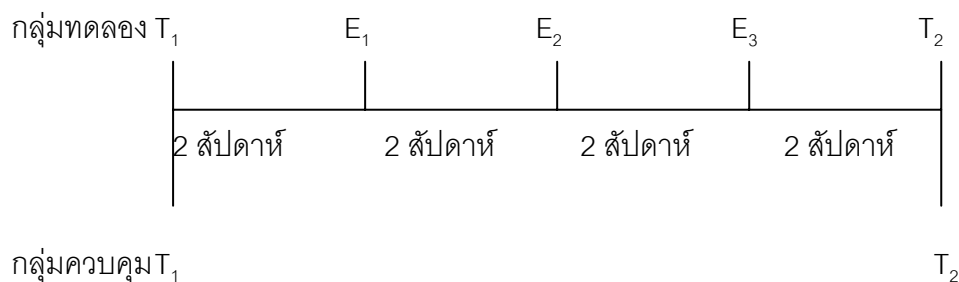
T_2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ การให้เจ้าหน้าที่

ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบสอบถามหลังการทดลอง

X หมายถึง ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้าง

$\sim X$ หมายถึง ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแต่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ

แผนดำเนินการทดลอง มีดังนี้



ภาพประกอบ 9 แบบแผนการทดลอง

โดยกำหนดให้

T_1 หมายถึง	การเก็บข้อมูลก่อนจัดโปรแกรมสุขศึกษา (Pre-test)
E_1 หมายถึง	การจัดกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 1
E_2 หมายถึง	การจัดกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 2
E_3 หมายถึง	การจัดกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 3
T_2 หมายถึง	การเก็บข้อมูลภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา (Post- test)

3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก/ส่วนสูง อาชีพ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจ การรับประทานอาหาร ระดับการศึกษา แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคภาวะโคเลสเตอรอลสูงที่ได้รับ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple choices) ชนิด 4 ตัวเลือก ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน โดยให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียง

คำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินผลความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลโดยใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์

กำหนดระดับคะแนน ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุต. 2525 : 77)

คะแนนร้อยละ 80 – 100.00	หมายถึง	มีความรู้ระดับดี
คะแนนร้อยละ 50 – 79.99	หมายถึง	มีความรู้ระดับพอใช้
คะแนนร้อยละ 0 – 49.99	หมายถึง	มีความรู้ระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินอันตราย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

2. แบบสอบถามวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เกณฑ์การให้คะแนน

เลือกตอบ	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

เกณฑ์การประเมินผลค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9) คือ

2.34 – 3.00	หมายถึง	เจ้าหน้าที่มีการรับรู้ในระดับสูง
1.67 – 2.33	หมายถึง	เจ้าหน้าที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
1.00 – 1.66	หมายถึง	เจ้าหน้าที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามวัดความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคที่เกิดจาก ภาวะโคเลสเตอรอลสูงซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

2. แบบสอบถามวัดความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เกณฑ์การให้คะแนน

เลือกตอบ	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

เกณฑ์การประเมินผลค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9) คือ

2.34 – 3.00	หมายถึง	เจ้าหน้าที่ที่มีความคาดหวังในระดับสูง
1.67 – 2.33	หมายถึง	เจ้าหน้าที่ที่มีความคาดหวังในระดับปานกลาง
1.00 – 1.66	หมายถึง	เจ้าหน้าที่ที่มีความคาดหวังในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ประกอบด้วยคำถามที่มีลักษณะที่เป็นทางบวกและทางลบ มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

เลือกตอบ	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติบางครั้ง	1	1
ไม่ปฏิบัติ	0	2

เกณฑ์การประเมินผลค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9) คือ

เกณฑ์ค่าเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติ
1.34 – 2.00	หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันในระดับดี
0.67 – 1.33	หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันในระดับพอใช้
0.00 – 0.66	หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันในระดับควรปรับปรุง

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาในเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างรวมทั้งทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา เอกสารการวัดผลการศึกษาและการประเมินผลทางสุขศึกษา
3. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา เพื่อสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และถูกต้องตามหลักการให้คะแนน

4. นำแบบสอบถาม ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านตรวจสอบพิจารณา เพื่อนำมาปรับปรุงให้ถูกต้อง

5. ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามแล้วไปทดลอง (Try out) ใช้กับเจ้าหน้าที่ทุกแผนกของโรงพยาบาลหัวเฉียว สังกัดมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง กรุงเทพมหานคร และได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 10 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

6. นำไปวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามเพื่อนำมาใช้จริง

วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Face validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) เลือกข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty) ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับเจ้าหน้าที่ทุกแผนกโรงพยาบาลหัวเฉียว สังกัดมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าคุณภาพเครื่องมือดังนี้

2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล นำมาหาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

2.1.1 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล หาค่าความยากง่าย โดยหาสัดส่วนระหว่าง จำนวนผู้ที่ตอบถูกในแต่ละข้อต่อจำนวนผู้ที่เข้าสอบทั้งหมด ได้ข้อคำถามที่มีความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.40 - 0.90 จำนวน 10 ข้อ

2.1.2 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) แล้วได้ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.08 - 0.72 จำนวน 10 ข้อ สำหรับข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่าเกณฑ์ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุง แล้วนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมปริญญาบัตรเพื่อพิจารณาตรวจสอบก่อนเก็บข้อมูลจริง

2.1.3 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคภาวะโคเลสเตอรอลมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR 20 ของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เท่ากับ 0.75

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะ

โคเลสเตอรอลสูง การประเมินเผชิญปัญหาประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง นำมาหาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

2.2.1 ค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับที่ไม่รวมคะแนนรายข้อนั้น (Corrected item to total correlation) แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.03 – 0.77

2.2.1.1 นำแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) แล้วได้ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.03-0.77 จำนวน 12 ข้อ สำหรับข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่าเกณฑ์ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุง แล้วนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมจริยธรรมเพื่อพิจารณาตรวจสอบก่อนเก็บข้อมูลจริง

2.2.1.2 นำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) แล้วได้ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.19-0.72 จำนวน 10 ข้อ สำหรับข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่าเกณฑ์ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุง แล้วนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมจริยธรรมเพื่อพิจารณาตรวจสอบก่อนเก็บข้อมูลจริง

2.2.1.3 นำแบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) แล้วได้ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.19-0.77 จำนวน 14 ข้อ สำหรับข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่าเกณฑ์ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุง แล้วนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมจริยธรรมเพื่อพิจารณาตรวจสอบก่อนเก็บข้อมูลจริง

2.2.1.4 นำแบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) แล้วได้ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.06-0.69 จำนวน 10 ข้อ สำหรับข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่าเกณฑ์ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุง แล้วนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมจริยธรรมเพื่อพิจารณาตรวจสอบก่อนเก็บข้อมูลจริง

2.2.1.5 นำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) แล้วได้ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.04-0.66 จำนวน 19 ข้อ สำหรับข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่าเกณฑ์ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุง แล้วนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมปริญญาบัตรเพื่อพิจารณาตรวจสอบก่อนเก็บข้อมูลจริง

2.2.2 ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach)

2.2.2.1 นำแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR 20 ของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เท่ากับ 0.82

2.2.2.2 นำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR 20 ของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เท่ากับ 0.82

2.2.2.3 นำแบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR 20 ของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เท่ากับ 0.86

2.2.2.4 นำแบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR 20 ของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เท่ากับ 0.81

2.2.2.5 นำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR 20 ของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เท่ากับ 0.64

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเจ้าหน้าที่ทุกแผนกโรงพยาบาลหัวเฉียว สังกัดมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนสุขศึกษา

1.2 คู่มือการจัดโปรแกรม

1.3 อุปกรณ์ประกอบการสอน ได้แก่ สื่อ ภาพพลิก วีดิทัศน์สาริตการเต้นแอโรบิค

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ปรึกษาขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส
3. สร้างแผนการสอน โดยกำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย
4. นำแผนการสอนให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของการใช้รักษาความชัดเจนของภาษาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความเที่ยงตรงโครงสร้าง (Construct validity) และปรับปรุงแก้ไข
5. นำแผนการสอนไปทดลองใช้ (Try out) กับเจ้าหน้าที่ทุกแผนกโรงพยาบาลหัวเฉียวสังกัดมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง กรุงเทพมหานคร จำนวน 10 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างและนำมาปรับปรุงแก้ไข

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวเฉียว ที่มีเจ้าหน้าที่อยู่ในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัย
2. ผู้วิจัยติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัย และชี้แจงขั้นตอนของการวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามแผนการศึกษาวิจัย
4. นำข้อมูลมาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา ดังตาราง 3

ตาราง 3 แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
ของโรเจอร์ต่อพฤติกรรมป้องกันการภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว

สัปดาห์ที่	วัน เดือน ปี	กลุ่ม	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	ระยะเวลา
1	3มกราคม2549	ทดลอง	- Pre-test	60 นาที
		ควบคุม	- Pre-test	
	4มกราคม2549	ทดลอง	ขั้นนำ แนะนำตัวเอง ที่แจ้งวัตถุประสงค์กล่าวถึง ปัญหาโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง	30 นาที
			ขั้นสอน	60 นาที
			ช่วงที่ 1 บรรยายประกอบภาพพลิกและตัวแบบ* ในหัวข้อ	
			1. ความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล	
			2. กลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะ โคเลสเตอรอลสูง	
			3. เกณฑ์การพิจารณาระดับโคเลสเตอรอล	
			4. ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะ โคเลสเตอรอลสูง	
			5. แนวทางการรักษา	15 นาที
			- แบ่งกลุ่มอภิปรายหัวข้อ“ทำไมเจ้าหน้าที่จึงมี โอกาสเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง และถ้าเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง แล้วเจ้าหน้าที่และครอบครัวจะสูญเสียอะไรบ้าง”	
			- ตัวแทนนำเสนอการอภิปราย	15 นาที
			ช่วงที่ 2 บรรยายประกอบภาพพลิก ในหัวข้อ	30 นาที
			1. อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง	
			2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโคเลสเตอรอลสูง	
			3. การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง	
			- ชมวีดิทัศน์ เรื่อง ออกกำลังกายพิชิตภัยจาก โคเลสเตอรอล	30 นาที
			แบ่งกลุ่มอภิปรายและนำเสนอในหัวข้อ	30 นาที
			“เจ้าหน้าที่จะมีแนวทางในการป้องกันภาวะ โคเลสเตอรอลสูงอย่างไร”	15 นาที

ตาราง 3 (ต่อ)

สัปดาห์ที่	วัน เดือน ปี	กลุ่ม	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	ระยะเวลา
1	4มกราคม2549	ทดลอง	- ตัวแทนนำเสนอการอภิปราย	15 นาที
			- ขั้นสรุป สรุปความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล และ	
			นัดหมายร่วมกิจกรรมในโปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 2	
			- ส่งจดหมาย กระตุ้นเตือน ครั้งที่ 1	
		ทดลอง	ขั้นนำ ให้เจ้าหน้าที่เล่าประสบการณ์การป้องกัน	30 นาที
	5มกราคม2549	ทดลอง	ภาวะโคเลสเตอรอลสูง ในช่วงเวลาที่ผ่านมา 1 วัน	
	ถึง		ช่วงเช้า	
	6มกราคม2549		ขั้นสอน สาธิตและฝึกปฏิบัติ กิจกรรมการ	30 นาที
			ออกกำลังกายแบบแอโรบิค หัวข้อ	
			1. การอบอุ่นร่างกาย	30 นาที
2			2. การฝึก	
			3. การผ่อนคลาย	
			ขั้นสรุป สรุปการสาธิตและฝึกปฏิบัติต่างๆ และนัด	30 นาที
			แนะสถานที่ในช่วงบ่าย	
			ช่วงบ่าย	
			ขั้นนำ แนะนำผู้ฝึกสอนและสถานที่	10 นาที
			ขั้นสอน ฝึกปฏิบัติ	10 นาที
			ขั้นสรุป การให้คำปรึกษารายบุคคลต่อพฤติกรรม	60 นาที
			ควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง	15 นาที
			ช่วงบ่าย	
3			ขั้นสอน ฝึกปฏิบัติ	60 นาที
	9มกราคม2549			
	ถึง		ช่วงบ่าย	
	13มกราคม2549		ขั้นสอน ฝึกปฏิบัติ	
			ขั้นสรุป การให้คำปรึกษารายบุคคลต่อพฤติกรรม	60 นาที
			ควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง	
			ช่วงบ่าย	
			ขั้นสอน ฝึกปฏิบัติ	15 นาที
4	16มกราคม2549	ทดลอง		
	ถึง			
	20มกราคม2549			
4	23มกราคม2549	ทดลอง		
	ถึง			
	3กุมภาพันธ์2549			60 นาที

ตาราง 3 (ต่อ)

สัปดาห์ที่	วัน เดือน ปี	กลุ่ม	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	ระยะเวลา
5	6กุมภาพันธ์2549	ทดลอง	ช่วงบ่าย	60 นาที
	ถึง 10กุมภาพันธ์2549		ชั้นสอน ฝึกปฏิบัติ ชั้นสรุป การให้คำปรึกษารายบุคคลต่อพฤติกรรม ควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง	15 นาที
6	20กุมภาพันธ์2549	ทดลอง	ช่วงบ่าย	60 นาที
	ถึง 24กุมภาพันธ์2549		ชั้นสอน ฝึกปฏิบัติ	
7	27กุมภาพันธ์2549	ทดลอง	ช่วงบ่าย	60 นาที
	ถึง 2มีนาคม2549		ชั้นสอน ฝึกปฏิบัติ ชั้นสรุป การให้คำปรึกษารายบุคคลต่อพฤติกรรม ควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง	15 นาที
8	3มีนาคม2549	ทดลอง	- มอบรางวัล และ วุฒิบัตร	30 นาที
	4มีนาคม2549	ทดลอง	- ส่งจดหมาย กระตุ้นเตือน ครั้งที่ 2	
	5มีนาคม2549	ทดลอง	- Post-test	60 นาที
		ควบคุม	- Post-test	60 นาที

- ตัวแบบคือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว ที่เคยมีภาวะโคเลสเตอรอลสูงและสามารถควบคุมระดับโคเลสเตอรอลให้อยู่ในภาวะปกติได้

5. การจัดทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบทดสอบและแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังทดลอง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน โดยยอมรับที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบทดสอบและแบบสอบถาม คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจให้คะแนนแบบทดสอบและแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ถึง 6 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย

ความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล การประเมินอันตรายประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าที (Paired samples t-test)

5. ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7 ถึง 12 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบค่า ที (Independent samples t-test)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการทดสอบเครื่องมือ

1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

1.2 หาค่าความยากง่ายของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล จากสูตร
(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 129)

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

เมื่อ p แทน ค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ

R แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

N แทน จำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด

1.3 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination power)

1.3.1 แบบสอบถามความรู้เรื่องโคเลสเตอรอล ใช้วิธีหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) จากสูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r = \frac{\overline{Y_p} - \overline{Y_q}}{S_y} \sqrt{pq}$$

เมื่อ r_{phis}	แทน	ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ ดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
$\overline{Y_p}$	แทน	ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
$\overline{Y_q}$	แทน	ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
S_y	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
p	แทน	ค่าความยากของข้อสอบข้อนั้น
q	แทน	ค่า (1-p) ซึ่งคือ สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด

1.3.2 แบบสอบถามด้านการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ใช้วิธีหาค่าสัมพัทธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับที่ไม่รวมคะแนนรายข้อนั้น (Corrected item to total correlation) จากสูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

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

เมื่อ r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนน (Total) ของทั้งกลุ่มตัวอย่าง
$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และคะแนน Y
$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X
$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y

1.4 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability)

1.4.1 แบบสอบถามความรู้เรื่องโคเลสเตอรอลโดยใช้สูตร KR 20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder–Richardson) จากสูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121)

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

เมื่อ r_{tt}	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ
n	แทน	จำนวนข้อของแบบทดสอบ
p	แทน	ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบแต่ละข้อ (สัดส่วนของคนที่ทำถูก)
q	แทน	1 - p (สัดส่วนของคนที่ทำผิด)
S_t^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

1.4.2 แบบสอบถามด้านการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การประเมินเผชิญปัญหาประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125–126)

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

เมื่อ	α แทน	สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
	n แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	S_i^2 แทน	คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
	S_t^2 แทน	คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าร้อยละ (ประกอบ กรรณสูตร. 2525 : 73)

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

เมื่อ	P แทน	ค่าร้อยละ
	f แทน	ความถี่ที่ต้องการเปลี่ยนเป็นค่าร้อยละ
	n แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

2.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนน (Mean) จากสูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 36)

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

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

2.3 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จากสูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 69)

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

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

2.4 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล ด้านการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ด้านการประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ก่อนทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติค่าที (Paired samples t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 ถึง 6 จากสูตร (พวงรัตน์ ทีวีรัตน์. 2540 : 165)

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n \sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้การพิจารณาในการแจกแจงแบบที
	D	แทน	ความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ

2.5 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล ด้านการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ด้านการประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที (Independent samples t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7 ถึง 12

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1-1)S_1^2 + (n_2-1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

เมื่อ	df	แทน	$n_1 + n_2 - 2$
	$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
	S	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ได้ใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย (Mean)

S แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

t แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t – distribution)

p แทน ความน่าจะเป็น (Probability)

* แทน ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานครที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ การแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 4 - 5

ตอนที่ 2 วิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับตัวแปรนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 6 - 11

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล การประเมินอันตรายประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและภายหลังการได้รับโปรแกรม

สุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงและหลังการทดลองใน โดยใช้การทดสอบค่าที (Paired samples t-test) เพื่อเป็นการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ถึง 6 และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏในตาราง 12 -17

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบค่าที (Independent samples t – test) ดังปรากฏในตาราง 18 - 23

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานครที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การได้มาซึ่งอาหารที่รับประทาน การป่วยด้วยภาวะไขมันเลือดสูงของญาติ โรคประจำตัว ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด การได้รับความรู้เรื่องภาวะโคเลสเตอรอล โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละและนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตาราง 4 จำนวนและค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	2	6.67	4	13.33
หญิง	28	93.33	26	86.67
รวม	30	100.00	30	100.00
2. อายุ				
20 - 30 ปี	5	16.67	0	0.00
31 - 40 ปี	10	33.33	10	33.33
41 - 50 ปี	11	36.67	17	56.67
51 - 60 ปี	4	13.33	3	10.00
รวม	30	100.00	30	100.00
3. ตำแหน่ง				
พยาบาลวิชาชีพ	5	16.67	3	10.00
ผดุงครรภ์	6	20.00	6	20.00
ผู้ช่วยพยาบาล	14	46.67	10	33.33
เจ้าหน้าที่ Back office / ธุรการ	0	0.00	4	13.33
แม่บ้าน	1	3.33	0	0.00
อื่นๆ	4	13.33	7	23.33
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. สถานภาพสมรส				
โสด	12	40.00	11	36.67
คู่	15	50.00	18	60.00
ม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	3	10.00	1	3.33
รวม	30	100.00	30	100.00
5. เชื้อชาติ				
ไทย	29	96.67	30	100.00
จีน	1	3.33	0	0.00
รวม	30	100.00	30	100.00
6. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	1	3.33	0	0.00
มัธยมศึกษา	12	40.00	17	56.67
ปริญญาตรี	17	56.67	11	36.67
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00	2	6.67
รวม	30	100.00	30	100.00
7. รายได้ครอบครัว				
ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	10	33.33	9	30.00
10,000 – 20,000 บาทต่อเดือน	10	33.33	10	33.33
20,001 – 30,000 บาทต่อเดือน	7	23.33	5	16.67
30,001 – 40,000 บาทต่อเดือน	2	6.67	3	10.00
สูงกว่า 40,000 บาทต่อเดือน	1	3.33	3	10.00
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
8. การสูบบุหรี่				
สูบบุหรี่	1	3.33	0	0.00
ไม่สูบบุหรี่	26	86.67	29	96.67
เคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	3	10.00	1	3.33
รวม	30	100.00	30	100.00
9. การดื่มสุรา				
ดื่ม	9	30.00	11	36.67
ไม่ดื่ม	21	70.00	19	63.33
รวม	30	100.00	30	100.00
ถ้าดื่ม				
ดื่มสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง	2	22.22	1	9.09
สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	0	0.00	1	9.09
อื่นๆ	7	77.78	9	81.82
รวม	9	100.00	11	100.00
10. การออกกำลังกาย				
ไม่ออกกำลังกาย	6	20.00	9	30.00
ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ	14	46.67	11	36.67
ออกกำลังกาย น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	6	20.00	4	13.33
ออกกำลังกาย มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	1	3.33	5	16.67
ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	3	10.00	1	3.33
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ประเภทของการออกกำลังกาย				
เดิน	9	37.50	8	38.10
วิ่ง	5	20.83	6	28.57
แบดมินตัน	1	4.17	2	9.52
แอโรบิค	7	29.17	3	14.29
อื่นๆ	2	8.33	2	9.52
รวม	24	100.00	21	100.00
ระยะเวลาการออกกำลังกาย				
1 – 15 นาที	12	50.00	11	52.38
16 – 30 นาที	6	25.00	5	23.81
31 – 45 นาที	3	12.50	1	4.76
46 – 60 นาที	2	8.33	4	19.05
76 – 90 นาที	1	4.17	0	0.00
รวม	24	100.00	21	100.00
11. การได้มาซึ่งอาหารที่รับประทาน				
ซื้ออาหารรับประทานทุกมื้อ	10	33.33	9	30.00
ซื้ออาหารรับประทานเป็นส่วนใหญ่	13	43.33	16	53.33
ปรุงอาหารรับประทานเป็นส่วนใหญ่	7	23.33	5	16.67
รวม	30	100.00	30	100.00
12. การป่วยด้วยภาวะไขมันเลือดสูง				
ของญาติ				
ไม่ทราบ	5	16.67	8	26.67
ไม่มี	19	63.33	11	36.67
มี	6	20.00	11	36.67
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ถ้ามีได้แก่				
บิดา	3	37.50	7	58.33
มารดา	4	50.00	4	33.33
อื่นๆ	1	12.50	1	8.34
รวม	8	100.00	12	100.00
13. โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	18	60.00	18	60.00
มีโรคประจำตัว	12	40.00	12	40.00
รวม	30	100.00	30	100.00
15. การได้รับความรู้เรื่องภาวะ				
โคเลสเตอรอล				
ไม่เคยได้รับ	2	6.67	1	3.33
เคยได้รับ	28	93.33	29	96.67
รวม	30	100.00	30	100.00
เคยได้รับจาก				
แพทย์ เภสัชกร พยาบาล	22	78.57	24	82.76
นักโภชนาการ				
หนังสือหรือวารสารต่างๆ	6	21.43	3	10.34
เพื่อน	0	0.00	1	3.45
อื่นๆ	0	0.00	1	3.45
รวม	28	100.00	29	100.00

จากตาราง 4 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร ที่มีภาวะ โคเลสเตอรอลสูง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ

โรเจอร์สที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง จำนวน 30 คน และ กลุ่มควบคุม (Control group) ไม่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส ที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง แต่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ จำนวน 30 คน

กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.33 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 6.67 ส่วนใหญ่ มีอายุ 40-50 คิดเป็นร้อยละ 36.67 มีตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.67 มีสถานภาพสมรส มากที่สุดคือ สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 50.00 เชื้อชาติไทยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 96.67 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 56.67 รายได้ครอบครัวมากที่สุดคือ ต่ำกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน กับ 10,000 – 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 33.33 การสูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 86.67 การดื่มสุรา ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 70.00 การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 46.67 เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่ออกกำลังกาย พบว่า การออกกำลังกายประเภทเดินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 ส่วนระยะเวลาในการออกกำลังกายมากที่สุดใช้เวลา 1 - 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 50.00 การได้มาซึ่งอาหารที่รับประทาน โดยการซื้ออาหารรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 43.33 การป่วยด้วยภาวะไขมันเลือดสูงของญาติ ส่วนใหญ่ไม่มีญาติป่วยด้วยภาวะไขมันเลือดสูงมีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 63.33 ส่วนญาติที่ป่วยเป็นมารดามากที่สุดมีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 50.00 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวมีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 60.00 การได้รับความรู้เรื่องภาวะโคเลสเตอรอล ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่องภาวะโคเลสเตอรอล มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 93.33 ไม่เคยได้รับความรู้มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 6.67 สำหรับผู้ที่เคยได้รับความรู้ ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จาก แพทย์ เกสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 78.57

กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.67 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 13.33 ส่วนใหญ่ มีอายุ 41 - 50 คิดเป็นร้อยละ 56.67 มีตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.33 มีสถานภาพสมรส มากที่สุดคือ สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 60.00 เชื้อชาติไทยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.67 รายได้ครอบครัวมากที่สุดคือ 10,000 – 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 33.33 การสูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 96.67 การดื่มสุรา ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 63.33 การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 36.67 เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่ออกกำลังกายพบว่า การออกกำลังกายประเภทเดินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.10 ส่วนระยะเวลาในการออกกำลังกายมากที่สุดใช้เวลา 1 - 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 52.38 การได้มาซึ่งอาหารที่รับประทาน โดยการซื้ออาหารรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 53.33 การป่วยด้วยภาวะไขมันเลือดสูงของญาติ ไม่มีการป่วยด้วยภาวะไขมันเลือดสูงของญาติคิดเป็น

ร้อยละ 36.67 และมีการป่วยด้วยภาวะไขมันเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 36.67 ส่วนญาติที่ป่วยเป็นบิดามากที่สุดมีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 58.33 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวมีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 60.00 การได้รับความรู้เรื่องภาวะโคเลสเตอรอล ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่องภาวะโคเลสเตอรอล มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 96.67 ไม่เคยได้รับความรู้มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 3.33 สำหรับผู้ที่เคยได้รับความรู้ ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จาก แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 82.76

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับโคเลสเตอรอล ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับโคเลสเตอรอล					
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	n	$\bar{X}$	S	n	$\bar{X}$	S
กลุ่มทดลอง	30	225.87	22.57	30	204.00	19.88
กลุ่มควบคุม	30	225.57	24.77	30	233.77	24.55

จากตาราง 4 จะเห็นว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเฉลี่ย เป็น 225.87mg/dl และหลังการทดลองมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเฉลี่ยลดลง เป็น 204.00 mg/dl ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนทดลองมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเฉลี่ย เป็น 225.57 mg/dl และหลังการทดลองมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 233.77 mg/dl.

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับคะแนน นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	n	$\bar{X}$	S	ระดับ	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
กลุ่มทดลอง	30	77.67	9.35	พอใช้	30	91.00	8.85	ดี
กลุ่มควบคุม	30	77.33	12.02	พอใช้	30	86.33	9.64	ดี

จากตาราง 6 จะเห็นว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล 77.67 จัดว่ามีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ และหลังการทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น เป็น 91.00 จัดว่ามีความรู้ในระดับดี ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล 77.33 จัดว่ามีความรู้ในระดับพอใช้ และหลังการทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น เป็น 86.33 จัดว่ามีความรู้ในระดับดี

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	n	$\bar{X}$	S	ระดับ	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
กลุ่มทดลอง	30	2.61	0.22	สูง	30	2.91	0.19	สูง
กลุ่มควบคุม	30	2.62	0.24	สูง	30	2.82	0.31	สูง

จากตาราง 7 จะเห็นว่ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง เท่ากับ 2.61 จัดว่ามีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง และหลังการทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น เท่ากับ 2.91 จัดว่ามีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง เท่ากับ 2.62 จัดว่ามีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง และหลังการทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น เท่ากับ 2.82 จัดว่ามีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ทของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	n	$\bar{X}$	S	ระดับ	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
กลุ่มทดลอง	30	2.62	0.30	สูง	30	2.78	0.15	สูง
กลุ่มควบคุม	30	2.62	0.22	สูง	30	2.80	0.13	สูง

จากตาราง 8 จะเห็นว่ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง เท่ากับ 2.62 จัดว่ามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง และหลังการทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น เท่ากับ 2.78 จัดว่ามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง เท่ากับ 2.62 จัดว่ามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง และหลังการทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น เท่ากับ 2.80 จัดว่ามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง							
	โรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	n	$\bar{X}$	S	ระดับ	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
กลุ่มทดลอง	30	2.53	0.35	สูง	30	2.83	0.22	สูง
กลุ่มควบคุม	30	2.50	0.33	สูง	30	2.80	0.24	สูง

จากตาราง 9 จะเห็นว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง เท่ากับ 2.53 จัดว่ามี ความคาดหวังอยู่ในระดับสูง และหลังการทดลองมีความคาดหวังเพิ่มขึ้น เท่ากับ 2.83 จัดว่ามี ความคาดหวังอยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง เท่ากับ 2.50 จัดว่ามี ความคาดหวังอยู่ในระดับสูง และหลังการทดลองมีความคาดหวังเพิ่มขึ้น เท่ากับ 2.80 จัดว่ามี ความคาดหวังอยู่ในระดับสูง

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการ ป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	n	$\bar{X}$	S	ระดับ	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
กลุ่มทดลอง	30	2.45	0.22	สูง	30	2.84	0.28	สูง
กลุ่มควบคุม	30	2.46	0.21	สูง	30	2.82	0.25	สูง

จากตาราง 10 จะเห็นว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง เท่ากับ 2.45 จัดว่ามีความคาดหวังอยู่ในระดับสูง และหลังการทดลองมีความคาดหวังเพิ่มขึ้น เท่ากับ 2.84 จัดว่ามีความคาดหวังอยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง เท่ากับ 2.46 จัดว่ามีความคาดหวังอยู่ในระดับสูง และหลังการทดลองมีความคาดหวังเพิ่มขึ้น เท่ากับ 2.82 จัดว่ามีความคาดหวังอยู่ในระดับสูง

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	n	$\bar{X}$	S	ระดับ	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
กลุ่มทดลอง	30	1.29	0.23	พอใช้	30	1.36	0.13	ดี
กลุ่มควบคุม	30	1.28	0.20	พอใช้	30	1.29	0.14	พอใช้

จากตาราง 11 จะเห็นว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง เท่ากับ 1.29 จัดว่ามีพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงอยู่ในระดับพอใช้ และหลังการทดลองมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.36 จัดว่ามีพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงอยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง เท่ากับ 1.28 จัดว่ามีพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงอยู่ในระดับพอใช้ และหลังการทดลองมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.29 จัดว่ามีพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงอยู่ในระดับพอใช้

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล การประเมินอันตรายประกอบด้วยความรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วยความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงและหลังการทดลองใน โดยใช้การทดสอบค่าที (Paired samples t-test) เพื่อเป็นการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ถึง 6 และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง ดังตาราง 12 - 17

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	การทดลอง	n	$\bar{X}$	S	t	p
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	77.67	9.35	6.495*	.000
	หลังทดลอง	30	91.00	8.85		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	77.33	12.02	2.884*	.007
	หลังทดลอง	30	86.33	9.64		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีความรู้เรื่องโคเลสเตอรอลดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีความรู้เรื่องโคเลสเตอรอลดีวก่อนทดลอง กลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองเจ้าหน้าที่มี คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดภาวะโคเลสเตอรอลสูง
กลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	การทดลอง	n	$\bar{X}$	S	t	p
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	2.61	0.22	5.666*	.000
	หลังทดลอง	30	2.91	0.19		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	2.62	0.64	2.921*	.007
	หลังทดลอง	30	2.82	0.31		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลอง กลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	การทดลอง	n	$\bar{X}$	S	t	p
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	2.62	0.30	2.562*	.016
	หลังทดลอง	30	2.78	0.15		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	2.62	0.22	4.539*	.000
	หลังทดลอง	30	2.80	0.13		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 จะเห็นว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการมีโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการมีโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลอง กลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	การทดลอง	n	$\bar{X}$	S	t	p
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	2.53	0.35	3.826*	.001
	หลังทดลอง	30	2.83	0.22		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	2.50	0.33	4.035*	.000
	หลังทดลอง	30	2.80	0.24		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 จะเห็นว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลอง กลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	การทดลอง	n	$\bar{X}$	S	t	p
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	2.45	0.22	6.220*	.000
	หลังทดลอง	30	2.84	0.28		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	2.46	0.21	5.745*	.000
	หลังทดลอง	30	2.82	0.25		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 จะเห็นว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลอง กลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	การทดลอง	n	$\bar{X}$	S	t	p
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	1.29	0.23	1.297	.205
	หลังทดลอง	30	1.36	0.13		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	1.28	0.20	0.425	.674
	หลังทดลอง	30	1.29	0.14		

จากตาราง 17 จะเห็นว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลอง กลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลองกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเจียว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบค่าที (Independent samples t – test)

ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	p
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	77.67	9.35	.120	.905
	กลุ่มควบคุม	30	77.33	12.02		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	91.00	8.85	1.953*	.028
	กลุ่มควบคุม	30	86.33	9.64		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโคเลสเตอรอลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะ
โคเลสเตอรอลสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	p
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.61	0.22	.092	.927
	กลุ่มควบคุม	30	2.62	0.64		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.91	0.19	1.440	.155
	กลุ่มควบคุม	30	2.82	0.31		

จากตาราง 19 แสดงว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 20 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	p
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.62	0.30	.049	.961
	กลุ่มควบคุม	30	2.62	0.22		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.78	0.15	.634	.528
	กลุ่มควบคุม	30	2.82	0.13		

จากตาราง 20 แสดงว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 21 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	p
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.53	0.35	.383	.703
	กลุ่มควบคุม	30	2.50	0.33		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.83	0.22	.486	.629
	กลุ่มควบคุม	30	2.80	0.24		

จากตาราง 21 แสดงว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 22 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	p
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.45	0.22	.181	.857
	กลุ่มควบคุม	30	2.46	0.21		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.84	0.28	.392	.697
	กลุ่มควบคุม	30	2.82	0.25		

จากตาราง 22 แสดงว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 ที่ว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงระหว่าง
กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	p
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	1.29	0.23	.320	.750
	กลุ่มควบคุม	30	1.28	0.20		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	1.36	0.13	1.954*	.028
	กลุ่มควบคุม	30	1.29	0.14		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 แสดงว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 ที่ว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีพฤติกรรมป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง

สมมติฐานในการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความรู้เรื่องโคเลสเตอรอลดีวก่อนทดลอง
2. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีวก่อนทดลอง
3. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีวก่อนทดลอง
4. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีวก่อนทดลอง
5. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีวก่อนทดลอง
6. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีวก่อนทดลอง

7. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีความรู้เรื่องโคเลสเตอรอลดีกว่ากลุ่มควบคุม

8. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคที่เกิดจากโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุม

9. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุม

10. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุม

11. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุม

12. เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่ทุกแผนกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหัวเฉียว สังกัดมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,112 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร ที่มีภาวะ โคเลสเตอรอลสูง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) ที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์สที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง จำนวน 30 คน และ กลุ่มควบคุม (Control group) ที่ไม่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส ที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง แต่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก/ส่วนสูง อาชีพ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจ การรับประทานอาหาร ระดับการศึกษา แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคภาวะโคเลสเตอรอลสูงที่ได้รับ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple choices) ชนิด 4 ตัวเลือก ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน โดยให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินอันตราย ประกอบด้วย

- แบบสอบถามวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 12 ข้อ
- แบบสอบถามวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย

- แบบสอบถามวัดความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ เป็นแบบมาตราส่วน จำนวน 14 ข้อ
- แบบสอบถามวัดความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะที่เป็นทางบวกและทางลบ มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย จำนวน 19 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเจ้าหน้าที่ทุกแผนกโรงพยาบาลหัวเฉียว สังกัดมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนสุขศึกษา

1.2 คู่มือการจัดโปรแกรม

1.3 อุปกรณ์ประกอบการสอน ได้แก่ ภาพพลิก แผ่นพับ สื่อ วีดิทัศน์สาริต

การเดินแอโรบิค

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบทดสอบและแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังทดลอง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน โดยยอมรับที่นัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก/ส่วนสูง อาชีพ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจ การรับประทานอาหาร ระดับการศึกษา แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคภาวะโคเลสเตอรอลสูงที่ได้รับด้วย ค่าสถิติร้อยละ
2. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล ด้านการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ด้านการประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ก่อนทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติค่าที (Paired samples t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 ถึง 6
3. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล ด้านการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ด้านการประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที (Independent samples t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7 ถึง 12

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานครที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์สที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง จำนวน 30 คน และ กลุ่มควบคุม (Control group) ไม่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส ที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง แต่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ จำนวน 30 คน

กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.33 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 6.67 ส่วนใหญ่ มีอายุ 41 - 50 คิดเป็นร้อยละ 36.67 มีตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.67 มีสถานภาพสมรสมากที่สุดคือ สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 50.00 เชื้อชาติไทยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 96.67 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 56.67 รายได้ครอบครัวมากที่สุดคือ ต่ำกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน กับ 10,000 – 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 33.33 การสูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 86.67 การดื่มสุรา ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 70.00 การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 46.67 เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่ออกกำลังกาย พบว่า การออกกำลังกายประเภทเดินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 ส่วนระยะเวลาในการออกกำลังกายมากที่สุดใช้เวลา 1 - 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 50.00 การได้มาซึ่งอาหารที่รับประทาน โดยการซื้ออาหารรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 43.33 การป่วยด้วยภาวะไขมันเลือดสูงของญาติ ส่วนใหญ่ไม่มีญาติป่วยด้วยภาวะไขมันเลือดสูงมีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 63.33 ส่วนญาติที่ป่วยเป็นมารดามากที่สุดมีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 50.00 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวมีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 60.00 การได้รับความรู้เรื่องภาวะโคเลสเตอรอล ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่องภาวะโคเลสเตอรอล มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 93.33 ไม่เคยได้รับความรู้มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 6.67 สำหรับผู้ที่เคยได้รับความรู้ ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จาก แพทย์ เกสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 78.57

กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.67 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 13.33 ส่วนใหญ่ มีอายุ 41 - 50 คิดเป็นร้อยละ 56.67 มีตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.33 มีสถานภาพสมรสมากที่สุดคือ สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 60.00 เชื้อชาติไทยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.67 รายได้ครอบครัวมากที่สุดคือ 10,000 – 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 33.33 การสูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ

96.67 การดื่มสุรา ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 63.33 การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 36.67 เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่ออกกำลังกายพบว่า การออกกำลังกายประเภทเดินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.10 ส่วนระยะเวลาในการออกกำลังกายมากที่สุดใช้เวลา 1 - 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 52.38 การได้มาซึ่งอาหารที่รับประทาน โดยการซื้ออาหารรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 53.33 การป่วยด้วยภาวะไขมันเลือดสูงของญาติ ไม่มีการป่วยด้วยภาวะไขมันเลือดสูงของญาติคิดเป็นร้อยละ 36.67 และมีการป่วยด้วยภาวะไขมันเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 36.67 ส่วนญาติที่ป่วยเป็นบิดามากที่สุดมีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 58.33 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวมีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 60.00 การได้รับความรู้เรื่องภาวะโคเลสเตอรอล ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่องภาวะโคเลสเตอรอล มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 96.67 ไม่เคยได้รับความรู้มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 3.33 สำหรับผู้ที่เคยได้รับความรู้ ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จาก แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 82.76

2. ผลการศึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ผลการศึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความรู้เรื่องโคเลสเตอรอลดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ผลการศึกษาด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีวก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ผลการศึกษาด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการมีโคเลสเตอรอลสูงดีวก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ผลการศึกษาคความคาดหวังในความสามารถของตน ในการป้องกันภาวะ

โคเลสเตอรอลสูง พบว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะ

โคเลสเตอรอลสูง มีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 ผลการศึกษาด้านความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง

3. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล การประเมินอันตรายประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

3.1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีความรู้เรื่องโคเลสเตอรอลดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดภาวะโคเลสเตอรอลสูง พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคที่เกิดจากโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

3.3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม

สุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการมีโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจาก กลุ่มควบคุม

3.4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ไม่แตกต่างจาก กลุ่มควบคุม

3.5 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ไม่แตกต่างจาก กลุ่มควบคุม

3.6 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้านพฤติกรรมป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง พบว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีพฤติกรรม การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว อภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล

เจ้าหน้าที่ ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 และสมมติฐานข้อที่ 7 เจ้าหน้าที่ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับ อภิชาติ ทรงบัณฑิตย์ (2539 : 139) ที่ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกของนักเรียนจำเหล่าทหารขนส่ง พบว่าขั้นตอนของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ทำให้กลุ่มทดลองเกิด

การเปลี่ยนแปลงความรู้ดีกว่าก่อนทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของจิตชนก หัสดี (2541 : 82) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ นารัตถดา ชันธิกุล (2540 : 80) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการเลี้ยงทารกน้ำหนักน้อย ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เรื่องการเลี้ยงทารกน้ำหนักน้อยสูงกว่ามารดาที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติและสูงกว่าก่อนทดลอง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิทย์ พัฒนมนั (2537 : 66-70) ที่ศึกษาถึงการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของมารดาที่ได้รับและไม่ได้รับการให้ความรู้ตามโปรแกรมสุขศึกษา ที่ทำการศึกษาในเขตอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกดีกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิทย์ พัฒนมนั (2537 : 66-70) ที่ศึกษาถึงการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของมารดาที่ได้รับและไม่ได้รับการให้ความรู้ตามโปรแกรมสุขศึกษา ที่ทำการศึกษาในเขตอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกดีกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีเนื้อหาที่กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลถูกต้องมากขึ้น เนื่องจากการจัดโปรแกรมสุขศึกษาส่วนหนึ่ง คือ การชมวีดิทัศน์เรื่องแอโรบิค พิชิตโคเลสเตอรอล รวมทั้งการบรรยายประกอบสื่อ และ ภาพพลิก เรื่อง การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอล และตัวแบบเจ้าหน้าที่ที่มีโคเลสเตอรอลสูงจนปกติโดยไม่ต้องรับประทานยาลดไขมัน ซึ่งมีเนื้อหาที่เน้นให้เห็นถึงความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล กลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การพิจารณาระดับไขมันในเลือด แนวทางการรักษา รวมทั้งการสาธิตและการฝึกปฏิบัติในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงรวมทั้งรับรู้แนวทางและวิธีปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากกิจกรรมต่างๆ ตามโปรแกรมจึงทำให้เจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง

เจ้าหน้าที่ ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 และสอดคล้องกับ สุพรรณิ สุประดิษฐ์ (2536 : 117-120) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสุภรณ์ รุจิวัฒน์ (2536 : 120-128) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนจำพลาธิการกองทัพเรือ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญมี ยุติธรรม รุ่งเรือง เด่นดวงใจ และประภา วุฒิกุล (2544 : 79-81) ที่ศึกษาประสิทธิผลในการดำเนินงานการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในจังหวัดราชบุรี โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาจากผู้วิจัย ซึ่งมีเนื้อหาที่กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง โดยการจัดโปรแกรมสุขศึกษาส่วนหนึ่ง คือ การใช้ตัวแบบจริงที่เจ้าหน้าที่ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง โดยที่ผู้วิจัยตั้งคำถาม แล้วให้ตัวแบบตอบถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น แนวทางการดูแลตนเอง และมีการแบ่งกลุ่มเจ้าหน้าที่ กลุ่มทดลอง เพื่อร่วมกันอภิปรายในหัวข้อ “ทำไมเจ้าหน้าที่จึงมีโอกาสเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง และถ้าเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงแล้ว เจ้าหน้าที่และครอบครัวจะต้องสูญเสียอะไรบ้าง” ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนการทดลอง

เจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า เจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เป็นเพราะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว มีการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ว่าภาวะโคเลสเตอรอลสูง ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ร่างกาย คือ ทำให้เกิดการ

เจ็บป่วย ได้แก่ โรคหัวใจ เส้นเลือดตีบ หรืออาจถึงแก่ชีวิตและทำให้เกิดการสูญเสียทรัพย์สินและเวลา ซึ่งหากเกิดโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ก็จะส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และประเทศชาติได้ จากสื่อต่างๆ เช่น เอกสารแผ่นพับ การบรรยายวิชาการ แพทย์ ฝ่ายบริการวิชาการของโรงพยาบาล และหนังสือ มีการแสวงหาความรู้ในด้านต่างๆด้วยตนเอง ในลักษณะที่เหมือนกัน จึงทำให้เจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง

เจ้าหน้าที่ ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ สุษดิธภิรักษ์ (2536 : 117-120) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์สรวมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงถึงการเป็นโรคเอดส์สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ โกวิท บุญมีพงษ์ (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรครวมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานในสถานประกอบการผลิต ผลิตภัณฑ์จากโลหะ เครื่องจักรและอุปกรณ์ในจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นการวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลอง พบว่า คนงานกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้น ทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความเชื่อและรับรู้ของตนเองอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงได้ง่าย เนื่องจากกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาของผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่เจ้าหน้าที่ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายในตัวเจ้าหน้าที่เองและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ที่จะทำให้เจ้าหน้าที่เป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงได้ ซึ่งปัจจัยต่างนี้เป็นสิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพ เช่น ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆในปัจจุบัน ดังนั้น จึงทำให้เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมามากกว่าก่อนการทดลอง

เจ้าหน้าที่ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 เจ้าหน้าที่ ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เป็นเพราะเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลหัวเฉียว มีการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะโคเลสเตอรอลสูงได้ หากมีพฤติกรรมป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารมัน การไม่ออกกำลังกาย ภาวะเครียด การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองอยู่เสมอ จากฝ่ายบริการวิชาการ การอบรมวิชาการ ที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้นอยู่เสมอ จึงทำให้ เจ้าหน้าที่ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

4. ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

เจ้าหน้าที่ ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อาคม ปาเจริญ (2539 : 98-106) ที่ศึกษาถึงการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส สำหรับสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ผลการศึกษา พบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคของนักเรียนกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิกัญจน์ เชียงทอง (2544 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมการป้องกันการเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันการเสี่ยงทางเพศดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาครั้งนี้ เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง โดยออกฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้ลงมือปฏิบัติจริง และหลังการฝึกปฏิบัติได้แบ่งเจ้าหน้าที่ออกเป็นกลุ่มย่อยเพื่ออภิปรายและหาแนวทางในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงในหัวข้อ “เจ้าหน้าที่จะมีแนวทางในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงด้วยวิธีอะไรบ้าง ให้บอกเหตุผลและวิธีการปฏิบัติ” อีกทั้ง ผู้วิจัยได้

กระตุ้นเตือนเจ้าหน้าที่ด้วยวิธีการพูดทักท้วงเพื่อให้เจ้าหน้าที่เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะป้องกันการเกิดภาวะโคเลสเตอรอลสูงได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่จะไม่เคยปฏิบัติมาก่อนเลยก็ตาม ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่เกิดกำลังใจและมั่นใจ ดังนั้น ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลอง จึงมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง

เจ้าหน้าที่ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการโรคของโรเจอร์ส มีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 ที่ว่า เจ้าหน้าที่ ในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการโรคของโรเจอร์ส มีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เป็นเพราะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว มีความรู้สึกเชื่อมั่นของเจ้าหน้าที่ในความสามารถของตนว่า ตนเองมีความสามารถที่จะป้องกัน หรือ หลีกเลี่ยงการเกิดภาวะโคเลสเตอรอลสูงได้ เนื่องจากมีความรู้ที่ดี จากสื่อต่างๆ ที่สามารถเรียนรู้และสามารถปฏิบัติได้เอง แต่เนื่องจากสภาพแวดล้อมในด้านการปฏิบัติงาน กอปรกับ เวลาและสถานที่ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ต่างกัน จึงทำให้เจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการโรคของโรเจอร์ส มีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

5. ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

เจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันการโรคของโรเจอร์ส มีความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 และสอดคล้องกับการศึกษาของ มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ (2538 :127) ที่ศึกษาถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับชีร็ดจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ภายหลังการทดลองนักเรียนในกลุ่มทดลองมีความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อพฤติกรรมการขับชีร็ดจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ โกวิท บุญมีพงษ์ (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของคนงาน พบว่า คนงานในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานสูงกว่าก่อนการทดลอง

จากผลการศึกษานี้ เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จะทำให้เจ้าหน้าที่ทราบถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะช่วยลดการเกิดภาวะโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดระดับโคเลสเตอรอล ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้เจ้าหน้าที่ทราบถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงตามคำแนะนำจากกิจกรรมสุขศึกษา ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความคาดหวังในผลดีที่จะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงที่ถูกต้อง จึงทำให้ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง

เจ้าหน้าที่ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 11 ที่ว่า เจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เป็นเพราะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว มีความรู้สึกเชื่อมั่นของเจ้าหน้าที่ในผลของการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง จะทำให้ตนเองไม่ป่วยเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง เนื่องจากมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง เช่น มีความสนใจในการแสวงหาความรู้ เรียนรู้เทคนิคในการออกกำลังกาย ให้ความร่วมมือในการตรวจสุขภาพประจำปี จึงทำให้ มีความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

6. พฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

เจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 เจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิทย์ พัฒน์มณี (2537 : 66-70) ที่ศึกษาถึงการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของมารดาที่ได้รับและไม่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมสุขศึกษา ในเขตอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภายหลังการทดลองมารดาในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลอง ไม่สอดคล้องกับ จิตชนก หัสดี (2541 : 82) ศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน

โรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลรัตน์ เดียวกุล (2542 : 84-85) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแม่บ้าน ในเขตอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มแม่บ้านมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการทดลอง ทำให้เจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยแล้ว พบว่าเจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโคเลสเตอรอลสูง ดีขึ้น แต่เมื่อพิจารณาตามแบบสอบถามแต่ละข้อแล้วพบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความเคยชินกับการรับประทานอาหารแบบเดิม ซึ่งยากต่อการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติงาน มีการปรับเวลาการปฏิบัติงานจาก 8 ชั่วโมง มาเป็น 12 ชั่วโมง อาจเป็นผลทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ถึงแม้ว่าในโปรแกรมนี้อาจจะมีการให้ความรู้ รวมทั้งการรับรู้ด้านต่างๆก็ตาม แต่ก็ไม่มีผลทำให้พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัตินั้นอาจต้องใช้เวลานานในการปรับเปลี่ยน

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงเจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 และสอดคล้องกับการศึกษาของ มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ (2538 : 12) ที่พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการขับชีโรกักรยานยนต์ที่ปลอดภัยมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ นงรัตน์ เหล่าสุริยงค์ (2540 : 114) พบว่า ภายหลังการทดลองนักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการขับชีโรกักรยานยนต์ที่ปลอดภัยสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของ แอนน์ สารจินดาพงษ์ (2540:113) ที่ศึกษาถึงผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุในสถานศึกษาของนักเรียนวิทยาลัยเทคนิคแพร่ พบว่า ภายหลังการทดลอง นักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เจียมจิตต์ (2542 : 86-90) ที่พบว่า ภายหลังการทดลองเจ้าหน้าที่ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องด้วยเจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองได้รับความรู้และมีการปฏิบัติจริงตามกิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย การบรรยายประกอบสื่อภาพพลิก การชมวิดีโอที่สั้นเรื่อง แอโรบิค พิชิตโคเลสเตอรอล ตัวแบบ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตฝึกปฏิบัติ และการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยโดยการใช้ประโยชน์บัตรหลังจากการสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ตามโปรแกรมนั้น ทำให้เจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล มีการประเมินอันตรายที่ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง และมีการประเมินเผชิญปัญหา ที่ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงที่เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างและส่งเสริมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สแก่เจ้าหน้าที่นั้น ต้องมีการสร้างให้เจ้าหน้าที่เกิดการประเมินอันตราย ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม และการประเมินเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วย การสร้างให้เกิดความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงที่เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงซึ่งปฏิสัมพันธ์ของการประเมินอันตรายและการประเมินเผชิญปัญหานั้น จะเกิดตัวแปรแทรกซ้อน นั่นคือ แรงจูงใจ ซึ่งแรงจูงใจนี้จะเป็นตัวชักนำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงในทิศทางที่พึงประสงค์ต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เน้นการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อจัดประสบการณ์การเรียนรู้แก่เจ้าหน้าที่ในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถคิดและหาเหตุผล เลือกแนวทางการตัดสินใจในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงด้วยตนเอง ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์สเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถใช้เป็นเครื่องมือทางสุขศึกษาและทางสาธารณสุข

ที่นำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล การประเมินอันตรายเกี่ยวกับภาวะโคเลสเตอรอลสูงซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง การประเมินเผชิญปัญหาซึ่ง

ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของเจ้าหน้าที่ ในกลุ่มทดลองให้ดีขึ้นซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า การสร้างแรงจูงใจ การกระตุ้นเตือน การให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำแนะนำต่าง ๆ แก่เจ้าหน้าที่ในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงนั้น สามารถส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงได้ดีวิธีหนึ่ง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่สถานบริการด้านสาธารณสุข โรงเรียน และชุมชน ควรให้การสนับสนุนสร้างกำลังใจและกระตุ้นเตือนเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงอย่างสม่ำเสมอ
2. ควรนำวิธีการจัดกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเผยแพร่ความรู้เรื่องโคเลสเตอรอล แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. ควรจัดสถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกาย รวมทั้งการบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต โดยมุ่งสร้างองค์การให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี
4. ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ซึ่งเวลาที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจยังไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาโดยขยายเวลาการจัดกิจกรรมให้นานขึ้น และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการค้นคว้าครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วิธีการทางสุขศึกษากับกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น ชุมชนชนบท ชุมชนในเมือง สถานประกอบการ เป็นต้น และปัจจัยอื่นๆ เพื่อขยายผลการศึกษากว้างขวาง และศึกษาผลให้เด่นชัดยิ่งขึ้น
2. ควรประเมินภาวะเสี่ยงในการตรวจสุขภาพของบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลและหาแนวทางแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม
3. ควรนำทฤษฎีอื่นๆ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ที่มีเนื้อหา รูปแบบที่เหมาะสม

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2538). *คู่มือส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : กรมฯ.
- . (2539). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพสตรีไทย ก่อนวัยหมดและหลังหมดระดู*.
เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพสตรีก่อนและ
หลังหมดระดูและผู้สูงอายุ วันที่ 14-16 สิงหาคม 2539. เชียงใหม่ : กรมฯ.
- กรรณิการ์ สุวรรณโคตร. (2527). การพยาบาลกับพฤติกรรมของบุคคล. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา
มโนคติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-7*. หน้า 487. กรุงเทพฯ : หนึ่งเจ็ดการพิมพ์.
- กรองจิต ชมสมุท. (2535). *ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติ ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อ
ควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
กองฝึกอบรม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2535). *คู่มือสำหรับการจัดฝึกอบรม*.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ. ใน
แนวคิดทฤษฎีด้านพฤติกรรมศาสตร์*. หน้า 25. นนทบุรี : กองสุขศึกษา สำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุข.
- . (2542). *ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค. ใน แนวคิดทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์*.
หน้า 36-39. นนทบุรี : กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2539). *แผนพัฒนาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544)*. กรุงเทพฯ : กระทรวงฯ.
- . (2534). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2530-2534*. กรุงเทพฯ : กระทรวงฯ.
- . (2538). *ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนครั้งที่ 1*. กรุงเทพฯ : กระทรวงฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง. (2539). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2538*. นนทบุรี :
กระทรวงฯ.
- กันยา สุวรรณแสง. (2532). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ : บำรุงสาส์น.
- กัมปนาท วีระกุล; และคนอื่นๆ. (2532). ผลการสำรวจปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจ
ขาดเลือดในนักบินรบ. *แพทยสารทหารอากาศ*. 31(3) : 93-102.
- โกวิท บุญมีพงศ์. (2541). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม
ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานในสถานประกอบการ
การผลิต ผลิตภัณฑ์จากโลหะ เครื่องจักรและอุปกรณ์ จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์
วท.ม (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยอนุมติคณะรัฐมนตรี. (2538). *สถานการณ์โรค*

ไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ.2538 แนวโน้มมาตรการแก้ไข. กรุงเทพฯ : กระทรวง

สาธารณสุข.

คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาล. (2526). *การพยาบาลเด็ก 1*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พานิชย์

กรมพานิชย์สัมพันธ์.

คำรณ ธนาธร. (2537). *ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการออกกำลังกาย ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.

วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. สาขาจิตส่งเสริมสุขภาพ. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร

จันทร์ฉาย ฉายากุล. (2538). *ประสิทธิผลของการใช้ความรู้เรื่องการฝึกการออกกำลังกายและ*

สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

ชุมชนวัดมะกอก เขตพญาไทและเคหะชุมชนทุ่งสองห้อง เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร.

วิทยานิพนธ์ สธ.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, บรรณานิการ. (2537). *รายงานการสำรวจสถานสุขภาพอนามัยของ*

ประชาชนชาวไทย ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535. กรุงเทพฯ : ดีไซน์. องค์การทหารผ่านศึก.

จารุวรรณ เจริญผล. (2539). *อาหารเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต*. วารสารอาหารและยา. 3(2) :

63-64.

จำเนียร ช่างโชติ. (2532). *จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

จิรประภา ภาวิไล. (2536). *การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ*

ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (พยาบาลศาสตร์).

กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

จิราภรณ์ ผู้พัฒน์. (2535). *ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการ*

สัญจรไปมาระหว่างบ้านและโรงเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดนนทบุรี.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ถ่ายเอกสาร.

จรีพร จิตจำญชัย. (2537). *ผลของการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน ต่อระดับไขมันในเลือด*.

รามธิบดีเวชสาร. 17(4) : 20-26.

จรีรัตน์ เพชรทอง. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร*

จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- นายศรี สุพรศิลป์ชัย; และคนอื่นๆ. (2539). รายงานการสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของประชาชนไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2537). ประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษา โดยใช้การฝึกอบรมกลุ่มเพื่อนในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มผู้ใช้แรงงาน โรงงานฟอกหนัง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ ส.ด. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชาคริต เทพรัตน์. (2540). ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- . (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สหประชาพานิช.
- ชื่นชม สมประเสริฐ. (2542). รูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทรงชัย พลชัยกุล; และคนอื่นๆ. (2534). ผลงานค้นคว้าทดลองเครื่องพ่นหมอกควัน โดยระบบท่อไอเสียรถจักรยานยนต์. นนทบุรี : กองสาธารณสุขภาคภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข.
- ทรงยศ สิงห์ชาติ. (2542). การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสูง. กรุงเทพฯ : สหธรรมิก
- ทิพย์ทยา หอมทรัพย์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ธงชัย ทวิชาชาติ. (2544). ชื่นชีวิต. ใน ไทยรัฐ. (52) 15883. กรุงเทพฯ : วัชรพล.
- นงรัตน์ เหล่าสุริยงค์. (ม.ป.ป.) การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิพนธ์ พจนะพิบูลย์. (2539). พฤติกรรมของสิ่งมีชีวิต. กรุงเทพฯ : สื่อสุขภาพ.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2527). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : การพิมพ์พระนคร.

- บุญมี ยุติธรรม; รุ่งเรือง เด่นดวงใจ; และ ประภา วุฒิคุณ. (2544). *ประสิทธิผลในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จังหวัดราชบุรี*. ราชบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี.
- บังอร ประภาสะสูตร. (2541). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับถ่ายจี้กรยานยนต์ของนักเรียน วิทยาลัยเทคนิคอาชีวศึกษา ชั้นปีที่ 1 จังหวัดกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เบญจมาศ ไตรบรรณ. (2543). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประคอง กรรณสูตร. (2525). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- ประจักษ์ ทวีนนท์. (2538). *ศึกษาสภาพปัจจุบันความสนใจและความต้องการในการออกกำลังกายของเยาวชนในจังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การบริหารการศึกษา). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2540). *พฤติกรรมสุขภาพ*. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 4. หน้า 155-162. พิมพ์ครั้งที่ 14. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ดุสิต เทียมทัด. (ม.ป.ป.). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยจากโรคเอดส์ในกลุ่มนายทหารชั้นประทวน ค่ายสุธรรมพิทักษ์ จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรสุข นุন্নิรันดร์. (2534). *การพัฒนาหลักสูตรสุขศึกษา*. หน้า 116. กรุงเทพฯ : เอ็กซ์เพรส มีเดีย.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรา อุบลสวัสดิ์. (2535). *ผลการให้ความรู้เพื่อพัฒนาความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (อนามัยครอบครัว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ไพโรจน์ ลิ้มกุล; และคนอื่นๆ. (2544). *รายงานการวิจัยศึกษาภาวะโภชนาการและแบบแผนสุขภาพของผู้ใหญ่วัยก่อนเกษียณอายุการทำงาน*. *วารสารพยาบาล*. 47(1) : 46-57.

- มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์. (ม.ป.ป.). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การขับชีรยณต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มันทนา ประทีปปะเสน. (2539). โภชนาการในสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดู. สตรีวัยหมดระดู. กรุงเทพฯ : องค์การทหารผ่านศึก.
- มิติกุล ชัยรัตน์. (2542). ผลของกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้นต่อสมรรถภาพทางกายและ ความพึงพอใจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิชัย ต้นไพจิตร, บรรณานิการ. (2542). แนวทางการรักษาไขมันในเลือดผิดปกติ. แพทย์สภาสารม. 28(ฉบับพิเศษ) : 25-35.
- รัชนี นพเกตุ. (2536). จิตวิทยาทั่วไป. (เอกสารประกอบคำสอน). กรุงเทพฯ : คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ราตรี พัฒน์ศรี. (2533). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกัน โรคแท้งติงตั้งครรภ์ เพื่อนำทารก 0-6 เดือน มารับภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- รุจิราถ อรรถสิทธิ์. (2541). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- ลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล. (2538). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วรรณวิไล จันทราภา. (2526). มโนคติสุภาพและการสาธารณสุข. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการ สาธารณสุข หน่วยที่ 1. หน้า 5. พิมพ์ครั้งที่ 15. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วารี ระกิติ. (2536). หลักการสุขศึกษา. ใน เอกสารการสอนชุดวิชา การสาธารณสุข 2 หน่วยที่ 12. หน้า 705-706. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). สถิติสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : กองการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาแห่งชาติ.

- ศรีสุภณณ์ รุจิวัฒน์. (2536). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ของนักเรียนจำพลาธิการ กองทัพเรือ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศศิภาณุจน์ เชียงทอง. (2543). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันการเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษากระทรวงศึกษาธิการ*. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2541). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตเจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศุภมาต อิศสระพันธ์. (2534). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2540ก). การจูงใจ. ใน เอกสารการสอนวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7. พิมพ์ครั้งที่ 14. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- (2540ข). พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง ใน เอกสารการสอนชุดวิชา การสาธารณสุข 1 หน่วยที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 14. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. (2539). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชา จันทรเฒ. (2533). *จิตวิทยาทั่วไป*. ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). *การสอนสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุธีรา เมืองนาโพธิ์. (2542). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชนจังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- สุพรรณณี สฤชดีอภิรักษ์. (2536). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2532). *ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุรีย์ จันทรมโนลี. (2527). *วิธีการทางสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์.
- สุวิมล สันติสุขธนา. (2533). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อาคม ปาเจริญ. (ม.ป.ป.). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สสำหรับสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุทัยวรรณ เจริญสุข. (2534). *สุขศึกษา*. ชลบุรี : วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ชลบุรี.
- อุษณีย์ ลักษณะธร. (2540). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ ในการป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- แอนน์ สารจินดาพงศ์. (2540). *ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุในสถานศึกษา ของนักเรียนวิทยาลัยเทคนิคแพร่*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- Dunn, Steven Prentice and Ronald W. Roger. (1986). Protection Motivation Theory and Preventive Health : Beyond the Health Belief Model. In *Health Education Research Theory and Practice*. pp. 153-160.
- Ellfeldt, (1977). Aerobic dance. *Journal of Physical Education and Recreation*, 48 : 25-46.
- Frank G. C.; Vaden A.; & Martin J. (1987). School Health Promotion : Child Nutrition Programs. *Journal of School Health*. 57(10) : 451-460.
- Lamp, D. K. (1984). *Physiology of Exercise*. 2nd ed. new York : Macmillan Publishing.

- Mackay, Bruce Campbell. (1992). *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT): Effects of Imagined Scenarios on Intent to Use Condoms*. Michigan : A Bell and Howell Information Company.
- Myer, R. S. ,& Poth, D. L. (1997). Perceived Benefits of and Barriers to Exercise and Stage of Exercise Adoption in Adults. *Health Psychology*, 16(3) : 227.
- Nies, M.A.; Vollman, M.; & Cook, T. (1999). African American Women's Experiences with Physical Activity in Their Daily lives. *Public Health Nursing*. 16(1) : 23-31.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rd ed. Norwalk Connecticut : Appleton and Lange.
- Rosenstock, M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Behavior. *Health Education Monograph*. (2) : 354-385.
- Stufflebeam, D. L.; & Shrinfield, A. J. (1985). A Self – Instructional Guide to Theory and Practice. *Systematic Evaluation*. Boston : Kluwer – Nijhoff Publishing.
- Thesen, L.; & Henriksen, L. B. (1986). One – Year Experience With Lowfat, Low Cholesterol Diet in Patients With Coronary Heart Disease. *American Journal Clinical Nutrition*, 44 : 212-219.
- Tyler, R. W. (1969). *Education Evaluation : New Roles, New Means*, Chicago : University of Chicago Press.
- Worthen, B. R.; & Sanders, J. R. (1973). *Education Evaluation : Theory and Practice*, Ohio : Charles and Jones.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัธยมามกูร อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. รองศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อาจารย์อมรา วิสูตรานุกูล อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรศิริ พันธสี อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
5. นพ.พงษ์สันต์ ลีสัมพันธ์ อายุรแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญระบบต่อมไร้ท่อ
โรงพยาบาลหัวเฉียว

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
คุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถาม

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ
โรเจอร์สในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว

กรุงเทพมหานคร

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง โดยให้ท่านอ่านคำถามและตอบคำถามอย่างละเอียด ทำความเข้าใจแล้วจึงตอบคำถาม คำตอบทุกข้อจะถูกนำไปรวบรวมเพื่อวิเคราะห์หาแนวทางการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงในท่านขอให้ท่านตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบของท่านผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีผลใดๆต่อการทำงานของท่าน

แบบสอบถามทั้งหมดประกอบด้วย 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินอันตราย ประกอบด้วย

- แบบสอบถามวัดการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโคเลสเตอรอลสูง
- แบบสอบถามวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะ

โคเลสเตอรอลสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย

- แบบสอบถามวัดความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะ

โคเลสเตอรอลสูง

- แบบสอบถามวัดความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกัน

ภาวะโคเลสเตอรอลสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

ขอได้โปรดตอบทุกข้อ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะ

โคเลสเตอรอลสูง

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ด้วย

นางสาวจันทิรา กวดีภา

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () ที่ตรงกับความเป็นจริงเพียงคำตอบเดียว

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ
() 20-30 ปี () 31-40 ปี () 41-50 ปี () 51-60 ปี
() 60 ปีขึ้นไป
3. ตำแหน่ง
() พยาบาลวิชาชีพ () ผดุงครรภ์ () ผู้ช่วยพยาบาล
() เจ้าหน้าที่ Back office/ธุรการ () ช่าง () แม่บ้าน
() อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่ () ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่
5. เชื้อชาติ
() ไทย () จีน () อื่นๆ ระบุ.....
6. ระดับการศึกษา
() ต่ำกว่าประถมศึกษา () ระดับประถมศึกษา () ระดับมัธยมศึกษา
() ระดับปริญญาตรี () สูงกว่าระดับปริญญาตรี
7. รายได้ครอบครัว
() ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน () 10,000-20,000 บาทต่อเดือน
() ตั้งแต่ 20,001-30,000 บาทต่อเดือน () ตั้งแต่ 30,001-40,000 บาทต่อเดือน
() สูงกว่า 40,000 บาทต่อเดือน
8. การสูบบุหรี่
() สูบบุหรี่ () ไม่สูบบุหรี่ () เคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว
9. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่
() ดื่ม () ไม่ดื่ม
ถ้าดื่ม ดื่มบ่อยเพียงใด
() ทุกวัน () ดื่มสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง () สัปดาห์ละครั้ง () อื่นๆ ระบุ.....

10. การออกกำลังกาย

- () ไม่ออกกำลังกาย
- () ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ
- () ออกกำลังกาย น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- () ออกกำลังกาย มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- () ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

10.1 ถ้าท่านออกกำลังกาย ประเภทของการออกกำลังกายได้แก่อะไรบ้าง

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () เดิน () วิ่ง () แบดมินตัน
- () ว่ายน้ำ () แอโรบิค () อื่นๆ ระบุ.....

10.2 ระยะเวลาการออกกำลังกาย.....นาที่/ครั้ง

11. อาหารที่รับประทานได้มาอย่างไร

- () ซื้ออาหารรับประทานทุกมื้อ () ซื้ออาหารรับประทานเป็นส่วนใหญ่
- () ปรุงอาหารรับประทานเป็นส่วนใหญ่ () ปรุงอาหารรับประทานทุกมื้อ

12. ญาติพี่น้องของท่านเคยมีผู้ที่ป่วยด้วย ภาวะไขมันในเลือดสูงหรือไม่

- () ไม่ทราบ () ไม่มี
- () มี ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () บิดา () มารดา () ปู่ ย่า () ตา ยาย () อื่นๆ ระบุ.....

13. ท่านมีโรคประจำตัว หรือไม่

- () ไม่มีโรคประจำตัว
- () มีโรคประจำตัว โปรดระบุโรค.....

14. ท่านเจาะเลือดตรวจไขมันในเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อ วันที่.....

ผลที่ได้ของระดับโคเลสเตอรอลในเลือด เท่ากับ.....มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

15. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่อง ภาวะโคเลสเตอรอลสูงจากแหล่งใดบ้าง

- () ไม่เคยได้รับ
- () เคย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย)
- () จากแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ
- () จากหนังสือหรือวารสารต่างๆ
- () จากเพื่อน
- () อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลือก ก. ข.ค.ง. หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่า
เป็นคำตอบ ที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. ไขมันในเลือดชนิดใดต่อไปนี้ เป็นไขมันที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย
 - ก. เอช-ดี-แอลโคเลสเตอรอล (HDL-C)
 - ข. แอล-ดี-แอลโคเลสเตอรอล (LDL-C)
 - ค. ไตรกลีเซอไรด์ (TG)
 - ง. โคเลสเตอรอลทั้งหมด (TC)
2. ไขมันในเลือดชนิดใดต่อไปนี้ เป็นไขมันเป้าหมายในการรักษาภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง
 - ก. เอช-ดี-แอลโคเลสเตอรอล(HDL-C)
 - ข. แอล-ดี-แอลโคเลสเตอรอล(LDL-C)
 - ค. ไตรกลีเซอไรด์(TG)
 - ง. วี-แอล-ดี-แอลโคเลสเตอรอล(VLDL-C)
3. ข้อใดต่อไปนี้ ไม่ใช่ วิธีการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงให้ได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน
 - ก. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง
 - ข. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
 - ค. การลดน้ำหนักตัว หรือควบคุมน้ำหนักตัว
 - ง. การรับประทานยาลดไขมันเป็นประจำ
4. ข้อใดต่อไปนี้ ถูกต้อง
 - ก. ในปริมาณอาหารที่เท่ากันอาหารที่ปรุงโดยการต้ม การนึ่ง ให้โคเลสเตอรอลได้มากกว่าอาหารที่ปรุงโดยการทอด การผัด
 - ข. ปลาทอดให้พลังงานและโคเลสเตอรอลมากกว่าหมูทอด
 - ค. เนื้อสันในทอดให้พลังงานและโคเลสเตอรอลมากกว่าหนังไก่ทอด
 - ง. ช็อคโกแลต ให้พลังงานและโคเลสเตอรอลมากกว่านมสดพว่องไขมัน
5. ในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงควรรับประทานอาหารในข้อใด
 - ก. พายสับปะรด
 - ข. มันฝรั่งทอด
 - ค. นมสดพว่องมันเนย
 - ง. ปอเปี๊ยะทอด

6. อาหารว่างที่ควรเลือกรับประทานมากที่สุด คือข้อใด

- ก. ผลไม้
- ข. ไอศกรีม
- ค. ขนมปังทาเนย
- ง. ขนมหวานใส่กะทิ เช่น ลอดช่อง

7. ไขมันจากเนย มะพร้าว น้ำมันปาล์ม ซึ่งเป็นไขมันอิ่มตัวมีผลต่อร่างกายอย่างไร

- ก. ทำให้หลอดเลือดอุดตัน สูญเสียการยืดหยุ่น
- ข. ทำให้หลอดเลือดแข็งแรง มีความยืดหยุ่นดีขึ้น
- ค. ทำให้หลอดเลือดแข็งแรง ร่างกายมีพลังงานมากขึ้น
- ง. ทำให้ระบบเลือดไหลเวียนช้าลง

8. ข้อใดต่อไปนี ถูกต้อง เกี่ยวกับประโยชน์ของอาหารที่รับประทาน

- ก. ไขมันจากสัตว์ให้กรดไขมันที่ไม่อิ่มตัว
- ข. น้ำมันปาล์มให้กรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว
- ค. น้ำมันหมูให้ประโยชน์ต่อร่างกายมากกว่าน้ำมันถั่วเหลือง
- ง. น้ำมันถั่วเหลืองให้ประโยชน์ต่อร่างกายมากกว่าน้ำมันหมู

9. ข้อใดต่อไปนี้เป็นวิธีการออกกำลังกายที่ ถูกต้องที่สุด

- ก. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละไม่ต่ำกว่า 20-30 นาที
- ข. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละไม่ต่ำกว่า 20-30 นาที
- ค. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละไม่ต่ำกว่า 20-30 นาที
- ง. ออกกำลังกายเมื่อรู้สึกว่าร่ากายพร้อมที่จะออกกำลังกายเท่านั้น

10. ข้อใดต่อไปนี้เป็นารออกกำลังกาย ประเภทที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง

- ก. วิ่งข้ามรั้ว
- ข. เต้นแอโรบิก
- ค. กระโดดเชือก
- ง. บาสเกตบอล

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินอันตราย ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้
ความรุนแรงของภาวะโคเลสเตอรอลสูง และแบบสอบถามการรับรู้โอกาส
เสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง**

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ เพียงคำตอบเดียว
ในแต่ละข้อ โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน

3.1 แบบสอบถามวัดการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโคเลสเตอรอลสูง

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงไม่เป็นปัญหาของประชากร			
2. ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเป็นเรื่องปกติเพราะ คนเราต้องรับประทานอาหารทุกวัน			
3. คนที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง ถ้าไม่ป้องกันจะเป็นโรค หัวใจ และหลอดเลือดได้			
4. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงป้องกันได้ด้วยการรับประทานยา			
5. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงไม่มีอันตรายร้ายแรง			
6. หากท่านตรวจพบว่ามีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ถ้าไม่มีอาการผิดปกติใดๆก็ไม่จำเป็นต้องรักษาหรือ เปลี่ยนพฤติกรรม			
7. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงเป็นภาวะเรื้อรัง แม้จะไม่มีอาการ แต่ทำให้เกิดความผิดปกติอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ อัมพาต มะเร็ง			
8. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่แพง			
9. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงเป็นภาระต่อครอบครัวและผู้ดูแล			
10. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงเมื่อเป็นแล้วไม่สามารถควบคุมได้			
11. ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ ถูกต้องอาจเสียชีวิตได้			
12. ถ้าป่วยเป็นภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจะทำให้ ร่างกายอ่อนแอไม่สามารถทำงานได้เหมือนคนปกติ			

3.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงได้			
การออกกำลังกายมากเกินไป ทำให้เกิดภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงได้			
3. ภาวะเครียดทำให้เกิดโคเลสเตอรอลในเลือดสูงได้			
4. การเกิดภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงมักพบในครอบครัวที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นภาวะไขมันในเลือดสูงเท่านั้น			
5. ผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงนาน ๆ มีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน			
6. คนอ้วนเท่านั้นที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง			
7. ท่านที่ชอบทานอาหารมันมีโอกาสดเกิดภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง			
8. ท่านที่ชอบรับประทานอาหารจานด่วนมีโอกาสดเกิดภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง			
9. ภาวะโคเลสเตอรอลสูงมักพบในผู้ที่ชอบรับประทานอาหารมังสวิรัติ			
10. ผู้ที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง จะไม่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง และแบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน

4.1 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านสามารถควบคุมปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยรับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารมากขึ้น			
2. ท่านสามารถควบคุมปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม			
3. ท่านสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปรุงอาหารเป็นหนึ่ง อบ ย่าง ต้ม แทนการทอด ผัด ได้			
4. ท่านสามารถออกกำลังกายได้เป็นประจำสม่ำเสมอ			
5. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ใช้น้ำมันจากสัตว์ในการประกอบอาหารได้			
6. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ข้าวหน้าเป็ด ถึงแม้จะเป็นอาหารโปรดของท่าน			
7. ท่านไม่สามารถออกกำลังกายได้ เนื่องจากไม่มีเวลาไม่จำเป็น เพราะทำงานเหนื่อยแล้ว			
8. ท่านไม่สามารถปรุงอาหารรับประทานได้เอง			
9. ท่านสามารถคุมน้ำหนักได้			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
10. ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยง การทำอาหารที่ใช้ไขมันจากสัตว์ได้			
11. ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดได้			
12. ท่านไม่สามารถงดบุหรี่ได้			
13. ท่านไม่สามารถงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้			
14. ท่านที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่สามารถป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงได้			

4.2 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกัน ภาวะโคเลสเตอรอลสูง

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. การหลีกเลี่ยงอาหารประเภท ทอด ผัด กะทิ เนย ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้			
2. ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เมื่อเป็นแล้วไม่สามารถควบคุมได้			
3. การตรวจสุขภาพประจำปีสามารถตรวจพบการเจ็บป่วยในระยะแรก			
4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ป้องกันการเกิดโรคหัวใจได้			
5. การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ลดอัตราการเกิดโคเลสเตอรอลในเลือดสูงได้			
6. การผ่อนคลายความเครียดป้องกันการเกิดโคเลสเตอรอลในเลือดสูงได้			
7. การรับประทานยาลดไขมันเป็นประจำต่อเนื่องช่วยรักษาภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง			
8. การรับประทานอาหารรสเลิศ ป้องกันการเกิดโคเลสเตอรอลในเลือดสูงได้			
9. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้			
10. การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง สามารถทำได้ถ้ามีความรู้เพียงพอ			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างตามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่เพียงคำตอบเดียว

ในแต่ละข้อ โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้นเจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้น ท่านได้ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้น ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมันหรือหนังสัตว์			
2. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยและย่อยง่าย เช่น พืช ผัก ผลไม้			
3. ท่านรับประทานอาหารมีไขมัน ในปริมาณที่มากกว่าผู้อื่น			
4. ท่านรับประทานอาหารมาก จนเกินความต้องการของร่างกาย			
5. ท่านรับประทานอาหาร ประเภทอาหารจานด่วน เช่น แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด พิซซ่า			
6. ท่านดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ผสม			
7. ท่านควบคุมน้ำหนักโดยวิธีการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดิน เดินเร็ว หรือเดินแอโรบิค ครั้งละ 30-40 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง			
8. ท่านเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อดูว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง			
9. ท่านผ่อนคลายความเครียดของท่านโดยการหางานอดิเรกทำ เช่น การปลูกต้นไม้ การดูโทรทัศน์และการเลี้ยงสัตว์			
10. ท่านรับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลา			
11. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมูหรือไก่			
12. ท่านรับประทานอาหารหวาน/ ไอศกรีม			
13. ท่านรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงคุณค่าอาหาร มากกว่าคำนึงถึงอาหารที่ชอบ			
14. ท่านใช้ผักในการประกอบอาหารเป็นส่วนใหญ่			
15. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง			
16. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว			
17. ท่านดื่มกาแฟ / ท่านดื่มชา			
18. ท่านรับประทานอาหารมังสวิรัต			
19. ท่านสูบบุหรี่			

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ค่าความยาก-ง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล

ข้อ	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
1	.70	.13
2	.40*	.11
3	.90*	.41
4	.80	.47
5	.90*	.23
6	.80	.47
7	.60	.54
8	.90*	.09
9	.70	.72
10	.70	.26

* นำข้อคำถามไปปรับปรุง และนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมปริญญาโท
ก่อนนำไปใช้จริง

ค่าความเชื่อมั่น(KR-20) เท่ากับ 0.72

ค่าความยาก-ง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะ
โคเลสเตอรอลสูง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	.65
2*	.19
3	.42
4	.77
5*	.03
6	.70
7	.73
8	.30
9	.56
10	.73
11	.22
12	.32

* นำข้อคำถามไปปรับปรุง และนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมปริญญาพันธ์ก่อน
นำไปใช้จริง

ค่าความเชื่อมั่น(α) เท่ากับ 0.82

ค่าความยาก-ง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ
การเป็นโรคจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	.62
2	.63
3	.32
4	.56
5	.62
6*	.19
7*	.19
8	.62
9	.28
10	.72

* นำข้อคำถามไปปรับปรุง และนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมปริญญาบัตรก่อน
นำไปใช้จริง

ค่าความเชื่อมั่น(α) เท่ากับ 0.82

ค่าความยาก-ง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นด้านความคาดหวังใน
ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	.56
2	.77
3	.71
4	.68
5	.46
6	.56
7	.82
8	.68
9	.29
10	.60
11	.38
12*	.19
13*	.19
14	.48

* นำข้อคำถามไปปรับปรุง และนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมปริญญาบัตรก่อน
นำไปใช้จริง

ค่าความเชื่อมั่น(α) เท่ากับ 0.86

ค่าความยาก-ง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นด้านความคาดหวังในประสิทธิภาพของ
ตอบสนองต่อการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1*	.06
2	.68
3	.43
4	.47
5	.65
6	.69
7*	.19
8	.65
9	.58
10	.46

* นำข้อคำถามไปปรับปรุง และนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมปริญญาบัตรก่อน
นำไปใช้จริง

ค่าความเชื่อมั่น(α) เท่ากับ 0.81

ค่าค่าความยาก-ง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะ
โคเลสเตอรอลสูง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	.30
2	.37
3*	.14
4	.42
5*	.11
6*	.04
7	.21
8	.21
9	.21
10	.23
11	.04
12	.37
13	.66
14	.15
15	.31
16	.64
17*	.07
18	.60
19*	.23

* นำข้อคำถามไปปรับปรุง และนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมปริญญาพันธ์ก่อน
นำไปใช้จริง

ค่าความเชื่อมั่น(α) เท่ากับ 0.64

ภาคผนวก ค

โปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส

คู่มือการดำเนินงานกิจกรรม

เพื่อศึกษา

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ
เพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง
ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเจียว กรุงเทพมหานคร

นางสาวจันทิรา กวติภา

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขศึกษา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คำนำ

ในการจัดทำคู่มือการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร ฉบับนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายแนวคิดตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มาสร้างเป็นกิจกรรมการเรียนรู้การสอนเพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดการรับรู้และเกิดพฤติกรรมและการป้องกัน ภาวะโคเลสเตอรอลสูง ในการดำเนินชีวิตต่อไป

ผู้วิจัยหวังว่าคู่มือในการดำเนินกิจกรรมฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่ ทั้งทางด้านการศึกษาการทำงาน และการสาธารณสุขได้ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืน ในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง หากมีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาและปรับปรุงคู่มือฉบับนี้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้วิจัยของน้อมรับ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

นางสาวจันทิรา กวติภา

ผู้วิจัย

**คู่มือการจัดกิจกรรมเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะ
โคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร**

คำแนะนำสำหรับผู้สอน

โคเลสเตอรอลในเลือด เป็นไขมันชนิดหนึ่งในร่างกายได้มาจากการเผาผลาญอาหารที่รับประทานมากเกินไป หรืออาหารพวกไขมัน อีกส่วนได้มาจากสังเคราะห์ขึ้นมาใช้เอง และยังเหลือเก็บสะสมเป็นพลังงานสำรองไว้ใช้ในโอกาสต่อไป แต่ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดที่สูงกว่าปกติ คือ >200 มิลลิกรัม / เลือด 100 ซีซี ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบแคบซึ่งเป็นสาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สมองขาดเลือด จนเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม ฯลฯ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกตินี้จะดำเนินต่อไปเรื่อยๆโดยไม่มีอาการอะไร จนกระทั่งถึงจุดสุดท้ายที่ทำให้เกิดอาการของโรคต่างๆที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

จุดประสงค์ของโปรแกรม

เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงที่ถูกต้อง

แนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษา

1. จำนวนเจ้าหน้าที่และคุณสมบัติ

ประมาณ 60 - 70 คน เป็นเจ้าหน้าที่ทุกแผนก โรงพยาบาลหัวเฉียว

2. ระยะเวลา

เจ้าหน้าที่เข้าโปรแกรมสุขศึกษา จำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกเป็นเวลา 2 ชั่วโมง 45 นาที

ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 1 วัน ใช้ระยะเวลา 45 วัน โดยวันแรกของครั้งที่ 2 แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงเช้า 3 ชั่วโมง และ ช่วงบ่าย 1 ชั่วโมง 10 นาที , วันที่ 2 ถึง วันที่ 45 แบ่งเป็น 1 ช่วง คือ ช่วงบ่าย 1 ชั่วโมง

3. สถานที่

สถานที่ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ควรมีพื้นที่กว้างเพียงพอ สำหรับเจ้าหน้าที่และ
เหมาะสำหรับการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน

4. ขั้นตอนในการสร้างให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีดังนี้

4.1 ความรู้เรื่องโคเลสเตอรอล

4.2 การประเมินอันตราย ประกอบด้วย

4.2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง

4.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง

4.3 การประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย

4.3.1 ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

4.3.2 ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันภาวะ

โคเลสเตอรอลสูง

4.4 พฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

5. การสอนโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษา มีรายละเอียด ดังนี้

5.1 การจัดโปรแกรมสุขศึกษา ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 45 นาที ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

5.1.1 ชำนาญ ใช้ระยะเวลา 30 นาที

ผู้ให้สุขศึกษาแนะนำตัวเองกับเจ้าหน้าที่ และให้เจ้าหน้าที่แนะนำตัวทุกคน จากนั้นผู้ให้สุขศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้สุขศึกษาโดยกล่าวถึงปัญหาและความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ด้วยการแสดงภาพประกอบ

5.1.2 ขั้นสอน ใช้ระยะเวลา 90 นาที แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

ช่วงแรก ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยผู้ให้สุขศึกษา บรรยายประกอบสื่อและตัวแบบ เป็นเวลา 30 นาที ในหัวข้อ

1. ความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล

2. กลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง

3. เกณฑ์การพิจารณาระดับโคเลสเตอรอล

4. ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง

5. แนวทางการรักษา

หลังจากจบการบรรยายให้ เจ้าหน้าที่แบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ

จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มแต่ละกลุ่ม สมาชิกจะต้องร่วมกันอภิปราย ในหัวข้อ “ ทำไมเจ้าหน้าที่จึงมีโอกาสเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง และถ้าเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูงแล้ว เจ้าหน้าที่และครอบครัว จะต้องสูญเสียอะไรบ้าง ” เป็นเวลา 15 นาที หลังจากนั้น ตัวแทนกลุ่ม นำเสนอหน้าห้อง ระยะเวลา 15 นาที

ช่วงที่ 2 ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยผู้ให้สุศึกษา บรรยายประกอบสื่อ เป็นเวลา 30 นาที ในหัวข้อ

1. อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง
2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโคเลสเตอรอลสูง
3. การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

และชมวีดิทัศน์ เรื่อง “ ออกกำลังกายพิชิตภัยโคเลสเตอรอล ” ระยะเวลา 30 นาที

สรุปประเด็นสำคัญ ทั้ง 8 หัวข้อที่กล่าวมาทั้งหมด หลังจากนั้นแบ่งเจ้าหน้าที่ เป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 20 คน จำนวน 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่ม สมาชิกร่วมกันอภิปราย ในหัวข้อ

“ เจ้าหน้าที่มีแนวทางในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงอย่างไร ” ระยะเวลา 15 นาที แล้วตัวแทนกลุ่มนำเสนอหน้าห้อง ระยะเวลา 15 นาที

5.1.3 ขั้นสรุป ใช้ระยะเวลา 15 นาที

ผู้ให้สุศึกษาร่วมกับเจ้าหน้าที่สรุปถึงความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงและนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรมสุศึกษาครั้งที่ 2

5.1.4 ภายใน 1วันผู้ให้สุศึกษาส่งจดหมายกระตุ้นเตือน ครั้งที่ 1 เพื่อเตือนการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง

5.2 การจัดโปรแกรมสุศึกษาครั้งที่ 2 เป็นเวลา 45 วัน โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ในวันที่ 1 ช่วงเช้า 2 ชั่วโมง และช่วงบ่าย 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นวันละ 1 ชั่วโมง ในช่วงบ่าย ทุกวัน จันทร์-ศุกร์ เวลา 17.00-18.00น. ดังนี้

ช่วงเช้า

5.2.1 ขั้นนำ ใช้ระยะเวลา 30 นาที

ผู้ให้สุศึกษาให้เจ้าหน้าที่เล่าถึงประสบการณ์ของการมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงในระยะเวลาที่ผ่านมา โดยแบ่งเจ้าหน้าที่เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน จากนั้นให้ตัวแทนเล่าประสบการณ์

5.2.2 ขั้นสอนช่วงเช้า ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง โดยสาธิตและฝึกปฏิบัติ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค ช่วงละ 30 นาที ดังนี้

1. ขั้นอบอุ่นร่างกายของกิจกรรมแอโรบิค
2. ขั้นการฝึกของกิจกรรมแอโรบิค
3. ขั้นผ่อนคลายของกิจกรรมแอโรบิค

5.2.3 ขั้นสรุป ช่วงเช้า ใช้ระยะเวลา 30 นาที

ผู้ให้สุศึกษาสรุปการปฏิบัติต่างๆในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง และ

นัดแนะเจ้าหน้าที่ถึงการเข้าโปรแกรมสุขศึกษาช่วงบ่าย ที่ต้องเข้าไปศึกษาสถานที่ในการฝึกปฏิบัติ ภายในโรงพยาบาล

ช่วงบ่าย

5.2.4 ขั้นนำ ใช้ระยะเวลา 10 นาที

แนะนำเจ้าหน้าที่ถึงแนวทางการศึกษาสถานที่ในการฝึกปฏิบัติ ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล โดยมีผู้ให้สุศึกษา และผู้ฝึกสอนเป็นผู้ดูแล

5.2.5 ขั้นสอน ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

ให้เจ้าหน้าที่ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิค

5.2.6 ขั้นสรุป ใช้ระยะเวลา 15 นาที

การให้คำปรึกษารายบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการภาวะโคเลสเตอรอลสูง

5.2.7 ผู้สอนสุศึกษาให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกคน เพื่อสร้างแรงจูงใจ

5.2.8 ภายใน 1 วัน ผู้ให้สุศึกษา ส่งจดหมายกระตุ้นเตือน ครั้งที่ 2 เพื่อย้ำถึงการมีพฤติกรรมป้องกันการภาวะโคเลสเตอรอลสูง

สื่อการสอน

1. ภาพพลิก แผ่นพับ เรื่อง รู้จักไขมัน ห่วงไกล โรคหัวใจ
2. วีดิทัศน์ เรื่อง ออกกำลังกาย พิชิตภัย โคเลสเตอรอล
3. ตัวแบบ เจ้าหน้าที่ที่เคยมีภาวะโคเลสเตอรอลสูง และสามารถควบคุมให้อยู่ในภาวะปกติได้โดยไม่ต้องรับประทานยา
4. สื่อประกอบการสอน เรื่อง การป้องกันการภาวะโคเลสเตอรอลสูง

แผนการสอนสุขศึกษาครั้งที่ 1

เรื่อง

ความรู้เรื่องโคเลสเตอรอล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอล
3. เพื่อให้เจ้าหน้าที่การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจาก

ภาวะโคเลสเตอรอลสูง

วิธีการ

1. บรรยายประกอบสื่อและวีดิทัศน์ เรื่อง การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง
2. การใช้ตัวแบบจริงคือ เจ้าหน้าที่ที่เคยมีภาวะโคเลสเตอรอลสูง และสามารถควบคุม

ให้อยู่ในภาวะปกติได้โดยไม่ต้องรับประทานยา

หัวข้อเรื่อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโคเลสเตอรอล
2. กลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโคเลสเตอรอลสูง
3. องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อระดับโคเลสเตอรอล
4. สาเหตุของภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง
5. ผลของภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง
6. แนวทางการรักษา
7. การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโคเลสเตอรอล
8. การออกกำลังกายเพื่อลดโคเลสเตอรอล

ระยะเวลา

2 ชั่วโมง 45 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
		<u>ขั้นนำ</u> -แนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ให้เจ้าหน้าที่ทราบ -พูดคุยซักถามความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล		
ภายหลังการ สอนเจ้าหน้าที่ สามารถ 1.อธิบาย ความรู้เกี่ยวกับ โคเลสเตอรอล ได้ถูกต้อง	<u>ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโคเลสเตอรอล</u> โคเลสเตอรอลในเลือด เป็นไขมันชนิดหนึ่งในร่างกายได้มาจาก การเผาผลาญอาหารที่รับประทานมากเกินไป หรืออาหารพวกไขมัน อีกส่วนได้มาจากสังเคราะห์ขึ้นมาใช้เอง แต่ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดที่สูงกว่าปกติ ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบแคบซึ่งเป็นสาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สมองขาดเลือด จนเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม ฯลฯ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกตินี้จะดำเนินต่อไปเรื่อยๆโดยไม่มีอาการอะไร จนกระทั่งถึงจุดสุดท้ายที่ทำให้เกิดอาการของโรคต่างๆที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	<u>ขั้นสอน</u> -อธิบายความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอล -ซักถามเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับโรค	-สื่อ -ภาพพลิก	-สังเกต ความสนใจในการ ซักถาม และการ ตอบ คำถาม
2.เจ้าหน้าที่ อธิบายกลุ่ม เสี่ยงต่อการ เกิด โคเลสเตอรอล สูงได้	<u>กลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโคเลสเตอรอลสูง</u> -คนอ้วนที่ชอบทานไขมันมาก และไม่ออกกำลังกาย -ผู้ที่มีอายุมาก ออกกำลังกายน้อย -ผู้ที่ชอบสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าประจำ -เพศชาย มากกว่า เพศหญิง -ผู้ที่มีโรคบางอย่าง เช่น เบาหวาน ไต ตับ ไทรอยด์ -ผู้ที่ใช้ยาบางชนิดเป็นประจำ เช่น ยาคุมกำเนิด	-ซักถามเจ้าหน้าที่ว่า กลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคคือกลุ่มใด -บรรยายประกอบสื่อ	-ภาพพลิก -ตัวแบบ	-การ ซักถาม และการ ตอบ คำถาม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
3.เจ้าหน้าที่บอกองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อระดับโคเลสเตอรอลได้	องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อระดับโคเลสเตอรอล 1. ความแตกต่างทางด้านภูมิประเทศ พบว่าความแตกต่างทางภูมิศาสตร์มีผลต่อระดับไขมันในเลือด พวกที่อยู่ในประเทศที่พัฒนาจะมีระดับไขมันสูงกว่าคนที่อยู่ประเทศด้อยพัฒนา 2.อายุ ปริมาณของไขมันในเลือดแปรตามอายุ พบว่าไขมันที่วัดได้จากเลือดสายสะดือของเด็กแรกเกิดจะต่ำมากและเพิ่มขึ้นเร็วมากในระยะวัยเด็ก เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จะเพิ่มขึ้นทีละน้อย ในชาวยุโรปและอเมริกันระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์จะเพิ่มขึ้นสูงจนอายุ 60 – 70 ปี 3. ความแตกต่างระหว่างเพศ ไขมันมีความแตกต่างระหว่างเพศ และ มีผลต่อระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่าระดับของโคเลสเตอรอล พบว่า เพศชายมีระดับของ ไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าเพศหญิงทุกวัย 4. สาเหตุอื่น ๆ หลังผ่าตัด หรือได้รับบาดเจ็บ ความเจ็บป่วยมีผลรบกวนต่อเมตาบอลิซึมของระดับไขมันในพลาสมา ปริมาณและชนิดของอาหารที่รับประทานได้แก่ คาร์โบไฮเดรต สุกรา และยาบางชนิดมีผลต่อเมตาบอลิซึมของไขมัน	-ซักถามเจ้าหน้าที่ว่ากลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคคือกลุ่มใด -บรรยายประกอบสื่อ	-ภาพพอลิก -ตัวแบบ -สื่อ	-การซักถามและการตอบคำถาม
4.เจ้าหน้าที่บอกสาเหตุของการเกิดภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงได้	สาเหตุของภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง 1. Primary hypercholesterolemia เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม อาจเป็นแบบ Singlegene Mutation หรือแบบ Polygenes Mutation ซึ่งพบประมาณร้อยละ 85 2. Seconday hypercholesterolemia เกิดจากโรค ภาวะ หรือยาบางชนิดที่มีผลกระทบต่อเมตาบอลิซึมของไขมัน เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดผิดปกติ	-บรรยายประกอบสื่อ -เปิดโอกาสให้ซักถาม	-สื่อ	-สังเกตความสนใจในการซักถามและการตอบคำถาม

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
	3. Dietary hypercholesterolemia สาเหตุจาก บริโภคอาหารที่ไขมันอิ่มตัว และโคเลสเตอรอลสูง ทำให้ LDL – C สูง			
5. เจ้าหน้าที่ บอกผลจาก ภาวะ โคเลสเตอรอล ในเลือดสูงได้	ผลของภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง 1. Premature coronary artery disease คือ สภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันก่อน 50 ปี พบในผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงแต่ระดับ ไตรกลีเซอไรด์ปกติ 2. Peripheral vascular disease คือ การที่มี การอุดตันหรือการแคบลงของหลอดเลือดส่วน ปลาย ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นพัก ๆ ปวดกล้ามเนื้อจากการขาดเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อ ส่วนปลาย (Ischemic Pain) พบในผู้ป่วย เบาหวาน 3. Xanthomata พบในผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงเป็น เวลานาน ๆ ไขมันเกาะสะสมที่ผิวหนัง หรือเอ็น Tuberous Xanthomata คือ สภาพผิวหนังเป็น ก้อนหรือตุ่มนูนขนาด 0.5 เซนติเมตรขึ้นไป พบ บ่อยบริเวณที่มีแผลเป็น Tendon Xanthomata จะเป็นบริเวณหลังมือ หลังเท้า เอ็นร้อยหวาย 4. Corneal arcus เกิดจากไขมันสะสมที่ตาดำ (Cornea) มีลักษณะเป็นแถบสีขาว ๆ ขอบบนตา ดำ แต่มีช่องว่างแยกชัดจากตาขาว (Sclera) ปกติ Corneal arcus พบได้ใน ผู้สูงอายุที่มีไขมันในเลือดปกติเรียกว่า Arcus Lipoides Senilis 5. Xanthelasma คือ ตุ่ม หรือปื้นวงเล็ก ๆ ที่ เปลือกตาบนของหัวตา เกิดจากการสะสมของ ไขมันใต้ผิวหนังบริเวณรอบตา	-บรรยายประกอบสื่อ -เปิดโอกาสให้ ซักถาม	-สื่อ	-สังเกต ความสนใจ ในการ ซักถาม และการ ตอบ คำถาม

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
	6. Cataracts ต้อกระจกจากภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงพบได้น้อย ส่วนมากจะพบในผู้ที่มีการการรวมอื่น ๆ ที่รุนแรง เช่น Xanthomata ของ Achilles Tendon 7. Rheumatic Symptoms มีการบวมอักเสบของข้อหลายข้อ (Polyarthritis) พบบ่อยที่ข้อเท้า ข้อเข่า ข้อมือ ข้อนิ้วมือ จะมีอาการบวมเจ็บข้อ 1 – 2 ข้อทีเดียว แต่ไม่มีการทำลายข้อหรือเกิดความผิดปกติของข้อ			
6.เจ้าหน้าที่ทราบแนวทางการรักษาที่ถูกต้องได้	<u>แนวทางการรักษา</u> หลักในการรักษาภาวะ Hypercholesterolemia นั้นมีอยู่ 2 ประเภทคือ 1. Nonpharmacologic คือ การให้โภชนบำบัด ซึ่งถือว่าสำคัญที่สุด และจะต้องปฏิบัติอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ จุดประสงค์ของการให้โภชนบำบัด คือ การลดปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลในอาหารลงตลอดจน ให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับพลังงานเหมาะสม และจัดพลังงานส่วนเกินออกไป ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับวิตามินเกลือแร่ และสารอาหารที่จำเป็นอื่น ๆ อย่างเพียงพอด้วย 2 .Pharmacologic คือ การให้ยาลดไขมัน จะพิจารณาใช้ร่วมในการรักษา ถ้าการตอบสนองต่อการรักษาอย่างแรกไม่เป็นที่น่าพอใจ เมื่อเวลาผ่านไปนานพอสมควร	-บรรยายประกอบสื่อ - ชักถามถึงแนวทางการรักษา - สรุปประเด็นสำคัญและเปิดโอกาสให้ซักถาม	- สื่อ	-สังเกตความสนใจในการซักถามและการตอบคำถาม
7.เจ้าหน้าที่บอกวิธีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมภาวะเลสเตอรอลสูงได้	การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโคเลสเตอรอล 1.ควบคุมอาหาร และจำกัดการรับประทานอาหารไขมันควรลดความอ้วน ลดปริมาณอาหารที่มีสารโคเลสเตอรอลหลักเลี้ยงอาหารพวกเครื่องในสัตว์ สมองสัตว์ ตับวัว ตับหมู หนังเป็ดหนังไก่ ไข่แดง ไขมันกระเทียม หอยแครง หอยแมลงภู่ หอยนางรม ปลาหมึก ไข่ปลา ฯลฯ	-บรรยายประกอบสื่อ -ซักถามถึงพฤติกรรม การรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม	- สื่อ	-สังเกตความสนใจในการซักถามและการตอบคำถาม

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
	2.ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นการเพิ่มการเผาผลาญอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งโคเลสเตอรอล และยังช่วยเพิ่มระดับ เฮซทีแอลในเลือด ซึ่งเป็นตัวป้องกันการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง 3.งดสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะทำให้เกิดมะเร็งในปอด เกิดการอักเสบของหลอดเลือด หลอดลมอุดตันเรื้อรังได้ และพบว่าบุหรี่ทำให้เฮซทีแอลในเลือดต่ำลง ซึ่งเป็นผลเสียและบุรี่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดที่สำคัญ 4.ปรึกษาแพทย์ ติดตามผลการปฏิบัติดังกล่าวเพื่อลดระดับโคเลสเตอรอล ซึ่งบางรายอาจต้องใช้ยาช่วยปรับระดับไขมัน ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณา			
8.เจ้าหน้าที่สามารถออกกำลังกายได้ถูกวิธี	<u>การออกกำลังกายเพื่อลดโคเลสเตอรอล</u> เพื่อให้มีผลต่อการเผาผลาญพลังงาน และลดปริมาณไขมันในเลือดนั้น ต้องเป็นการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอมีการต่อเนื่องครั้งละ 20 - 30 นาที อย่างสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง สำหรับการออกกำลังกายที่ดีที่สุดเพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจคือการเดินเร็ว จ็อกกิ้ง เต้นรำ การขี่จักรยาน แต่ถ้าหากคุณมีอาการของโรคหัวใจอยู่แล้วหรือมีอายุมากกว่า 40 ปี ขอแนะนำให้ปรึกษาแพทย์ก่อนว่าควรออกกำลังกายชนิดใดและมากน้อยเพียงไรจึงจะเหมาะสมสำหรับท่าน เพื่อให้แน่ใจว่าจะได้รับประโยชน์อย่างเดียวโดยไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ <u>สรุปประเด็นสำคัญ</u> 1.ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโคเลสเตอรอล 2.กลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโคเลสเตอรอลสูง 3.องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อระดับโคเลสเตอรอล 4.สาเหตุของภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง 5.ผลของภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง 6.แนวทางการรักษา	-บรรยายประกอบสื่อ -สรุปประเด็นสำคัญและเปิดโอกาสให้ซักถาม <u>ขั้นสรุป</u> -สรุปประเด็นที่เรียนมาทั้งหมดและเปิดโอกาสให้ซักถาม	- สื่อ	-สังเกตความสนใจในการซักถามและการตอบคำถาม -สังเกตความสนใจ

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
	7.การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโคเลสเตอรอล 8.การออกกำลังกายเพื่อลดโคเลสเตอรอล			

แผนการสอนสุขศึกษาครั้งที่ 2
เรื่อง
การปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความคาดหวังในผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง
3. เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง

วิธีการ

บรรยายประกอบการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การต้นแอโรบิค

หัวข้อเรื่อง

การปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง ประกอบด้วย

1. สาธิตและฝึกปฏิบัติกิจกรรมออกกำลังกายแบบแอโรบิค
 - 1.1 ขึ้นอบอุ่นร่างกาย
 - 1.2 ขึ้นฝึก
 - 1.3 ขึ้นผ่อนคลาย
2. การให้คำปรึกษารายบุคคล

ระยะเวลา

45 วัน โดยแบ่งเป็น 1 ช่วง คือ ช่วงบ่าย 1 ชั่วโมง ทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 17.00-18.00น และในสัปดาห์ที่ 2 4 6 แบ่งเป็น 1 ช่วง คือ ช่วงบ่าย 1.15 ชั่วโมง ทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 17.00-18.15น

กำหนดการสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 2
โดยการบรรยายประกอบการสาธิต การฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่มและ
การให้คำปรึกษารายบุคคล

- 9.00น. - 9.30น. อภิปรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน จำนวน 3 กลุ่ม ถึงพฤติกรรมการป้องกันภาวะ
 โคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่
- 9.30น. - 11.30น. สาธิตและฝึกปฏิบัติกิจกรรมออกกำลังกายแบบแอโรบิค
1. ขั้นอบอุ่นร่างกาย
 2. ขั้นฝึก
 3. ขั้นผ่อนคลาย
- 11.30น. - 12.00น. ผู้ให้สุขศึกษาสรุปการปฏิบัติต่างๆ ในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง
 และนัดแนะเจ้าหน้าที่ถึงโปรแกรมสุขศึกษาในช่วงบ่าย
- 17.00น. - 18.00น. ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิค
- 18.00น. - 18.15น. การให้คำปรึกษารายบุคคลแก่เจ้าหน้าที่ ในสัปดาห์ที่ 2 4 6

โปรแกรมการออกกำลังกาย
แบบแอโรบิค

โปรแกรมการฝึกเดินแอโรบิค

จังหวัดและทิศทางการเคลื่อนที่

เคลื่อนที่ 1 เซท	=	16 จังหวะดนตรี
OTS	=	On the Spot (อยู่กับที่)
Fwd	=	Forward (ข้างหน้า)
Bwd	=	Backward (ข้างหลัง)
R.	=	Right Side (ทางขวา)
L.	=	Left Side (ทางซ้าย)
180 Turn	=	หมุน 180 องศา

โปรแกรมการฝึกเดินแอโรบิค แบบผสมผสานเป็นช่วง

เซท	ชื่อท่า	การเคลื่อนไหวของขา	การเคลื่อนไหวของแขน	ทิศทาง
	<u>ขึ้นอบอุ่นร่างกาย (7 นาที)</u>			
	<u>บริหารกล้ามเนื้อคอ</u>			
1	ก้มคอ	ยืนแยกเท้าห่างประมาณช่วงไหล่	มือทำวสะเอว	OTS
1	เอียงคอซ้าย - ขวา	เข่าหย่อนเล็กน้อย	“	OTS
	<u>บริหารกล้ามเนื้อหัวไหล่</u>			
1	ยกไหล่ทั้งสองข้างขึ้นลง	ยืนแยกเท้าห่างประมาณช่วงไหล่	แขนทั้งสองข้างอยู่ข้างลำตัว	OTS
1	หมุนไหล่ทั้งสองข้างหน้า - หลัง	เข่าหย่อนเล็กน้อย	“	OTS
	<u>บริหารกล้ามเนื้อด้านข้างลำตัว</u>			
	<u>แขนและขา</u>			
1	ย่อเข่าขวาเหยียดแขนซ้าย	เท้าทั้งสองห่างกันมากกว่าช่วงไหล่	แขนเหยียดชิดศีรษะ	OTS
1	ย่อเข่าซ้ายเหยียดแขนขวา	“	“	OTS
1	ย่อเข่าขวา - ซ้ายสลับเหยียด แขนซ้าย - ขวาสลับ	“	“	OTS
1	ก้มตัว - ย่อเข่า	“	กางแขนทั้งสองข้าง	OTS
1	ย่อเข่ากดไหล่สลับซ้ายขวา	“	มือวางที่หน้าขา	OTS
1	ย่อเข่า (Plee')	แยกเท้าห่างประมาณช่วงไหล่เข่า หย่อนเล็กน้อย	มือทำวสะเอว	OTS
1	ย่อเข่า (Plee')	“	พับแขน - เหยียดแขนท่อนล่าง	OTS
1	ย่อเข่า (Plee')	“	ยกศอกขึ้นด้านข้างระดับไหล่	OTS
1	ย่อเข่า (Plee')	“	ยกศอกมือชิดคาง	OTS
1	ย่อเข่า (Plee')	“	ยกแขนชิดหู	OTS
1	ปลายเท้าแตะพื้นย่อเข่าสลับซ้าย	“	ขกมือทั้งสองสลับขวา - ซ้าย	OTS

เซท	ชื่อท่า	การเคลื่อนไหวของขา	การเคลื่อนไหวของแขน	ทิศ ทาง
	ขวา (Toe touch)			
1	ปลายเท้าแตะพื้นย่อเข่าสลับซ้าย ขวา (Toe touch)	“	เหวี่ยงแขนพับแขนท่อนล่าง	OTS
1	ปลายเท้าแตะพื้นย่อเข่าสลับซ้าย ขวา (Toe touch)	“	เหวี่ยงแขนทั้งสองออก เล็กน้อย	OTS
1	ปลายเท้าแตะพื้นย่อเข่าสลับซ้าย ขวา (Toe touch)	“	ขมมือทั้งสองข้างเหนือศีรษะ แขนชิดศีรษะ	OTS
1	ปลายเท้าแตะพื้นย่อเข่าสลับซ้าย ขวา (Toe touch)	“	ขมมือขวาไปด้านซ้ายขมมือ ซ้ายไปด้านขวา	OTS
	<u>แอโรบิค แบบแรงกระแทกสูง</u> (3 นาที)			
1	วิ่งอยู่กับที่ (Jogging)	วิ่งอยู่กับที่	มือทำวสะแหว	OTS
1	วิ่งอยู่กับที่ (Jogging)	วิ่งอยู่กับที่	เหมือนกระโดดเชือก	OTS
1	วิ่งอยู่กับที่ (Jogging)	วิ่งอยู่กับที่	ยกศอกสลับขึ้น - ลง ด้านหน้า	OTS
1	วิ่งอยู่กับที่ (Jogging)	วิ่งอยู่กับที่	สลับขึ้น - ลง ด้านหน้า	OTS
1	เตะขาด้านหน้า (Forward kick)	เตะสลับซ้ายขวาอยู่กับที่	ขมมือทั้งสองด้านหน้า	OTS
1	เตะขาด้านหน้า (Forward kick)	เตะสลับซ้ายขวาอยู่กับที่	พับแขนทั้งสอง สลับข้าง	OTS
1	เตะขาด้านหน้า (Forward kick)	เตะสลับซ้ายขวาอยู่กับที่	กางแขนข้างหนึ่งพับข้างหนึ่ง	OTS
1	เตะขาด้านหน้า (Forward kick)	เตะสลับซ้ายขวาอยู่กับที่	ยกมือข้างหนึ่งเหนือศีรษะ อีกข้างหนึ่งกาง	OTS
1	เตะขาด้านข้าง (Sideward kick)	เตะชาสลับซ้ายขวา อยู่กับที่	มือแตะท้องกางแขนท่อนล่าง	OTS
1	เตะขาด้านข้าง (Sideward kick)	เตะชาสลับซ้ายขวา อยู่กับที่	ยกศอกด้านหน้าดึงกลับหลัง	OTS
1	เตะขาด้านข้าง (Sideward kick)	เตะชาสลับซ้ายขวา อยู่กับที่	ตั้งศอกข้างหน้าดึงกลับหลัง	OTS
1	เตะขาด้านข้าง (Sideward kick)	เตะชาสลับซ้ายขวา อยู่กับที่	ยกไหล่กางแขน	OTS
1	เตะขาด้านข้าง (Sideward kick)	เตะชาสลับซ้ายขวา อยู่กับที่	ตั้งศอกด้านข้างกางแขน	OTS

เซท	ชื่อท่า	การเคลื่อนไหวของขา	การเคลื่อนไหวของแขน	ทิศ ทาง
	<u>แอโรบิกแบบแรงกระแทกต่ำ</u> <u>1 นาที</u>			
1	การย่ำเท้า (Marching)	ย่ำเท้าอยู่กับที่	แกว่งแขนข้างลำตัว	OTS
1	การย่ำเท้าชิด (Marching In)	ย่ำเท้าอยู่กับที่	ยกไหล่ขึ้นลง	OTS
1	การย่ำเท้าแยก (Marching Out)	ย่ำเท้าอยู่กับที่	ยกมือทั้งสองออกข้างระดับเอว	OTS
1	การย่ำเท้าแยก (Marching Out)	ย่ำเท้าอยู่กับที่	ยกมือทั้งสองออกข้างระดับไหล่	OTS
	<u>แอโรบิก แบบแรงกระแทกสูง</u> <u>(3 นาที)</u>			
1	กระโดดยกเข่า (Knee lift)	ยกเข่าด้านหน้าสลับซ้ายขวา	มือทำวสะเอว	OTS
1	กระโดดยกเข่า (Knee lift)	ยกเข่าด้านหน้าสลับซ้ายขวา	ยกศอกมือชิดคาง	OTS
1	กระโดดยกเข่า (Knee lift)	ยกเข่าด้านหน้าสลับซ้ายขวา	ชกข้างหน้า	OTS
1	กระโดดยกเข่า (Knee lift)	ยกเข่าด้านหน้าสลับซ้ายขวา	ชกบนเหนือไหล่	OTS
1	กระโดดยกส้นเท้า (Leg-Curl)	ยกส้นเท้าไปด้านหลัง	มือทำวสะเอว	OTS
1	กระโดดยกส้นเท้า (Leg-Curl)	ยกส้นเท้าไปด้านหลัง	พับแขนขึ้นลงด้านหน้า	OTS
1	กระโดดยกส้นเท้า (Leg-Curl)	ยกส้นเท้าไปด้านหลัง	ตั้งศอกข้างหน้าดึงไปข้างหลัง	OTS
1	กระโดดยกส้นเท้า (Leg-Curl)	ยกส้นเท้าไปด้านหลัง	มือเหนือไหล่ดึงศอกลงหาเอว	OTS
1	กระโดดยกเข่า 2 ครั้ง (Double Knee lift)	ยกเข่า 2 ครั้ง สลับซ้ายขวา	ชกด้านหน้า 2 ครั้ง	OTS
1	กระโดดยกเข่า 2 ครั้ง	ยกเข่า 2 ครั้ง สลับซ้ายขวา	ชกด้านบน 2 ครั้ง	OTS
1	กระโดดยกเข่า 2 ครั้ง	ยกส้นเท้า 2 ครั้ง สลับซ้ายขวา	ชกแขนข้างเดียวกับขาขึ้นบน	OTS
1	กระโดดยกส้นเท้า 2 ครั้ง (Double Leg - Curl)	ยกส้นเท้า 2 ครั้ง สลับซ้ายขวา	พับแขนขึ้นลงด้านหน้า 2 ครั้ง	OTS
1	กระโดดยกส้นเท้า 2 ครั้ง (Double Leg - Curl)	ยกส้นเท้า 2 ครั้ง สลับซ้ายขวา	ตั้งศอกข้างหน้าดึงไปข้างหลัง 2 ครั้ง	OTS

เซท	ชื่อท่า	การเคลื่อนไหวของขา	การเคลื่อนไหวของแขน	ทิศ ทาง
1	กระโดดยกส้นเท้า 2 ครั้ง (Double Leg - Curl) <u>แอโรบิค แบบแรงกระแทกต่ำ</u> (1 นาที)	ยกส้นเท้า 2 ครั้ง สลับซ้ายขวา	มือเหนือไหล่ดึงศอกลงหาเอว 2 ครั้ง	OTS
1	ก้าวชิด (Step - Touch)	ก้าว-ชิด อยู่กับที่	มือทำวงสะเอว	OTS
1	ก้าวชิด (Step - Touch)	ก้าว-ชิด อยู่กับที่	พับแขนท่อนล่างขึ้นลง	OTS
1	ก้าวชิด (Step - Touch)	ก้าว-ชิด อยู่กับที่	ตั้งศอกเหยียดแขนไปข้างหน้า	OTS
1	ก้าวชิด (Step - Touch)	ก้าว-ชิด อยู่กับที่	ตั้งศอกถึงลงหาลำตัว	OTS
1	ก้าวชิด (Step - Touch)	ก้าว-ชิด อยู่กับที่	ยกศอกมือชิดคางดันลง	OTS
1	ก้าวชิด (Step - Touch)	ก้าว-ชิด อยู่กับที่	ซกทั้งสองมือไปด้านหน้า	OTS
1	ก้าวชิด (Step - Touch) <u>แอโรบิค แบบแรงกระแทกสูง</u> (3 นาที)	ก้าว-ชิด อยู่กับที่	ซกมือทั้งสองข้างเหนือศีรษะ	OTS
2	ทวิส (Twist)	กระโดดบิดปลายเท้าไปซ้าย - ขวา	ยกศอกแกว่งแขนด้านล่าง	OTS
2	ทวิส (Twist)	กระโดดบิดปลายเท้าไปซ้าย - ขวา	ยกศอกแกว่งแขนด้านหน้า	OTS
2	ทวิส (Twist)	กระโดดบิดปลายเท้าไปซ้าย - ขวา	ยกศอกแกว่งแขนด้านบน	OTS
2	ทวิส (Twist) <u>แอโรบิค แบบแรงกระแทกต่ำ</u> (1 นาที)	กระโดดบิดปลายเท้าไปซ้าย - ขวา	เหวี่ยงแขนด้านล่าง	OTS
2	ก้าว-ชิดไปหน้า-ถอยหลัง (Step touch forward - backward)	ก้าว - ชิด ไปหน้า - ถอยหลัง	มือทำวงสะเอว	OTS
2	ก้าว-ชิดไปหน้า-ถอยหลัง (Step touch forward - backward)	ก้าว - ชิด ไปหน้า - ถอยหลัง	ยกศอกขึ้น - ลงด้านข้างระดับ ไหล่ทางเดียวกันกับขาที่ก้าว	OTS
2	ก้าว-ชิดไปหน้า-ถอยหลัง (Step touch forward - backward)	ก้าว - ชิด ไปหน้า - ถอยหลัง	ยกมือขึ้น - ลงเหนือศีรษะข้าง เดียวกับขา	OTS

เซท	ชื่อท่า	การเคลื่อนไหวของขา	การเคลื่อนไหวของแขน	ทิศ ทาง
2	ก้าว-ชิดไปหน้า-ถอยหลัง (Step touch forward - backward)	ก้าว - ชิด ไปหน้า - ถอยหลัง	ยกสองมือขึ้น - ลงเหนือศีรษะ	OTS
2	ก้าว-ชิดไปหน้า-ถอยหลัง (Step touch forward - backward) <u>แอโรบิค แบบแรงกระแทกสูง</u> (3 นาที)	ก้าว - ชิด ไปหน้า - ถอยหลัง	ยกศอกสองข้างขึ้น - ลงระดับไหล่	OTS
1	เพนดูลัม (Pendulum)	กระโดดเหวี่ยงขาไป ซ้าย - ขวา	มือทำวสะเอว	OTS
1	เพนดูลัม (Pendulum)	กระโดดเหวี่ยงขาไป ซ้าย - ขวา	ยกศอกกว้างแขนด้านล่าง	OTS
1	เพนดูลัม (Pendulum)	กระโดดเหวี่ยงขาไป ซ้าย - ขวา	ยกศอกกว้างแขนด้านหน้า	OTS
1	เพนดูลัม (Pendulum)	กระโดดเหวี่ยงขาไป ซ้าย - ขวา	ยกศอกกว้างแขนด้านบน	OTS
1	เพนดูลัม 2 จังหวะ (Pendulum)	กระโดดเหวี่ยงขาไปด้านข้าง ซ้าย - ขวา 2 จังหวะ	กางแขนดึงศอกเข้าหาตัว	OTS
1	เพนดูลัม 2 จังหวะ (Pendulum) <u>แอโรบิค แบบแรงกระแทกต่ำ</u> (1 นาที)	กระโดดเหวี่ยงขาไปด้านข้าง ซ้าย - ขวา 2 จังหวะ	ยกศอกขึ้นลง (ท่าตีปิก)	OTS
1	การเดินแบบตัววี (V - Step) ขวา	ทำอยู่กับที่	มือทำวสะเอว	OTS
1	การเดินแบบตัววี (V - Step) ขวา	ทำอยู่กับที่	ดันมือทั้งสองระดับเอว	OTS
1	การเดินแบบตัววี (V - Step) ขวา	ทำอยู่กับที่	ดันมือทั้งสองระดับไหล่	OTS
1	การเดินแบบตัววี (V - Step) ขวา	ทำอยู่กับที่	ยกมือขึ้นเหนือศีรษะ	OTS
1	การเดินแบบตัววี (V - Step) ขวา	ทำอยู่กับที่	ยกมือเหนือศีรษะที่ละข้าง	OTS
1	การเดินแบบตัววี (V - Step) ขวา	ทำอยู่กับที่	กางแขนระดับไหล่ที่ละข้าง	OTS
1	การเดินแบบตัววี (V - Step) ขวา	ทำอยู่กับที่	มือทำวสะเอว	OTS
1	การเดินแบบตัววี (V - Step) ขวา	ทำอยู่กับที่	ยกมือทั้งสองระดับเอว	OTS
1	การเดินแบบตัววี (V - Step) ขวา	ทำอยู่กับที่	ยกมือทั้งสองระดับไหล่	OTS

เซท	ชื่อท่า	การเคลื่อนไหวของขา	การเคลื่อนไหวของแขน	ทิศ ทาง
1	การเดินแบบตัววี (V - Step) ขวา	ทำอยู่กับที่	ยกมือขึ้นเหนือศีรษะ	OTS
1	การเดินแบบตัววี (V - Step) ขวา	ทำอยู่กับที่	ยกมือเหนือศีรษะที่ละข้าง	OTS
1	การเดินแบบตัววี (V - Step) ขวา	ทำอยู่กับที่	กางแขนระดับไหล่ที่ละข้าง	OTS
<u>แอโรบิค แบบแรงกระแทกสูง</u> (3 นาที)				
1	กระโดดแยกขา (Jumping Jack)	กระโดดแยกขาอยู่กับที่	กางแขนทั้งสองข้าง	OTS
1	กระโดดแยกขา (Jumping Jack)	กระโดดแยกขาอยู่กับที่	ยกมือทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ	OTS
1	กระโดดแยกขา 2 จังหวะ (Jumping Jack)	กระโดดแยกขาอยู่กับที่	ยกศอกระดับไหล่	OTS
1	กระโดดแยกขา 2 จังหวะ	กระโดดเท้าชิด 2 แยกขา 2 ครั้ง	ยกศอกระดับไหล่	OTS
1	กระโดดสกี (Ski Jump)	กระโดดเท้าคู่ไปด้านซ้าย - ขวา	กางแขนทั้งสองข้าง	R.L.
1	กระโดดสกี (Ski Jump)	กระโดดเท้าคู่ไปด้านซ้าย - ขวา	ยกไหล่	R.L.
1	กระโดดสกี (Ski Jump)	กระโดดเท้าคู่ไปด้านซ้าย - ขวา	ยกศอกกว้างแขนด้านล่าง	R.L.
1	กระโดดสกี (Ski Jump)	กระโดดเท้าคู่ไปด้านซ้าย - ขวา	ยกศอกกว้างแขนด้านหน้า	R.L.
1	กระโดดสกี (Ski Jump)	กระโดดเท้าคู่ไปด้านซ้าย - ขวา	ยกศอกกว้างแขนด้านบน	R.L.
1	กระโดดสกี (Ski Jump)	กระโดดเท้าคู่ไปด้านซ้าย - ขวา	เหวี่ยงแขนด้านล่าง ดันมือขึ้น ลงหน้า - หลัง	Fwd- Bwd
<u>แอโรบิค แบบแรงกระแทกต่ำ</u> (1 นาที)				
2	การเดินแบบตัวยู (U - Turn) สลับซ้ายขวา	เดินหมุนตัว เท้าแตะด้านหน้า	พับแขนขึ้นลง	180- turn
2	การเดินแบบตัวยู (U - Turn) สลับซ้ายขวา	เดินหมุนตัว เท้าแตะด้านหน้า	ยกสองมือด้านหน้า	180- turn

เซท	ชื่อท่า	การเคลื่อนไหวของขา	การเคลื่อนไหวของแขน	ทิศทาง
2	การเดินแบบตัวยู (U - Turn) สลับซ้ายขวา	เดินหมุนตัว เท้าแตะด้านหน้า	ขกมือเดียวด้านหน้า	180- turn
2	การเดินแบบตัวยู (U - Turn) สลับซ้ายขวา <u>แอโรบิค แบบแรงกระแทกสูง</u> (3 นาที)	เดินหมุนตัว เท้าแตะด้านหน้า	ตั้งศอกกางแขน	180- turn
1	วิ่งอยู่กับที่ (Jogging)	วิ่งอยู่กับที่	มือทำวงสแคว	OTS
4	วิ่งอยู่กับที่ (Jogging)	วิ่งอยู่กับที่	หมุนแขนเหมือนกระโดดเชือก	OTS
4	วิ่งอยู่กับที่ (Jogging)	วิ่งอยู่กับที่	ยกศอกสลับขึ้นลงด้านหน้า	OTS
4	วิ่งอยู่กับที่ (Jogging) <u>แอโรบิค แบบแรงกระแทกต่ำ</u> (1 นาที)	วิ่งอยู่กับที่	สลับขึ้น-ลงด้านหน้า	OTS
1	ก้าว-ชิด-ก้าว-แตะ (Grapevine)	ก้าวชิดด้านข้าง ไป-กลับ	มือทำวงสแคว	R.L.
1	ก้าว-ชิด-ก้าว-แตะ (Grapevine)	ก้าวชิดด้านข้าง ไป-กลับ	พับแขนขึ้นลงด้านหน้า	R.L.
1	ก้าว-ชิด-ก้าว-แตะ (Grapevine)	ก้าวชิดด้านข้าง ไป-กลับ	ยกศอกขึ้นดันมือจากคางลง	R.L.
1	ก้าว-ชิด-ก้าว-แตะ (Grapevine)	ก้าวชิดด้านข้าง ไป-กลับ	ตั้งศอกข้างหน้าเหยียดแขน	R.L.
1	ก้าว-ไขว้หลัง-ก้าว-แตะ (Grapevine)	ก้าวชิดด้านข้าง ไป-กลับ	ยกศอกทั้งสองขึ้นระดับไหล่	R.L.
1	ก้าว-ไขว้หลัง-ก้าว-แตะ (Grapevine) <u>แอโรบิค แบบแรงกระแทกสูง</u> (3 นาที)	ก้าวชิดด้านข้าง ไป-กลับ	ยกมือเหนือศีรษะ-ตั้งศอก	R.L.
2	กระโดดสไตรด์ 2 จังหวะ (Stride)	กระโดดแยกขาหน้า - หลัง 2 จังหวะ	งอแขนยกศอกขึ้นลง	OTS
2	กระโดดสตาร์ (Star Jump)	กระโดดแยกขา ถ่ายน้ำหนักตัว	เหยียด - งอแขน สลับข้าง	OTS
2	กระโดดสตาร์ (Star Jump)	กระโดดแยกขา ถ่ายน้ำหนักตัว	เหยียดแขน ตั้งศอก สลับข้าง	OTS

เซท	ชื่อท่า	การเคลื่อนไหวของขา	การเคลื่อนไหวของแขน	ทิศทาง
2	กระโดดสไลด์ (Slide)	กระโดดสไลด์ซ้าย-ขวา	งอ-เหยียดแขนท่อนล่าง	R.L.
2	กระโดดสไลด์ (Slide)	กระโดดสไลด์ซ้าย-ขวา	กางแขนทั้งสองข้าง	R.L.
2	กระโดดสไลด์ (Slide)	กระโดดสไลด์ซ้าย-ขวา	ยกมือแขนแนบศีรษะ	R.L.
2	กระโดดสไลด์ก้าวแตะ 3 จังหวะ (Slide Step touch 3)	กระโดดสไลด์ซ้าย-ขวาก้าวแตะสลับ 3 ครั้ง	งอ-เหยียดแขนท่อนล่าง	R.L.
2	กระโดดสไลด์ยกเข่าสลับ 3 จังหวะ (Slide Knee Lift 3)	กระโดดสไลด์ซ้าย-ขวายกเข่าสลับ 3 ครั้ง	กางแขนลอดศอกลงหาเข่า	R.L.
2	กระโดดสไลด์ยกส้นเท้าสลับ 3 จังหวะ (Slide Leg Curl 3)	กระโดดสไลด์ซ้าย-ขวายกส้นเท้าสลับ 3 ครั้ง	ตั้งศอกกางแขนระดับไหล่	R.L.
2	กระโดดสไลด์บิดตัวเป็นรูปตัว L ยกเข่าสลับ 3 จังหวะ (Slide Knee Lift L3)	กระโดดสไลด์ซ้าย - ขวามัดตัวเป็นรูปตัว L ยกเข่าสลับ 3 ครั้ง	ซอกหมัดทั้งสองขึ้นด้านบนแขนทั้งสองแนบข้างศีรษะ	R.L.
2	กระโดดสไลด์บิดตัวเป็นรูปตัว L ยกส้นเท้าสลับ 3 จังหวะ (Slide Leg Curl L3)	กระโดดสไลด์ซ้าย - ขวามัดตัวเป็นรูปตัว L ยกส้นเท้าสลับ 3 ครั้ง	เหยียดแขนขึ้นด้านบน งอศอกระดับไหล่	R.L.
	<u>แอโรบิค แบบแรงกระแทกต่ำ (1 นาที)</u>			
1	เดินหน้า - ถอยหลัง (Walk forward - backward)	เดินหน้า - ถอยหลัง	พับแขนขึ้น - ลงด้านหน้า	Fwd-Bwd
1	เดินหน้า - ถอยหลัง เตะหน้า	เดินหน้า 3 แล้ว เตะถอยหลัง 3 แล้วเตะ	ซอกสองมือข้างหน้า	Fwd-Bwd
1	เดินหน้า - ถอยหลัง เตะหน้า	เดินหน้า 3 แล้วยกเข่าข้างหน้า ถอยหลัง 3 แล้วยกเข่าข้างหน้า	ซอกสองมือข้างหน้า	Fwd-Bwd
1	เดินหน้า - ถอยหลัง เตะหน้า	เดินหน้า 3 แล้วยกเข่าด้านหน้า ถอยหลัง 3 แล้วยกเข่าด้านหน้า	ซอกสองมือเหนือศีรษะ	Fwd-Bwd
1	เดินหน้า - ถอยหลัง เตะหน้า	เดินหน้า 3 แล้วยกเข่าด้านข้าง ถอยหลัง 3 แล้วยกเข่าด้านข้าง	ตั้งศอกลงหาเข่า	Fwd-Bwd

เซท	ชื่อท่า	การเคลื่อนไหวของขา	การเคลื่อนไหวของแขน	ทิศ ทาง
	<u>บริหารเฉพาะส่วน 10 นาที</u> (Floor work) <u>บริหารกล้ามเนื้อขาและสะโพก</u>			
1	1. เตะขาขึ้นลงทีละข้าง	เหยียดขาเตะขึ้นลงอีกข้างตั้งเข้า	นั่งเอนตัวไปด้านหลังศอกวาง กับพื้นข้างลำตัว	OTS
1	2. เตะขาขึ้นลงสลับขวา-ซ้าย	เหยียดขาเตะขึ้นลงสลับขวาซ้าย		OTS
1	3. ท่าปั่นจักรยาน	ดึงเข้าเข้าหาอกพับขาแล้วเหยียด ออก สลับซ้าย-ขวา		OTS
1	4. นอนตะแคงยกขาด้านบน สลับขวา - ซ้าย	ขาล่างงอเข้าขาบนเหยียดยกพื้นลง	แขนด้านล่างเหยียดขึ้นเหนือ ศีรษะ	OTS
1	5. นอนตะแคงยกขาด้านล่าง สลับขวา - ซ้าย	ขาล่างเหยียดยกขึ้นลง ขาบนตั้งเข้า หลังขาล่าง	แขนด้านล่างเหยียดขึ้นเหนือ ศีรษะ	OTS
	<u>บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง</u>			
1	1. นอนหงายมือแตะเข้า	ตั้งเข้าทั้งสองข้าง	เหยียดแขนทั้งสองเหนือท้อง	OTS
1	2. นอนหงายมือซ้ายแตะเข้า ขวามือขวาแตะเข้าซ้าย	ตั้งเข้าทั้งสองข้าง	ยกตัวมือขวาแตะเข้าซ้ายมือ ซ้ายแตะเข้าขวา	OTS
1	3. นอนหงายยกขาทั้งสองข้าง ยกศีรษะเข้าใกล้เข้า	ยกขาทั้งสองข้างขึ้นด้านบนงอเข้า เล็กน้อย	กางศอกมือทั้งสองแตะที่ ท้ายทอย	OTS
1	4. นอนหงายตั้งเข่ายกศอกแตะ เข้าสลับข้าง	ตั้งเข้าข้างหนึ่งขาอีกข้างบริเวณข้อ เท้าวางบนเข่าที่ตั้ง	แขนข้างหนึ่งเหยียดออกอีกข้าง กางศอกมือแตะท้ายทอย	OTS
1	5. นอนตะแคงงอขายกไหล่สลับ ขวา - ซ้าย <u>การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ</u> (Stretch) <u>บริหารความอ่อนตัวแบบ</u> <u>เคลื่อนไหวที่ (Dynamic Stretch)</u>	งอขาทั้งสองข้าง	งอแขนทั้งสองเข้าหาอก	OTS

เซท	ชื่อท่า	การเคลื่อนไหวของขา	การเคลื่อนไหวของแขน	ทิศ ทาง
	1. นิ่งก้มแตะปลายเท้าแล้วยก มือเหนือศีรษะ	ขาทั้งสองข้างเหยียดไปข้างหน้า	มือทั้งสองแตะปลายเท้าแล้ว ยกขึ้นเหนือศีรษะ	OTS
	2. นิ่งก้มแตะปลายเท้ากางแขน	ขาทั้งสองข้างเหยียดไปข้างหน้า	มือทั้งสองแตะปลายเท้าแล้ว กางแขนระดับไหล่	OTS
	3. นิ่งก้มแตะปลายเท้ายกแขน ปิดตัว	ขาทั้งสองข้างเหยียดไปข้างหน้า	มือทั้งสองแตะปลายเท้าแล้ว ยกระดับคาง ปิดตัว	OTS
	<u>บริหารความอ่อนตัวแบบไม่ เคลื่อนที่ (Static Stretch)</u>			
	1. นิ่งเหยียดขาด้านข้าง งอขา เอียงตัวสลับขวา - ซ้าย	ขาหนึ่งข้างเหยียดออก อีกข้างงอ เข้าหาตัว	มือข้างขาเหยียดจับปลายเท้า มือข้างขาอเหยียดแขนชิดหู	OTS
	2. นิ่งเหยียดขาข้างหน้างอเข้า ปิดตัว	ขาหนึ่งข้างเหยียดออก อีกข้างงอ ไขว้ เข้าหาตัวปิดตัวไปตามเข็มนาฬิกา	มือทั้งสองข้างวางกับพื้นด้าน เข้าที่งอ	OTS
	3. ยืนเหยียดขา งอขา สลับ	ขาหนึ่งข้างเหยียดไปข้างหน้าเปิดฝ่า เท้า อีกหนึ่งข้างงอ	มือทั้งสองข้างวางบนเข่าที่งอ	OTS
	4. ยืนยกส้นเท้า	เท้าทั้งสองข้างเกือบชิดกันยกส้นเท้า ขึ้นลง ยืนด้วยปลายเท้า	มือทั้งสองประสานกันเหนือ ศีรษะ	OTS

หมายเหตุ การเพิ่มความหนักของงาน (Intensity) โดยการเพิ่มระยะเวลาในช่วงแอโรบิค

แบบแรงกระแทกสูง และเพิ่มความเร็วของจังหวะดนตรี

ภาคผนวก ง

ภาพกิจกรรมการดำเนินโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส



การบรรยายวิชาการเรื่อง การป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง



การทำกิจกรรมอภิปรายกลุ่ม



บอร์ดิซกาการ เรื่องการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูง



สาธิตและฝึกปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิค



การให้คำปรึกษารายบุคคล



เจ้าหน้าที่ที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา (กลุ่มควบคุม)



เจ้าหน้าที่ที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา (กลุ่มทดลอง)

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวจันทิรา กวติภา
วันเดือนปีเกิด	5 เมษายน 2519
สถานที่เกิด	อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	665 โรงพยาบาลหัวเฉียว ถนนบำรุงเมือง เขตป้อมปราบ กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลประจำการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	แผนกศูนย์ตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2532	ประถมศึกษา จากโรงเรียนชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์
พ.ศ. 2538	มัธยมศึกษา จากโรงเรียนชุมพลวิทยาสรรค์ จังหวัดสุรินทร์
พ.ศ. 2542	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสมุทรปราการ
พ.ศ. 2549	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร