

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

กฤษฎาพร แสงทรัพย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

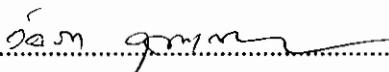
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

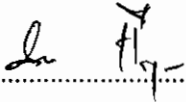
พฤศจิกายน 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

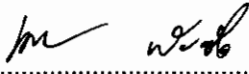
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ กฤษฎาภร แสงทรัพย์ จบปีนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

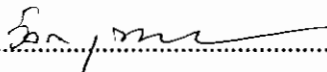
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

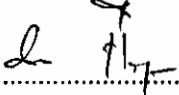

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)



..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริดิยุดวงค์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

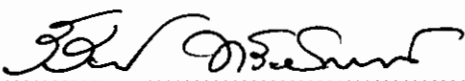

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปี้ยชื้อ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริดิยุดวงค์)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

คณะพยาบาลศาสตร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

วันที่ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2556

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา
จากมหาวิทยาลัยบูรพา
ครั้งที่ 1 ปีการศึกษา 2555

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความตั้งใจ ความมุ่งมั่นของผู้วิจัย และได้รับกำลังใจ และความกรุณาอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ ซึ่งเป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิรติคุณวงศ์ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาในการให้ความรู้ และคำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนทุ่มเทเวลาอันมีค่าในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ทุกขั้นตอนอย่างละเอียดถี่ถ้วน ด้วยความเอาใจใส่ และคอยติดตามด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและ รู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาและความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ผู้จัดการส่วนทรัพยากรอาวุโส ที่ช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาต่อ ตลอดถึงอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลจนเสร็จสิ้นอย่างสมบูรณ์

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสมโรย คุณแม่คำใส สมเงิน ที่เป็นกำลังใจ และสอนให้มีความอดทน ขยันและพากเพียร และให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน แก่ผู้วิจัย เสมอมา ขอขอบพระคุณคุณวราภรณ์ แสงทรัพย์ ที่เป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จ รวมทั้งขอขอบคุณ พี่โสภกา หมู่ศิริ และเพื่อนร่วมรุ่น สำหรับกำลังใจ และความช่วยเหลือ ความรัก และความเอื้ออาทรที่มีต่อกันตลอดช่วงระยะเวลาในการศึกษา

คุณประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตา แด่บุพการี บुरพจารย์ และผู้มีพระคุณทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จในชีวิตมาจนตราบเท่าทุกวันนี้ และขอให้วิจัยฉบับนี้เป็นประโยชน์กับผู้ร่วมวิชาชีพ ที่จะไปพัฒนาคุณภาพการดูแลพฤติกรรมกรรบริ โภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

กฤษฎาพร แสงทรัพย์

52920241: สาขา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย/ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

กฤษฎาพร แสงทรัพย์: ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (FACTORS PREDICTING FOOD CONSUMPTION BEHAVIORS OF PERSONS WITH DYSLIPIDEMIA) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด., ภาวนา กิรติสุขวงศ์, ปร.ด. 107 หน้า. ปี พ.ศ. 2556.

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 330 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็น แบบสอบถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80, .94, .88, .91, .80 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรู้ของการบริโภคอาหาร ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ สูตรคูเคอร์-ริชาร์ดสัน เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 37.2$, $SD = 6.76$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารประเภทผักและผลไม้มากที่สุด ($Mean \% = 56$, $SD = 0.91$) และมีการบริโภคอาหารประเภทของหวาน และเครื่องดื่มน้อยที่สุด ($Mean \% = 32.25$, $SD = 2.89$)

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ($Beta = .51$, $p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร ($Beta = -.11$, $p < .05$) โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ร้อยละ 24.9 ($R^2 = .249$, $p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและนักวิจัย ควรนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพัฒนารูปแบบ หรือวิธีการในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และลดการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร

52920241: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: FACTOR PREDICTING/ FOOD CONSUMPTION BEHAVIORS/
DYSLIPIDEMIA

KRITCHAPASORN SAWANGSAP: FACTORS PREDICTING FOOD CONSUMPTION BEHAVIORS OF PERSONS WITH DYSLIPIDEMIA. ADVISORY COMMITTEE: WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D., PAWANA KEERATIYUTAWONG, Ph.D. 107 P. 2013.

The purposes of this predicting correlational research were to examine food consumption behaviors and factor predicting of food consumption behaviors among persons with dyslipidemia. Systematic random sampling technique was used to select 330 persons with dyslipidemia who received service from Out Patient Department of at PhyathaiSriracha Hospital, Chon Buri province. The instruments consisted of questionnaires to capture data regarding food consumption behaviors, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers. The reliabilities of these questionnaires using Cronbach's Alpha Coefficient were .80, .94,.88,.91 and .80, respectively. The reliability regarding knowledge of food consumption using Kuder - Richardson 20 was .81. Descriptive statistics, Pearson's Product Moment Correlation, and Stepwise Multiple Regression were employed to analyze these data. The results revealed that:

1. The mean score of overall food consumption behaviors was in the moderate level ($M = 37.2$, $SD = 6.76$). In consideration of each dimension, vegetable and fruit was mostly consumed ($Mean \% = 56$, $SD = 0.91$) Whereas dessert and beverage was consumed at least ($Mean \% = 32.25$, $SD = 2.89$)

2. The factors that could predicted food consumption behaviors in persons with dyslipidemia included perceived benefits ($Beta = .51$, $p < .001$), and perceived barriers ($Beta = -.11$, $p < .05$). Total variance accounting for the food consumption behaviors in persons with dyslipidemia was 24.9 percent ($R^2 = .249$, $p < .001$)

These findings suggested that nurses and researchers could use this study results as baseline data for the development of program aimed at promoting food consumption behaviors in persons with dyslipidemia, particularly by enhancing their perceived benefits and lowering their perceived barriers.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
สมมติฐานของการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน.....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	11
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
ความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด.....	15
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia).....	18
พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ.....	28
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	31
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ.....	34
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	49
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
4 ผลการวิจัย.....	53
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	54
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างจำแนกราย ด้านและโดยรวม.....	57
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้าน และโดยรวม.....	58
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวม.....	59
ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้เรื่องการบริโภค อาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง.....	59
ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สมการถดถอยแบบขั้นต่อน (Stepwise Multiple Regression Analysis).....	61
5 สรุปและอภิปรายผล.....	64
สรุปผลการวิจัย.....	64
การอภิปรายผลการวิจัย.....	66
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	71
บรรณานุกรม.....	73
ภาคผนวก.....	81
ภาคผนวก ก.....	82
ภาคผนวก ข.....	84
ภาคผนวก ค.....	97
ภาคผนวก ง.....	101
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	107

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ 20
2	เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ..... 22
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล..... 54
4	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ และระดับของพฤติกรรม การบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านและโดยรวม..... 57
5	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้าน และโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง..... 58
6	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้เกี่ยวกับการบริโภค อาหารของกลุ่มตัวอย่าง..... 59
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง..... 60
8	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือด ผิดปกติ..... 62

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	11
2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย	33

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) เป็นสาเหตุที่สำคัญของปัญหาทางด้านสุขภาพที่ทวีความรุนแรงไปทั่วโลก (Smith, 2007) ปัจจุบัน สถิติประชากร 1 พันล้านคนมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติถึง 350 ล้านคน และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เสียชีวิตถึง 4.4 ล้านคน หรือร้อยละ 7.9 ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2011) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ทั้งประเทศมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 16.2 หรือ 35.7 ล้านคนมีระดับ Total cholesterol (TC) สูงมากกว่า 240 มก/ดล.ขึ้นไป และร้อยละ 25.3 มีระดับ Low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C) สูงมากกว่า 160 มก/ดล.ขึ้นไป (Lloyd-Jones et al., 2010) สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจพบว่าในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาพบประชากรในวัยผู้ใหญ่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบว่า ระดับ Total cholesterol สูงขึ้นร้อยละ 31-72 ระดับ Triglyceride (TG) สูงขึ้นร้อยละ 20-43 ระดับ LDL-C สูงขึ้นร้อยละ 11-67 และระดับ High density lipoprotein-cholesterol (HDL-C) ต่ำร้อยละ 4-14 (Lohsoonthorn, Lertmaharit, & Williams, 2007; Nillakupt et al., 2005; Pongchaiyakul, Pongchaiyakul, & Pratipanawatr, 2005)

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 พบว่าประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีระดับไขมัน TC มากกว่า 240 มก/ดล. ขึ้นไป พบความชุกในผู้หญิงร้อยละ 17.1 และผู้ชายร้อยละ 13.7 ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าความชุกเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยพบว่า ครึ่งหนึ่งของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีระดับไขมัน TC มากกว่า 200 มก/ดล. ขึ้นไป โดยรวมทั้งประเทศมีความชุกของระดับไขมันมีจำนวนร้อยละ 50.9 โดยพบความชุกของระดับไขมันในผู้หญิงสูงถึงร้อยละ 51.1 และความชุกของระดับไขมันในผู้ชาย สูงถึงร้อยละ 46.5 ตามลำดับ และพบว่าร้อยละ 19.4 ของประชากรไทยที่อายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีระดับไขมัน TC มากกว่า 240 มก/ดล. ขึ้นไป โดยเพิ่มจากร้อยละ 17.1 เป็น 21.4 ในผู้หญิง และเพิ่มจากร้อยละ 13.7 เป็น 17.1 ในผู้ชายตามลำดับ และเมื่อพิจารณาตามภูมิภาคพบว่า กรุงเทพฯ และภาคกลางมีความชุกมากที่สุดคือ ร้อยละ 25.5 และ 25.1 รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคเหนือ และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบร้อยละ 24.5 14.7 และ 13.8 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2553)

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ หมายถึงการที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดแตกต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม ได้แก่ ระดับคอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูงมากกว่า 200 มก/ดล. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงมากกว่า 150มก/ดล. ระดับ LDL- C ในเลือดสูงมากกว่า 130 มก/ดล. และระดับ HDL- C ในเลือดต่ำกว่า 40 มก/ดล. (พึงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2546; National Cholesterol Education Program [NCEP], 2001) เมื่อร่างกายมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและด้านเศรษฐกิจดังต่อไปนี้

ด้านร่างกาย พบว่าระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ เป็นภาวะที่เสี่ยง ทำให้เกิดพยาธิสภาพบริเวณผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง (Intima) เมื่อระดับไขมันสะสมเป็นระยะเวลาานาน จะเกิดแคลเซียมไปสะสมบริเวณหลอดเลือดส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัวและจะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น หลอดเลือดเกิดการตีบแคบเนื่องจากมีไขมันไปขัดขวางการไหลเวียนของเลือด ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ กับความต้องการ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543) ด้วยพยาธิสภาพดังกล่าว องค์การอนามัยโลกได้ประเมินไว้ว่า ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 18 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 56 และจะมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี (WHO, 2002) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอีกด้วย (Genest et al., 2009; Lloyd-Jones et al., 2010; NCEP, 2001; Smith, 2007) จากการศึกษายังพบว่า ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือด TC \geq 230 มก/ดล. จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น 2 เท่าของผู้ที่มีระดับไขมันในเลือด 180 มก/ดล. ส่วนผู้ที่มีระดับไขมันในเลือด 300 มก/ดล. จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจล้มเหลว 4 เท่า (Katch, Katch, & McArdle, 2006 อ้างถึงใน นลินี แข็งสารกิจ, 2551)

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา พบค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีค่าสูงถึง 13 ล้านบาท/ปี (Smith, 2007) สำหรับประเทศไทยได้ใช้ยา Lipitor ในการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ ซึ่งมีมูลค่าสูงถึง 2,065 ล้านบาทต่อปี และในปี พ.ศ. 2552-2553 กลุ่มยาที่ใช้สำหรับการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ก็เป็นยากลุ่มแรกที่มีการเบิกจ่ายมากที่สุดคือ 1,500 ล้านบาทต่อปี (สำฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2554) ซึ่งนับว่าเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาล ทั้งที่ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถจะแก้ไข ควบคุม และป้องกัน ได้ (Whitham, 2006)

แนวทางการป้องกันและควบคุมระดับไขมันในเลือดผิดปกติสามารถทำได้ 2 วิธี (NCEP, 2001) คือรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา (Non-pharmacologic intervention) ได้แก่ การใช้โภชนบำบัด ซึ่งเป็นหัวใจหลักที่สำคัญ และมักใช้เป็นแนวทางแรกในการรักษาผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Whitham, 2006) โดยจะมีการควบคุมการรับประทานอาหารให้ถูกต้องและ

เหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณจึงจะช่วยลดระดับไขมันในเลือดได้ โดยจะใช้ระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ก็จะเห็นผล (ปรีชา ลีพกุล, บรรหาร กอนันตกุล, เจริญทัศน์ จินตเสรี, รพีพล ภูษธร ณ อยุรยา และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2546) และถ้าสามารถรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันลดลง เป็นเวลานานกว่า 2 ปี จะสามารถลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Hooper et al., 2001) วิธีที่สอง คือการใช้ยาลดไขมัน (Lipid lowering agents) จะใช้ภายหลังจากที่ได้มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว 3-6 เดือน และระดับไขมันในเลือดไม่ลดลง ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า สาเหตุสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่มิภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ไม่สามารถควบคุมระดับไขมันให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้ คือการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการขาดการออกกำลังกาย (ปรีชา ลีพกุล และคณะ, 2546; พิงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545; Fritsch, Montpellier, & Kussman, 2009)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลที่ทำอยู่เป็นประจำในการรับประทานอาหาร ซึ่งถ้าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ได้รับสารอาหารมากเกินไปจนเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคความดันโลหิตสูง ตามมา (ศิริลักษณ์ สิ้นชวาลัย, 2544; อัจฉรา คลวิทยาคุณ, 2550; Tayie & Zizza, 2009) ปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกมี 400 ล้านคนเป็นโรคอ้วน และ 1.6 พันล้านคนมีภาวะอ้วนที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง (WHO, 2011) จากการศึกษาวิจัยพบว่า ประชากรส่วนใหญ่จะชอบรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการทอดและการผัด (ณภาพักษ์ คัจฉานุช, 2551; สุริย์พร โสกันเขต, 2544) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการบริโภคเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม ร้อยละ 71.1 บริโภคแป้งและน้ำตาลสูงเกือบ 3 เท่าจาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2526 เป็น 31.2 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2552 และมีการบริโภคผักและผลไม้ น้อย (ปานบดี เอกะจัมปะกะ และนิธิศ วัฒนมะ โน, 2552)

อย่างไรก็ตามการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติตัวของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้โดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ (Becker, 1974) จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ได้มีการนำเอาแนวคิดทฤษฎีนี้มาใช้ ในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และในกลุ่มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแนวคิดนี้จะกล่าวถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพราะถ้าหากบุคคล มีความเชื่อตามการรับรู้ว่าคุณเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

โรคนี้อาจเป็นแล้วจะมีความรุนแรง และจะส่งผลกระทบต่อ อาจทำให้เสียชีวิตได้ และถ้ามีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่ตามก็คือ จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคเกิดขึ้น ดังเช่น ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากในประเทศไทย (Roth et al., 2011) และไม่มี การรับรู้ถึงความเสี่ยงที่จะส่งผลต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ให้กับตนเอง จึงทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่เกิดแรงจูงใจ (Becker, 1974) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพราะฉะนั้นการที่จะช่วยส่งเสริม และทำให้บุคคลกลุ่มนี้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารให้เหมาะสมนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารเสียก่อน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (กาญจนา อนุตริยะ, 2548; Elis, Lishner, & Melamed, 2011) กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547; ฉัฐกานต์ ช่างเหล็ก, 2552; Doris, David, & Diane, 2003) กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (นัยนา เมธา, 2544; ปราณี ทองพิลา, 2542; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; รัตนา เรือนอินทร์, 2550; อารักขา ใจธรรม, 2545; อรุณดา นางแย้ม, 2550) และโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร (Jennifer & Jamie, 2002) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และคาดว่าน่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ได้แก่ ความรู้ เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ถือว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญมากเพราะในปัจจุบันจะเห็นได้ว่าพฤติกรรม การบริโภคอาหารของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างเด่นชัดอันเนื่องมาจากอิทธิพลของอาหารแบบตะวันตกที่แพร่หลายเข้ามาอย่างรวดเร็วในสังคมไทย อาทิ เช่น อาหารจานด่วน หรืออาหารฟาสต์ฟู้ด (Fast food) ซึ่งเป็นอาหารจำพวกแป้ง ไขมัน และน้ำตาล เมื่อรับประทานเป็นประจำ จะทำให้เกิดปัญหาโรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และจากการศึกษาพบว่า ถ้าบุคคลขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบริโภคอาหาร จะเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคเรื้อรังได้ และจากการศึกษาของ ฉัฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว ร้อยละ 22.8 มีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ จึงทำให้การปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารยังไม่เหมาะสม ดังนั้น ถ้าผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหาร ก็จะ สามารถเลือกสรร และบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมยิ่งขึ้น ดังการศึกษาของ อรุณดา นางแย้ม (2550) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคในระดับสูง จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรม การรับประทานอาหารเฉพาะโรคได้ดีถูกต้องมากขึ้น

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและรักษาโรคของบุคคล (กาญจนา อุนตรียะ, 2548; Becker, 1974) ดังนั้นถ้าผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ แล้ว ก็จะทำให้เกิดความตระหนัก และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเป็นอย่างดี ดังการศึกษาของ (Elis et al., 2011) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในคลินิกไขมัน พบว่ากลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง บุคคลเหล่านั้นจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเป็นอย่างดี ส่งผลให้สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ตามเป้าหมาย

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของการเกิดโรคที่จะมีผลต่อร่างกายเช่น ให้เกิดความพิการ โรคแทรกซ้อน หรือการเสียชีวิต เป็นต้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ถ้าไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค ก็อาจทำให้บุคคลนั้น ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ดังการศึกษาของ (Jennifer & Jamie, 2002) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุจำนวน 266 ราย พบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของ จิตติมา ฤทธิ์ทดกุล (2547) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและการศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคอยู่ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดเครื่องปรุงรส อย่างถูกต้อง และเหมาะสมกับภาวะโรคที่เป็นอยู่ (นัยนา เมธา, 2544; รัตนา เรือนอินทร์, 2550)

การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมใดก็ตาม ย่อมขึ้นอยู่กับ การได้รับประโยชน์จากพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งสำคัญ สอดคล้องกับการการศึกษาของ (Jennifer & Jamie, 2002) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร มีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ อีกทั้งยังสอดคล้องกับอีกหลายงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคสูง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมตามไปด้วย (ปราณี ทองพิลา, 2542; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; อารักขา ไชธรรม, 2545; อรุณดา นางแย้ม, 2550)

การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเป็นการรับรู้เกี่ยวกับข้อจำกัด หรือสิ่งที่จะมาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ จากการศึกษาของ

กาญจนา อนุตริยะ (2548) เกี่ยวกับ ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายพบว่า การรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้ถึงร้อยละ 33.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งยังสอดคล้องกับอีกหลายงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคมากขึ้น จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคได้ไม่ดี ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคในระดับต่ำ มีการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคที่ถูกต้องและเหมาะสม (ปราณี ทองพิลา, 2542; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; อารักขา ใจธรรม, 2545)

จากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่ากลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ยังไม่ได้ทำให้เกิดโรค มีการศึกษาน้อย โดยการศึกษาที่ผ่านมาจะเน้นศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร และส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มของโรงพยาบาลของรัฐบาล หรือในชุมชน ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจจะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล พญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็น โรงพยาบาลเอกชนขนาดกลาง 250 เตียง จากสถิติปี พ.ศ. 2551-2553 พบว่ามีอัตราความชุกของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีความชุกร้อยละ 12.4 ปี พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.3 และปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นร้อยละ 19 และพบว่าต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาเป็นจำนวน 5,172,121 ล้านบาทต่อปี เฉลี่ยต่อคนเท่ากับ 3,737 บาท และพบว่ากลุ่มบุคคลเหล่านี้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเท่าที่ควร

จากการศึกษาที่ผ่านมาทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร และการรับรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้ จะช่วยให้พยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มิบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นำมาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมในกลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรค และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ อีกทั้งยังลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยปัจจัยที่เลือกสรร ได้แก่ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร

สมมติฐานของการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health beliefs model) ของ (Becker, 1974) ได้ถูกนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากแนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค การเจ็บป่วย และการรักษา ดังนั้น การที่จะทำให้กลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง ให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค

จากทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หากบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรค และการป้องกันตนเอง และมีทัศนคติที่ดีต่อแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคนั้นแล้ว จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เป็นอย่างดี และสม่ำเสมอ แต่ในทางตรงข้าม หากบุคคลไม่มีความรู้ หรือมีทัศนคติไม่ดี ไม่ชอบวิธีการปฏิบัติ บุคคลนั้นก็จะไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เหมาะสม หรืออาจหลีกเลี่ยงการส่งเสริมสุขภาพ (น้อมจิตต์ นवलเนตร์, 2553) และหากบุคคลใดไม่มีความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ก็จะเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังได้ และจากการศึกษาของ ฉัญกานต์ ช่างเหล็ก (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว ร้อยละ 22.8 มีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ จึงทำให้การปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมกับโรค และการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) พบว่า ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .36, p < .01$) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคในระดับสูง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้เหมาะสมกับโรคได้ดีมาก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและรักษาโรคของบุคคล (Becker, 1974) ดังการศึกษาของ กาญจนา อนุตริยะ (2548)

พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้สูงถึงร้อยละ 33.1 ($r = .33, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจตีบมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$) และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ อรุณดา นางเยี่ยม (2550) และการศึกษาของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p < .01$), ($r = .42, p < .01$) ตามลำดับ

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค หากผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ รับรู้ว่าการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และส่งผลทำให้เกิดโรคที่รุนแรง และอาจทำอาจทำให้เสียชีวิตได้ ก็จะเป็นแรงสนับสนุนทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ (Becker, 1974) ดังการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 57.3 ($r = .70, p < .01$) ยังสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงของ นัยนา เมธา (2544) และ การศึกษาของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .310, P < .05$), ($r = .56, p < .01$) ตามลำดับ

การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร จะทำให้มีสุขภาพดี ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ก็จะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม (Becker, 1974) ดังการศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42, p < .01$), ($r = .40, p < .01$), ($r = .56, p < .05$), ($r = .46, p < .01$), ($r = .39, P < .01$), (ปราณี ทองพิลา, 2542; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; รัตนา เรือนอินทร์, 2550; อารักขา ใจธรรม, 2545; อรุณดา นางเยี่ยม, 2550) ตามลำดับ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หากบุคคลมีการรับรู้ถึงอุปสรรคที่จะมาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง เช่น ปฏิบัติแล้วจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูง เกิดความไม่สบาย หรือขัดกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ก็จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ (Becker, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ของ กาญจนา อนุตริยะ (2548) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ถึงร้อยละ 33.1 ($r = -.46, p < .01$) การศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 57.3 ($r = -.59, p < .01$) และ การศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ปราณี ทองพิลา (2542) วาสนา ครุฑเมือง (2547) และ อารักขา ไชธรรม (2545) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้า โรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.44, p < .01$), ($r = -.57, p < .01$), ($r = -.41, p < .01$) ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่า ปัจจัยความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งในกลุ่มของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และด้วยเหตุผลสนับสนุนจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ (Becker, 1974) กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับการรับรู้เป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะการรับรู้จะเป็นตัวบ่งบอกถึงการปฏิบัติพฤติกรรม เพราะฉะนั้นถ้าหากผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีการรับรู้สุขภาพทั้ง 4 ด้านแล้ว ได้แก่ การรับรู้ว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และรู้ว่าภาวะนี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีความรุนแรงทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตัวเอง อาจทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และถ้ารู้ว่าถ้าตนเองมีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ก็จะเป็นประโยชน์ที่จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือถ้าบุคคลนั้นเกิดโรคขึ้นกับตนเองแล้วก็จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ยิ่งไปกว่านั้น ถ้าบุคคลนั้นมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ก็จะทำให้สามารถเลือกสรร และบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

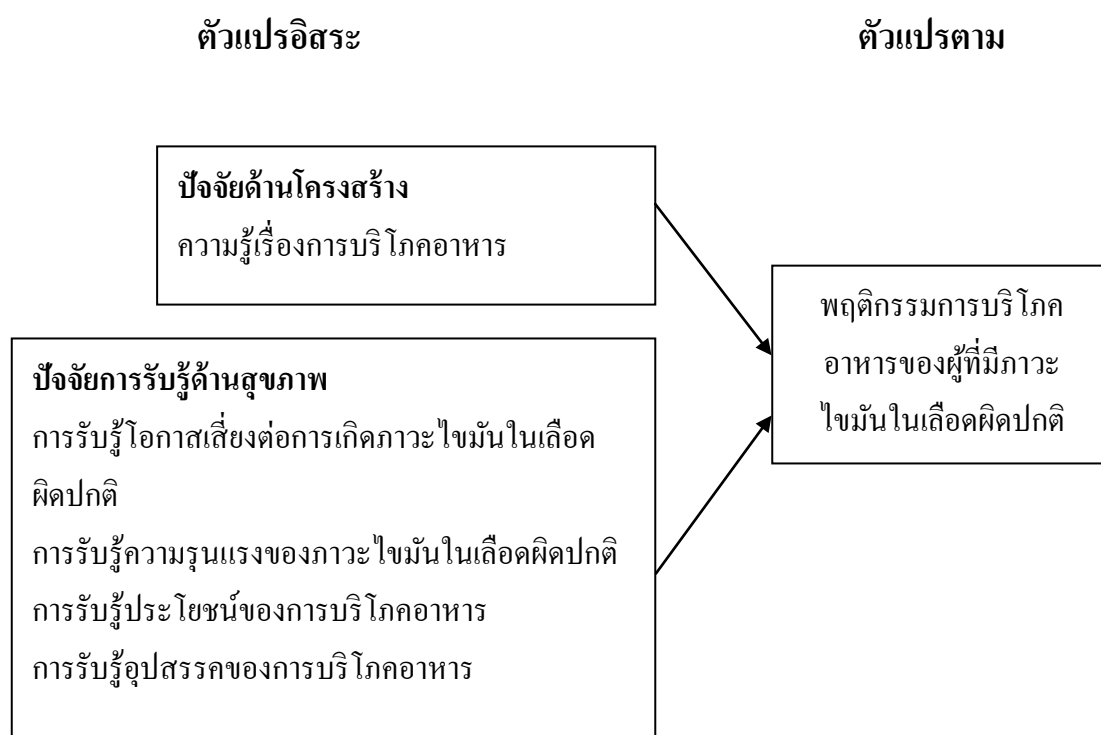
จากเหตุผลสนับสนุนดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงกำหนดสมมุติฐานว่า ปัจจัยความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี ในครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health beliefs model) ของ (Becker, 1974) เป็นกรอบแนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกัน (Prevention health behavior) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วย (Sick role behavior) โดย (Becker, 1974) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีองค์ประกอบด้านการรับรู้ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เนื่องจากการรับรู้เป็นพื้นฐานในการคิด การตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากองค์ประกอบด้านการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัย แรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วม ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และทำให้การปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ กลุ่มเพื่อน และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ที่จะช่วยทำให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ผู้วิจัยจึงได้เลือกปัจจัยด้านการรับรู้ทั้ง 4 ด้านและปัจจัยด้านโครงสร้าง คือความรู้เรื่องโรค มาเป็นตัวแปรในการศึกษา เนื่องจากการที่จะทำให้ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารให้ถูกต้อง และเหมาะสมนั้น ย่อมขึ้นกับการรับรู้ของบุคคลซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม เพราะฉะนั้นถ้าบุคคลมีการรับรู้ที่ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และรับรู้ที่ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เมื่อเป็นแล้ว ในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และรับรู้ว่าเป็นโรครเหล่านี้จะทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งอาจทำให้เกิดการความพิการ หรือเสียชีวิตได้ ก็จะส่งผลบุคคลเกิดความกลัว และรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมว่าจะช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ ในขณะเดียวกัน การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้น ถ้ามีองค์ประกอบของความรู้ในเรื่องที่จะปฏิบัติแล้ว ก็จะช่วยสนับสนุนนำสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมากขึ้น และในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้น ย่อมจะมีอุปสรรคที่จะมาขัดขวางเสมอ เพราะฉะนั้น การที่บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้มาน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการรับรู้ที่

สิ่งเหล่านั้น เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติมากน้อยเพียงใด หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อย ก็จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม หากรับรู้อุปสรรคว่ามีอุปสรรคมาก พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมก็จะไม่เกิดขึ้น ซึ่งกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ แผนกศูนย์ตรวจสุขภาพ แผนกอายุรกรรม และแผนกประกันสังคม โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ คือ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร

2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งมีค่า คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอล และแอลดีแอลในเลือดสูงกว่าค่าปกติเพียงค่าใดค่าหนึ่ง โดยใช้ผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล พญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในการรับประทานอาหาร ซึ่งสามารถประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จากการรับประทานอาหารทั้ง 6 ประเภทคือ อาหารประเภทเนื้อสัตว์และไข่ อาหารประเภทข้าวและแป้ง อาหารประเภทที่ปรุงจากน้ำมันหรือกะทิ อาหารประเภทของหวานและเครื่องดื่ม อาหารประเภทผักและผลไม้ และอาหารประเภทอื่น ๆ เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด ซึ่งสามารถประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยผู้วิจัยตัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ ฦภากาศ ทัศนานุช (2551)

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร หมายถึง ความเข้าใจของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด สามารถประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งผู้วิจัยตัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหารกับระดับคอเลสเตอรอลของ ฦภากาศ ทัศนานุช (2551)

การรับรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ว่าระดับไขมันที่สะสมอยู่ในหลอดเลือดจะส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความรุนแรงของการเกิดโรค และรับรู้ว่ามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสม โดยหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ ก็จะลดภาวะเสี่ยง ของการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของปัญหาด้านสุขภาพ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ หมายถึง ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งจะนำมาสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ (Becker, 1974) และจากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เกี่ยวกับผลกระทบของการมีระดับไขมันในหลอดเลือด ด้านร่างกายจะส่งผลทำให้ ไขมันในหลอดเลือดตีบแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจ และสมองไม่เพียงพอ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และในที่สุดอาจทำให้การเสียชีวิตได้ และด้านเศรษฐกิจทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาลในการรักษาโรคเหล่านี้ สามารถประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของ กาญจนา อนุตริยะ (2548)

การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสม การงดรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง การเลือกวิธีการปรุงอาหารด้วยวิธีการนึ่ง ต้ม แทนการผัดทอด และรับรู้ว่าการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม นอกจากจะช่วยลดระดับไขมันในเลือดแล้วยังทำให้มีภาวะสุขภาพดี สามารถประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารของ กาญจนา อนุตริยะ (2548)

การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคที่มาขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น การคิดในรสชาติของอาหาร ความชอบของอาหาร การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการทำอาหาร สามารถประเมิน โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารของ กาญจนา อนุตริยะ (2548)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด
 - 1.1 ความหมายของไขมัน
 - 1.2 ชนิดของไขมันในเลือด (Dyslipidemia)
2. ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia)
 - 2.1 ความหมายของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 2.2 สาเหตุของการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 2.3 ผลกระทบของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 2.4 เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 2.5 แนวทางการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 2.6 หลักการลดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติด้วยอาหาร
 - 2.7 หลักการรักษาไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง
 - 2.8 หลักการรักษาระดับ HDL-C ในเลือดต่ำด้วยอาหาร
3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - 3.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)
5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 5.1 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร
 - 5.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 5.3 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 5.4 การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร
 - 5.5 การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร

ความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด

ความหมายของไขมันในเลือด ไขมัน (Fat) เป็นส่วนหนึ่งของไลปิด (Lipid) หมายถึง สารประกอบอินทรีย์ที่ไม่ละลายน้ำ โดยทั่วไปประกอบด้วยธาตุคาร์บอน ไฮโดรเจน และออกซิเจน และเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย (เฉลียว ปิยะชน, 2549)

ในด้านของโภชนาการ ไขมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกายโดย 1 กรัม ให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี และนอกจากนั้นไขมันยังมีหน้าที่ ให้กรดไขมันที่จำเป็นสำหรับร่างกาย ที่ร่างกายไม่สามารถสร้างได้ ช่วยในการดูดซึม วิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น วิตามิน เอ ดี อี และเค และยังช่วยให้อาหารมีลักษณะนุ่ม นุ่มรับประทาน การรับประทานอาหารไขมันจะทำให้รู้สึกอิ่ม และอยู่ได้นาน เพราะไขมันจะให้พลังงานสูง นอกจากนี้ไขมันยังช่วยให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายและยังเป็นแหล่งสะสมพลังงาน ซึ่งร่างกายสามารถนำมาใช้ได้เมื่อต้องการ

ชนิดของไขมันในเลือด (Dyslipidemia)

ไขมันเป็นองค์ประกอบทางเคมีในร่างกาย เนื่องจากไขมันไม่สามารถละลายน้ำได้ จึงต้องรวมกับโปรตีนในน้ำเลือด โดยกรดไขมันอิสระจะจับอยู่กับแอลบูมิน ส่วนไขมันที่เคลื่อนจะจับกับอะโปโปรตีน (Apoprotein) เรียกว่า ไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ไขมันในเลือดมี 4 ชนิด ดังนี้ (เฉลียว ปิยะชน, 2549)

1. คอเลสเตอรอล (Cholesterol) คือสารไขมันคล้ายขี้ผึ้งที่อยู่ในหลอดเลือดและมีอยู่ในทุกเซลล์ของร่างกาย เป็นคอเลสเตอรอลจำเป็นต่อการทำงานของร่างกายโดยทำหน้าที่เป็นส่วนประกอบของผนังเซลล์ในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์ของระบบสมอง รวมทั้งฮอร์โมนเพศและฮอร์โมนต่อมหมวกไต ในคนปกติทั่วไปไม่ควรจะมีระดับคอเลสเตอรอลรวม (TC) ในเลือดเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เพราะถ้าหาร่างกายของคนเรามีระดับคอเลสเตอรอลรวมในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Krummel, 2004) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มขึ้นของคอเลสเตอรอลในแต่ละ 1 เปอร์เซ็นต์ จะเพิ่มการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ถึง 2 เปอร์เซ็นต์ (Pradka, 2000 อ้างถึงใน วิไลลักษณ์ พิมรินทร์, 2549) ระดับคอเลสเตอรอลที่สูงเกินค่าปกติ จะทำให้ไปเกาะผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาได้ แหล่งกำเนิดของคอเลสเตอรอลโดยร่างกายมี 2 ทาง (ปริยา ลิพหกุล, 2546) คือ

- 1.1 จากภายนอกร่างกาย (Exogenous source) ได้มาจากอาหารที่รับประทาน ร้อยละ 20 โดยจะมีในอาหารประเภท เนื้อสัตว์ ซึ่งเนื้อสัตว์แต่ละชนิดจะมีคอเลสเตอรอลมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับประเภทของอาหาร ส่วนอาหารที่มาจากพืชจะไม่มีคอเลสเตอรอล

1.2 จากภายในร่างกาย (Endogenous Source) ร่างกายสามารถสร้างคอเลสเตอรอลโดยการสังเคราะห์ขึ้นเองที่ตับร้อยละ 80 จากการเผาผลาญอาหารทั้งโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต

2. ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) เป็นไขมันอีกชนิดหนึ่ง ได้จากอาหารไขมันที่บริโภค ซึ่งมีไตรกลีเซอไรด์เป็นส่วนประกอบถึงร้อยละ 90 ไขมันที่รับประทานได้มาจากทั้งพืชและสัตว์ และอีกส่วนหนึ่งได้มาจากการสังเคราะห์ในร่างกายจากน้ำตาลและแป้ง ในด้านโภชนาการ ไตรกลีเซอไรด์นับว่าเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูง เป็น 2 เท่าของโปรตีน และคาร์โบไฮเดรต นอกจากนี้ไตรกลีเซอไรด์ ยังทำหน้าที่ในการช่วยดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมันเข้าสู่ร่างกาย และทำให้อาหารมีรสชาติอร่อย อิ่มอยู่ได้นาน แต่ถ้ามีระดับไตรกลีเซอไรด์อยู่ในเลือดมาก ๆ เช่น มากกว่า 500 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันได้ (วิทยาศรีมาดา, 2553) ร่างกายได้รับไตรกลีเซอไรด์ 2 ทางดังนี้ (วิไลลักษณ์ พิมรินทร์, 2549)

2.1 จากอาหารที่บริโภค อาหารแต่ละชนิดมีปริมาณไตรกลีเซอไรด์ไม่เท่ากัน เช่น อาหารที่เป็นเนื้อสัตว์ล้วน ๆ หรือที่เรียกว่าเนื้อแดง ไม่มีไขมันที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อไก่ แต่จะมีไตรกลีเซอไรด์แทรกอยู่ประมาณร้อยละ 7.1 ถ้าเป็นอาหารที่มีไขมันและมองเห็นไขมันด้วยตาเปล่าเช่น มันหมู มันวัว มีไตรกลีเซอไรด์อยู่ร้อยละ 71.4 ส่วนอาหารที่ได้มาจากพืช เมล็ดพืช มีไตรกลีเซอไรด์ไม่ถึงร้อยละ 1 ไตรกลีเซอไรด์ประกอบด้วยกรดไขมัน (Fatty acid) 3 โมเลกุล และกลีเซอรอล (Glycerol) 1 โมเลกุล ซึ่งกรดไขมันที่เป็นส่วนประกอบของไตรกลีเซอไรด์ มี 2 ชนิด คือกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) และกรดไขมันไม่อิ่มตัว (Unsaturated fatty acid)

2.2 ได้จากการสังเคราะห์ที่ตับ โดยตับสังเคราะห์จากอาหารจำพวกแป้ง ซึ่งอาหารจำพวกแป้งที่คนเราบริโภคมีอยู่ 2 ชนิดคือ Chylomicron triglyceride (Chylomicron - TG) และ Very Low Density Lipoprotein Triglyceride (VLDL-TG)

3. Phospholipid เป็นไขมันที่เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของเซลล์ Membrane และเป็นตัวช่วยในการละลายไขมันชนิดอื่น

4. Free fatty acid เป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญในร่างกาย เนื่องจากไขมันไม่ละลายในน้ำ ดังนั้นจะต้องรวมตัวกับโปรตีนเป็นไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ซึ่งจะทำหน้าที่ขนส่งไขมันให้เคลื่อนไปในกระแสเลือดและอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ไลโปโปรตีน มี 5 ชนิด โดยแบ่งตามความหนาแน่นดังนี้ (เฉลียว ปิยะชน, 2549)

4.1 Chylomicron สร้างมาจากเยื่อลำไส้เล็กส่วนต้น ประกอบด้วยไตรกลีเซอไรด์เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) ทำหน้าที่ขนส่งอาหารไขมันที่รับประทานแล้ว นำคอเลสเตอรอลบางส่วนไปเก็บไว้ที่ตับ และนำไตรกลีเซอไรด์ไปไว้ที่เนื้อเยื่อไขมัน การมีระดับโคเลโลไมครอนสูง

เกิดจากการรับประทานอาหารไขมันสูง และระดับของโคเลสเตอรอลจะสูงภายใน 3-4 ชั่วโมง ภายหลังจากรับประทานอาหาร และจะหมดไปภายใน 12-14 ชั่วโมง ถ้าบุคคลใด รับประทานอาหารไขมันเกินความสามารถของร่างกายในการเผาผลาญ ร่างกายก็จะสะสมทำให้เกิดโรคอ้วนได้

4.2 VLDL-Very Low Density Lipoprotein เป็นไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมาก มีขนาดเล็กกว่า และหนักกว่าโคเลสเตอรอล VLDL ประกอบด้วยไตรกลีเซอไรด์ประมาณ 50-60 % และคอเลสเตอรอลประมาณ 20 % ส่วนใหญ่สร้างที่ตับและบางส่วนสร้างที่ลำไส้เล็ก ทำหน้าที่ขนส่งไขมันที่ตับสร้างขึ้นไปยังเนื้อเยื่อต่าง ๆ เพื่อให้เนื้อเยื่อนั้นนำไปใช้เป็นพลังงาน อัตราการสร้าง VLDL ที่ตับขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างคือ ระดับอินซูลิน ปริมาณไขมันในร่างกาย ปริมาณแป้ง แอลกอฮอล์ที่บริโภคและ VLDL จะเป็นตัวนำไตรกลีเซอไรด์เกือบทั้งหมดไหลเวียนในเลือด ดังจะเห็นในผู้ป่วยโรคหัวใจมักจะมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง โปรตีนที่เป็นองค์ประกอบหลักคือ อโปบี และอโปอี (apo B & apo E)

4.3 IDL-Intermediate Density Lipoprotein เป็นไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นปานกลางได้มาจาก VLDL ที่ถูกย่อยโดย LDL ซึ่งครึ่งหนึ่งจะนำเข้าสู่ตับ ส่วนอีกครึ่งหนึ่งจะกลายเป็น LDL ประกอบด้วยไตรกลีเซอไรด์ประมาณ 25 % และคอเลสเตอรอลประมาณ 40 % โดยปกติ IDL มีจำนวนเพียงเล็กน้อยในพลาสมา

4.4 HDL-High Density Lipoprotein เป็นไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง และมีขนาดเล็กที่สุด หรือเรียกว่า คอเลสเตอรอลดี (Good cholesterol) HDLถือว่าเป็นไลโปโปรตีนที่มีความสำคัญมากที่สุด ถูกสร้างจากตับ และลำไส้เล็ก HDLยังมีหน้าที่สำคัญคือ ขนส่งคอเลสเตอรอลจากผนังด้านในของหลอดเลือดแดงกลับสู่ตับเพื่อกำจัดออกจากร่างกาย มีบทบาทในการป้องกันการจับตัวของคอเลสเตอรอลที่ผนังหลอดเลือดแดง จึงเป็นการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (NCEP, 2001) ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจ จากรายงานการศึกษาพบว่า คนที่มีระดับ HDL-C น้อยกว่า 35 mg/dl จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 8 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่มี HDL-C มากกว่า 65 mg/dl หรืออีกนัยหนึ่งคือ HDL-C ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 mg/dl สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ 2-3 % (Polk & Shah, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา พบว่า HDL-C ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 % จะสามารถช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 0.7-3 (Lin, Mousa, Elshourbagy, & Mousa, 2010)

4.5 LDL-Low Density Lipoprotein เป็นไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นน้อยหรือเรียกว่า คอเลสเตอรอลไม่ดี (Bad cholesterol) ทำหน้าที่ในการขนส่งคอเลสเตอรอลไปตามกระแสเลือด โดยปริมาณคอเลสเตอรอลร้อยละ 30 จะถูกส่งไปยังเนื้อเยื่อต่าง ๆ ที่ต้องการคอเลสเตอรอล ส่วนร้อยละ 70 ที่เหลือจะถูกนำกลับไปเก็บที่ตับ LDL เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของ IDL ซึ่งมี

ปริมาณคอเลสเตอรอลมากกว่าไตรกลีเซอไรด์และฟอสโฟไลปิด เป็นส่วนสำคัญของ คอเลสเตอรอลรวม ที่ร่างกายสามารถสังเคราะห์ขึ้นได้จากสารอาหารที่รับประทานเข้าไป โดยได้มาจากไขมันสัตว์โดยตรง เป็นคอเลสเตอรอลที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง หากมีปริมาณที่สูง แต่ถ้ามีในปริมาณที่พอเหมาะ ก็จะมีประโยชน์ต่อร่างกายและเนื้อเยื่อที่ใช้เป็นส่วนประกอบของเซลล์ เป็นตัวที่เริ่มต้นของการสังเคราะห์สเตอรอยด์ฮอร์โมน และเป็นส่วนประกอบของกรดน้ำดี เมื่อระดับ LDL สูงเกินไปจะเกิดโทษต่อร่างกายโดยจะเกาะกับผนังหลอดเลือด จนกระทั่งหลอดเลือดตีบแคบลง หรืออาจเป็นลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดได้

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia)

ความหมายของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) หมายถึง การที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือด ต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม ได้แก่ ระดับคอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูงมากกว่า 200 mg/dl ระดับ ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงมากกว่า 150 mg/dl ระดับ Low Density Lipoprotein-Cholesterol (LDL-C) ในเลือดสูงมากกว่า 130 mg/dl และระดับ High Density Lipoprotein-Cholesterol (HDL-L) ในเลือดต่ำกว่า 40 mg/dl ซึ่งอาจผิดปกติเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง เป็นผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) ที่พบบ่อยคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral arterial disease) (พึงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545; Genest et al., 2009; Lloyd-Jones et al., 2010; NCEP, 2002; Smith, 2007)

สาเหตุของการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ความผิดปกติของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ตามสาเหตุที่ทำให้เกิดขึ้นดังนี้ (นิภา จรูญเวสสัน, 2551; พึงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545; วิทยา ศรีมาดา, 2553)

1. ไขมันผิดปกติในเลือดปฐมภูมิ (Primary dyslipidemia) เป็นความผิดปกติที่เกิดมาจากสาเหตุทางพันธุกรรม โรคที่พบบ่อยคือ Familial combined hyperlipidemia (FCH) (โรคไขมันรวมกันในเลือดสูงในเครือญาติ) polygenic hypercholesterolemia (คอเลสเตอรอลในเลือดสูงจากยีน) Familial hypercholesterolemia (FH) (คอเลสเตอรอลสูงในเครือญาติ) และ ตรวจพบอาการแสดงของความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดเช่น วงสีขาวที่ขอบกระจกตา (Corneal arcus) ปื้นเหลืองที่เอ็น (Tendon xanthoma) ปื้นเหลืองที่ตา (Xanthlasma) ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการวินิจฉัย

2. ไขมันผิดปกติในเลือดทุติยภูมิ (Secondary dyslipidemia) ภาวะนี้เกิดจากโรค หรือยาบางชนิดที่มีผลต่อกระบวนการสร้างและ/หรือสลาย Lipoprotein ทำให้ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โดยสาเหตุที่ทำให้ LDL-C สูงได้แก่ Hypothyroidism, cholestasis, Nephrotic syndrome, ยาบางชนิด เช่น Thiazides, progestogen, Cyclosporine เป็นต้น สาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน ไตวาย การดื่มสุรา การตั้งครรภ์ ภาวะเครียด และยาบางชนิดเช่น Estrogen, beta-blockers, Glucocorticoides, Thiazides, Protease inhibitors สาเหตุที่ทำให้ HDL-C ในเลือดต่ำ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน การสูบบุหรี่ และยา Anabolic steroids, Testosterone, Progesterone, Beta-blockers เป็นต้น

3. ไขมันผิดปกติในเลือดจากอาหาร (Dietary dyslipidemia) ภาวะนี้เกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ถูกหลักโภชนาการ ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อย เช่น การรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) ในปริมาณมาก โดยอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวส่วนใหญ่มีผลทำให้ระดับไขมัน LDL-C สูงขึ้น อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมากได้แก่ กะทิ หมูสามชั้น เนยเหลว เนยเทียมแข็ง เนื้อสัตว์ที่มีมันมาก หนังเป็ด หนังไก่ ไข่กรอก เป็นต้น ซึ่งอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวจะส่งผลโดยตรงต่อการผลิตของตัวรับ LDL-C ที่ผิวตับ (ปรียานูช แซ่มวงษ์, 2547; Krummel, 2008 อ้างถึงในลินี แจ็งสาริจิ, 2551) และพบว่าทุก ๆ ร้อยละ 1 ของการรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัว จะทำให้มีการเพิ่มของระดับคอเลสเตอรอลในเลือดถึง 2.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร นอกจากนี้อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวแล้ว การรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลในปริมาณที่มากเกินไปในแต่ละมื้อ เช่น ไข่แดง เนื้อสัตว์ เครื่องในทุกประเภท และอาหารทะเลบางชนิดเช่น ปลาหมึก หอยนางรม (พิมลรัตน์ เตโชพิทยากุล และวิทยา ศรีมาดา, 2544) โดยการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลเพียง 100 มิลลิกรัมต่อวัน จะส่งผลให้มีระดับคอเลสเตอรอลรวมเพิ่มขึ้น 2-3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Fletcher et al., 2005) และยังทำให้ระดับไขมัน LDL-C ในเลือดเพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย จากการศึกษาพบว่า แนวทางในการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะเน้นหนักไปที่การลดระดับไขมัน LDL-C และเพิ่มระดับไขมัน HDL-C ซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Lin et al., 2010) และอาหารที่ทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะน้ำตาล ฟรุคโทส และซูโครสมาก การดื่มสุรา เป็นต้น

ปัจจุบันมีประชากรมีการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดมีน้ำหนักตัวเกิน และความอ้วน ดังนั้นจึงมีเกณฑ์การประเมิน โดยคำนวณจาก การใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงที่มีหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง ดังตารางที่ 1 (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550)

ตารางที่ 1 เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ	ดัชนีความหนาแน่นของร่างกาย (body mass Index) (กก/ม ²)
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	< 18.50
ระดับปกติ	18.50 – 22.99
น้ำหนักเกิน	≥ 23.00
อ้วน	23.00 – 24.99
อ้วนระดับที่ 1	25.00 – 29.99
อ้วนระดับที่ 2	≥ 30.00

ผลกระทบของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและเศรษฐกิจ จากพยาธิสภาพของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะไม่ทำให้เกิดโรคโดยทันทีทันใด แต่เมื่อมีการสะสมของระดับไขมันในเลือดเป็นระยะเวลาาน จะทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบไหลเวียนของร่างกาย ได้แก่ หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (NCEP, 2001) ซึ่งการดำเนินของของโรคจะขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงและกรรมพันธุ์ของแต่ละบุคคล ผลกระทบของการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อร่างกายมีความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด จะทำให้เกิดพยาธิสภาพบริเวณผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดง (Intimalayer) โดยจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีการสะสมของระดับไขมัน LDL-C ส่วนเกินจะไปแทรกตัวอยู่ใต้ชั้นเซลล์บุชั้นใน (Endothelial cell) โดยเซลล์บุชั้นในจะทำหน้าที่ผิดปกติ ทำให้มีเม็ดเลือดขาว (Macrophage) มาเกาะที่ผนัง Endothelial cell และเปลี่ยนรูปร่างเป็น Macrophage ซึ่งคอยดักจับไขมัน LDL-C ที่อยู่ในกระแสเลือด แล้วจะกลายเป็นเซลล์ที่มีขนาดใหญ่ เรียกว่า Foam cell เมื่อ Foam cell ไปสะสมใต้ชั้น Endothelial cell มาก ๆ จะทำให้เกิดการปริแยก ทำให้ชั้น Subendothelium ข้างใต้สัมผัสกับกระแสเลือด เกิดเลือดจะมาจับตัวกันเป็นกลุ่ม และกระตุ้นเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบให้หลั่งสาร Proteoglycan ทำให้มีการสร้าง Fibrous connective tissue ซึ่งประกอบด้วย Collagen fiber และ Reticulum fibrils ลักษณะรอยโรคจะเกิดเป็น Thin-cap Fibroatheroma ซึ่งจะมี Fibrous connective tissue อยู่ด้านนอก และมีเนื้อไขมันเน่าตาย (Necrotic debris) อยู่ด้านในเรียกว่า Fibrous plaque lesion ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อพังศืดหนา ทำให้ผิวด้านในหลอดเลือดนูน ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งและหนาตัวขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งสภาพของหลอดเลือดจะมีลักษณะขรุขระ ตีบแคบ

และขาดความยืดหยุ่น ในระยะแรกผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะไม่มีอาการผิดปกติ แต่เมื่อมีการสะสมของไขมันและแคลเซียมภายในเยื่อหุ้มด้านในของหลอดเลือดเป็นเวลานาน ไขมันที่สะสมอาจกินเนื้อที่ภายในชั้น Intima ถึงร้อยละ 30 -50 ซึ่งจะทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลง (Insull, 2009) และถ้ามีการตีบแคบกว่าเดิมมากกว่าร้อยละ 50-70 ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือด จะทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้เกิดการเจ็บหน้าอกขึ้นได้ (Davies, 2001 อ้างถึงใน จิตติมา ฤทธิ์ทัศนกุล, 2547) และเมื่อมีปริแตกของคราบไขมันที่ผนังหลอดเลือดแดง (Thrombosis hemorrhage) จะมีเลือดออก และเกิดลิ่มเลือด จากนั้นร่างกายจะมีปฏิกิริยาการแข็งตัวของเลือดเกิดการจับตัวกันของเกร็ดเลือดมารวมตัวเป็นลิ่มเลือด (Thrombus) ทำให้เกิดการอุดตันภายในหลอดเลือด ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial necrosis) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือด TC \geq 230 มก/ดล. จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น 2 เท่าของผู้ที่มีระดับไขมันในเลือด (TC) 180 มก/ดล. ส่วนผู้ที่มีระดับไขมันในเลือด (TC) 300 มก/ดล. ก็จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นหัวใจล้มเหลวเป็น 4 เท่า (Katch, Katch, & McArdle, 2006 อ้างถึงใน นลินี แจ่มสารกิจ, 2551) และถ้าคราบไขมันที่ปริแตกหลุดไปที่หลอดเลือดสมองก็จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เป็นอัมพาต หรืออัมพฤกษ์ โรคความจำเสื่อม โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (NCEP, 2001)

2. ผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ พบว่า ค่ายาที่ใช้ในการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีค่าสูงมาก ดังการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ยาที่ใช้สำหรับรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มีการใช้เป็นอันดับหนึ่งของประเทศคือ ยา Lipitor มีมูลค่าถึง 2,065 ล้านบาทต่อปี และในปี พ.ศ. 2552-2553 ยากลุ่มของไขมันก็ยังคงเป็นยากลุ่มแรกที่มีการเบิกจ่ายมากที่สุดคือ 1,500 ล้านบาทต่อปี (สำฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2554) ซึ่งนับว่าเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาล นอกจากนั้นยังพบว่า อัตราส่วนของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่ยังไม่รู้ตัว และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสูงที่สุดคือ ประเทศไทย (Roth et al., 2011) โดยพบว่า กลุ่มที่มีระดับไขมัน TC มากกว่า 240 มก/ดล. ขึ้นไป มีถึงร้อยละ 73 และยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ซึ่งพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี (วิชัย เอกพลากร, 2553) กลุ่มบุคคลเหล่านี้ เป็นกลุ่มที่ยังไม่มีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค และยังไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ย่อมมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตด้วยวัยอันควรด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะนำมาสู่การสูญเสีย ส่งผลกระทบต่อตนเอง และครอบครัว ทั้งที่ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถจะแก้ไข ควบคุม และป้องกันได้ (Whitham, 2006)

จะเห็นได้ว่า การมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและด้านเศรษฐกิจ เพราะฉะนั้นผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ควรที่จะทราบถึงเกณฑ์ในการวินิจฉัยของระดับไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อที่ได้ทราบถึงระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ

เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

จากการศึกษาวิทยาการระบาดพบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ นั้น มีระดับไขมันในเลือด TC < 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, LDL-C < 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, HDL-C \geq 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและ TG < 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร นอกจากนี้ควรมีอัตราส่วน TC/HDL-C < 4.5 และ LDL-C < 3.0 เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ และความรุนแรงของความผิดปกติ ซึ่งกำหนดโดย National Cholesterol Education Program (NCEP ATP III, 2002) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ระดับไขมัน (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	ความหมายทางคลินิก
ระดับไขมันไม่ดี (LDL-cholesterol)	
< 100	เหมาะสม
100 – 129	ใกล้เคียงค่าเหมาะสม (ยอมรับได้)
130 – 159	ก้ำกึ่ง
160 – 189	สูง
\geq 190	สูงมาก
ระดับไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol)	
< 200	เหมาะสม
200 – 239	ก้ำกึ่ง
\geq 240	สูง
ระดับไขมันดี (HDL-cholesterol)	
< 40	ต่ำ
\geq 60	สูง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ระดับไขมัน (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	ความหมายทางคลินิก
ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)	
< 150	เหมาะสม
150 – 199	กำลัง
200 – 499	สูง
≥ 500	สูงมาก

แหล่งที่มา: Third report of the expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adult (Adult Treatment Panel III): Final report by National Cholesterol Education Program (2002)

แนวทางการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

สามารถทำได้ 2 วิธีหลักได้แก่ การรักษาโดยไม่ใช้ยา และการรักษาโดยใช้ยา ดังต่อไปนี้ (NCEP, 2001)

1. การรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacologic intervention) ถือเป็นหัวใจหลักที่สำคัญซึ่งมักจะพิจารณาเป็นแนวทางแรกในการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยการให้โภชนบำบัด จะทำโดยการควบคุมอาหารให้ถูกต้องทั้งชนิด และปริมาณ วิธีนี้จะส่งผลต่อระดับ LDL-C, Triglyceride และ HDL-C (พิมลรัตน์ เตโชพิทยากุล และวิทยา ศรีดามมา, 2544) เป็นการป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) จะช่วยลดความเสี่ยงทั้งในระยะสั้น (<10) และระยะยาว (>10 ปี) การป้องกันปฐมภูมิ เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเป็นอันดับแรก ทั้งนี้ถ้าระดับไขมันสูงเกินกว่าเป้าหมายเพียงเล็กน้อย และไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย อาจไม่จำเป็นที่จะต้องใช้ยาลดไขมันเสมอไป และจากการศึกษาพบว่า ปัจจุบันมักจะใช้เป็นแนวทางแรกในการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ของบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำ (Whitham, 2006) การรักษาจะเน้นหนักไปที่การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ด้านการควบคุมอาหารจะต้องมีการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารให้ถูกต้องทั้งชนิด และปริมาณ ทั้งนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าการรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันลดลงเป็นเวลานานกว่า 2 ปี สามารถลดการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด (Hooper et al., 2001) และจุดประสงค์ของ โภชนบำบัดคือ จะต้องลดปริมาณกรดไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอลในอาหารลง ตลอดจนทำให้ได้รับพลังงานที่เหมาะสม และขจัดพลังงานส่วนเกินออกไป ทั้งนี้จะต้องได้รับวิตามิน และสารอาหารอย่างเพียงพอ ด้วยวิธีนี้เป็นวิธีที่เหมาะสมอย่างยิ่ง ในผู้ที่มีสาเหตุของไขมันในเลือดผิดปกติที่มาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่

ไม่เหมาะสม ซึ่งจะใช้ระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ก็จะเห็นผล (ปรียา ลีพกุล, และคณะ, 2546)

2. การรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติโดยใช้ยา (Lipid lowering agents) คือการใช้ยาลดไขมันในเลือด ซึ่งจะพิจารณาให้เมื่อลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารแล้ว 3-6 เดือนเมื่อไม่สามารถลดระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้ ซึ่งในปัจจุบันยาลดไขมันที่ใช้กันอยู่อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ (อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2549; NCEP, 2001)

2.1 HMG-CoA reductase inhibitors หรือ กลุ่ม Statins ได้แก่ยา Atorvastatin, Simvastatin, Lovastatin, Fluvastatin, Pravastatin, Rosuvastatin ประสิทธิภาพของยากลุ่มนี้ เป็นยาที่มีการใช้มากที่สุดในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เนื่องจากมีประสิทธิภาพดีในการลด Cholesterol โดยเฉพาะ LDL- C สามารถลดได้ถึงร้อยละ 50 (Whitham, 2006) ลด TG และเพิ่ม HDL- C ได้เล็กน้อยถึงพอสมควรขึ้นกับตัวยาที่ใช้ อีกทั้งปัจจุบันมีผลการศึกษายืนยันถึงผลดีของยากลุ่มนี้ว่าสามารถป้องกันกันโรคแบบปฐมภูมิ และทุติยภูมิ (Smith, 2007) และยังช่วยป้องกันการเกิด cardiovascular events และลดอัตราการเสียชีวิต จึงมีการใช้ยากลุ่มนี้อย่างแพร่หลาย (Lin et al., 2010; NCEP, 2001)

2.2 Bile acid sequestrants (BAS) ได้แก่ยา Cholestyramine, Colestipol, Colesevelam ประสิทธิภาพของยากลุ่มนี้ลด LDL-C ได้ดี แต่อาจเพิ่มระดับ TG ได้ จึงไม่แนะนำให้ใช้ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มีระดับ TG สูง (>200 mg/dl) การใช้ยานี้เป็นเดี่ยว ๆ เพื่อลด LDL- C นั้นจะมีบทบาทน้อยกว่ายากลุ่ม Statins อย่างไรก็ตามผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ได้รับยา Statins ในขนาดที่เหมาะสมแล้ว แต่ยังไม่สามารถลด LDL-C ลงมายังระดับเป้าหมายได้ อาจพิจารณาใช้ยากลุ่มนี้ร่วม ซึ่งจะช่วยลด LDL-C ได้อีก 10-15% และกรณีผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติไม่สามารถทนต่อยา Statins ได้ ยากลุ่มนี้ก็จะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ใช้เพื่อลด LDL-C

2.3 Nicotinic acid หรือ Niacin ประสิทธิภาพของยากลุ่มนี้เป็นยาที่เพิ่มระดับ HDL- C ได้ดีที่สุดในเมื่อเปรียบเทียบกับยาอื่น ๆ ที่มีใช้ในปัจจุบัน โดยเพิ่ม HDL- C ได้ร้อยละ 15-35 ได้ดีพอ ๆ กับยากลุ่ม Fibrates ส่วนผลในการลด LDL- C นั้นพบว่าไม่ดีเท่ากับยาอื่น โดยทั่วไปมักใช้เป็นยาเสริมฤทธิ์ของ Statins เพื่อช่วยลด LDL- C ลด TG หรือเพิ่ม HDL- C

2.4 Fibric acid derivatives หรือ Fibrates ได้แก่ยา Fenofibrate, Clofibrate, Gemfibrozil, Bezafibrate, Ciprofibrate ประสิทธิภาพของยากลุ่มนี้ต่อระดับ LDL- C นั้นไม่ค่อยแน่นอน แต่สำหรับผู้ที่ไม่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง ยากลุ่มนี้จะลดระดับ LDL- C ได้ร้อยละ 5-20 ขึ้นอยู่กับตัวยาที่ใช้ แต่ในผู้ที่มี TG สูงอาจพบ LDL- C มีระดับสูงขึ้นได้เมื่อได้รับยากลุ่ม Fibrates

ดังนั้นยากกลุ่มนี้จึงเป็นยาที่ใช้โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลด TG และเพิ่ม HDL มากกว่าการใช้เพื่อลด LDL-C

2.5 Cholesterol absorption inhibitors ได้แก่ยา Ezetimibe ประสิทธิภาพของยากลุ่มนี้ เมื่อใช้เป็นยาเดี่ยวสามารถลด LDL ได้ร้อยละ 15-20 แต่เมื่อให้รวมกันกับยากลุ่ม Statins จะลด LDL-C ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10-20 ดังนั้นจึงอาจใช้ร่วมกับยา Statins ในผู้ที่ยังไม่สามารถลด LDL-C ลงยังระดับเป้าหมายได้ หรืออาจใช้เป็นยาเดี่ยวในกรณีที่ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติไม่สามารถทนยา Statins ได้

สรุปได้ว่าแนวทางในการรักษาผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ประกอบด้วย 2 วิธีหลักคือ การรักษาโดยไม่ใช้ยา ซึ่งก็คือการให้โภชนบำบัด วิธีที่สองคือ การรักษาโดยใช้ยาลดไขมัน ซึ่งจะพิจารณาให้เมื่อลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารแล้ว 3-6 เดือนแล้วไม่สามารถลดระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้ ทั้งนี้ได้มีการศึกษาพบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้เนื่องจากการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ก็เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลเข้ามาเกี่ยวข้องนั่นเอง

หลักการลดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติด้วยอาหาร

ประกอบด้วยหลักการ 7 ประการดังนี้ (วิทยา ศรีมาดา, 2553; พิงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545)

1. ประมาณไขมันต่อวันให้พลังงานร้อยละ 25-35 ของพลังงานทั้งหมดโดยต้องคำนึงถึงประเภทของไขมันที่ใช้ดังนี้

1.1 เป็นกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) ไม่เกินร้อยละ 7 ของพลังงานทั้งหมด กรดไขมันอิ่มตัวพบได้มากในไขมัน และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ และน้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ

1.2 กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fatty acid) ไม่เกินร้อยละ 10 กรดไขมันเหล่านี้พบได้ในน้ำมันพืชชนิดต่าง ๆ เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย และพืชตระกูลถั่วซึ่งจะช่วยลดระดับ TC, LDL-C, เพิ่ม HDL-C (Roussell & Kris-Etherton, 2007) แต่ถ้าใช้ในปริมาณมากจะทำให้ลดระดับ HDL-C ได้

1.3 เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง (Monounsaturated fatty acid) เช่นกรดโอเลอิกที่พบมากในน้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว ถั่ว จากการศึกษาพบว่า การรับประทานกรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง จะช่วยลด TC, LDL-C, เพิ่ม HDL-C (Roussell & Kris-Etherton, 2007)

หลักการลดไขมันในเลือดผิดปกติควรปรุงอาหารด้วยน้ำมันพืชที่สกัดจากถั่วเหลือง ข้าวโพด เมล็ดดอกทานตะวัน หรือ เมล็ดดอกคำฝอย รำข้าว มะกอก นอกจากนี้ ต้องหลีกเลี่ยง

อาหารที่ปรุงด้วยการทอด รวมทั้งต้องหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันที่ได้รับการแปรรูปให้แข็ง เช่น เนยเทียม (Margarine) เนยขาว (Shortening) โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ทำจากน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เพราะไขมันแปรรูปเหล่านี้ มี Trans fatty acids สูง ปริมาณ Trans fatty acids ที่รับประทานจะทำให้ระดับ LDL-C เพิ่มขึ้น (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543)

2. ปริมาณโปรตีนควรรับประทานร้อยละ 12-15 ของพลังงานทั้งหมด การรับประทานอาหารประเภทโปรตีนได้แก่ เนื้อสัตว์และถั่ว ประเภทเนื้อสัตว์ให้ยึดหลักดังนี้

2.1 ต้องงดเครื่องในสัตว์และหนังสัตว์ทุกชนิด ไม่ว่าจะปรุงในรูปแบบใด ๆ

2.2 ควรหลีกเลี่ยงหรือรับประทานเล็กน้อยเป็นครั้งคราว ได้แก่ อาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันและหนัง ไช้แดง และเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอกทุกชนิด, แฮม, แหนม, หมูยอ, กุนเชียง

2.3 รับประทานได้ประจำ ได้แก่ เนื้อปลาทุกชนิด ไข่ เป็ด หมู เนื้อที่ไม่ติดหนัง และมัน ปริมาณที่ควรรับประทาน คือวันละ 2-4 ชีด (200 - 400) หรือเนื้อสัตว์สุก 4-6 ช้อนโต๊ะต่อมื้อ ขึ้นกับน้ำหนักตัว และระดับไขมันในเลือด

3. รับประทานคอเลสเตอรอลไม่เกิน 200 -300 มก./วัน ขึ้นกับความรุนแรงของโรค และระดับไขมันในเลือด คอเลสเตอรอลมีเฉพาะในอาหารที่มีต้นตอจากสัตว์เท่านั้น และมีมากในสมอง สัตว์ (> 2,000 มก./100 กรัม) เครื่องในสัตว์ชนิดต่าง ๆ (350 -750 มก./100 กรัม) และไข่แดงทุกชนิด (1,480 มก./100 กรัม ไข่แดงจากไข่ไก่) จึงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเหล่านี้ แม้ว่าหนังสัตว์มีคอเลสเตอรอลเพียง 100 มก./100 กรัม แต่ถ้ารับประทานมากก็ก่อให้เกิดระดับ LDL-C ในเลือดสูงได้ ส่วนเนื้อสัตว์ชนิดต่าง ๆ มีคอเลสเตอรอลเพียง 50-150 มก./100 กรัม จึงรับประทานได้พอสมควร

4. เลือกรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เพราะเป็นแหล่งที่ให้พลังงานและเส้นใยอาหารแก่ร่างกาย ควรรับประทานวันละไม่เกินร้อยละ 55-65 ของพลังงานทั้งหมด ได้แก่ ธัญพืชหรือข้าว ถั่วชนิดต่าง ๆ แป้ง ขนมอบปอนด์ขาวหรือโฮลวีท เส้นหมี่ เลือกที่ทำจากข้าวกล้อง ซึ่งจะให้ทั้งใยอาหาร (Dietary fiber) และโปรตีน (คณิณญา พรนริศ, 2546) ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่า การเพิ่มการรับประทานถั่วเหลือง ถั่ว ผัก ผลไม้ และธัญพืช ทำให้สามารถลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจ และลดการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้ (Singh, Dubnv, & Niaz, 2002) และจากการศึกษาพบว่า การรับประทานพืชที่มีฝัก เช่น ถั่ว ถั่วบรี โภคถั่วปริมาณ 50-100 กรัม เป็นเวลา 5 ครั้งต่อสัปดาห์ จะช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลได้ร้อยละ 16 และลดระดับคอเลสเตอรอลไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ ได้ร้อยละ 19 ทั้งในผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพปกติ และผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ (Petersen, Oosthuizen, & Jerling, 2005) และถั่วบรี โภคถั่วเหลือง 45 กรัมต่อวันจะ

ช่วยลดระดับไขมัน LDL-C ได้ถึงร้อยละ 12.9 (Whitham, 2006) และจากการศึกษายังพบว่า การรับประทานอาหารแบบ Mediterranean เช่น ผลไม้ ขนมอบปิ้ง ธัญพืช มันฝรั่ง ถั่ว ถั่วเปลือกแข็ง น้ำมันมะกอก และผลิตภัณฑ์จากนม ปลา นอกจากจะช่วยลดระดับไขมันในเลือดแล้ว ยังลดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอีกด้วย (Neli, 2006) นอกจากนั้น ควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำตาล หรืออาหารที่มีน้ำตาลปริมาณสูง เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัดเช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน ไอศกรีม น้ำผลไม้ การเติมน้ำตาลทรายในอาหารที่กำลังบริโภค งคขนมหวาน เบเกอรี่ทุกชนิด เนื่องจากอาหารประเภทนี้ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบ และแข็งตัว

5. ควรรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทุกมี่วันละ 20-30 กรัม เพราะในผัก และผลไม้จะมีสาร Antioxidant และใยอาหาร (Dietary fiber) ช่วยต่อต้านอนุมูลอิสระ และช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ทั้งนี้จากการศึกษาของ Wu et al. (2003) พบว่าใยอาหารจากผัก และผลไม้จะมีความสามารถในการดูดซึมของผนังชั้น Intima ในหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด โดยจะไปจับกับ Bile acid ทำให้การดูดซึมคอเลสเตอรอลลดลง นอกจากนี้ผักและผลไม้ยังช่วยในกระบวนการย่อย และการดูดซึมทำให้ระบบการขับถ่ายเป็นปกติ และจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การใช้สเตียรอยด์จากพืชผสมในอาหารสำเร็จรูปแทนอาหารประเภทไขมัน จะช่วยลดการดูดซึมคอเลสเตอรอลจากอาหาร โดยการเข้าไปแทนที่และทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลงได้ อาหารที่มีใยอาหารสูงได้แก่ ผัก ผลไม้ แครอท ข้าวโพด อุ่น ถั่ว ถั่วลิสง (ปริยานุช แซ่มวงษ์, 2547)

6. ควรรับประทานอาหารที่ปรุงเอง เพราะสามารถควบคุมชนิดหรือประเภทของอาหารได้ ทำให้ได้สารอาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง และวิธีการปรุงอาหาร ควรเน้นเป็นวิธี ต้ม นึ่ง อบ ต้ม ย่าง การทอดควรใช้น้ำมันน้อย ๆ พยายามอย่าให้หอม น้ำมัน หลีกเลี่ยงการชุบแป้งทอด การย่างก็อย่าให้ไหม้เกรียม

7. ดื่มแอลกอฮอล์ได้บ้าง ไม่ควรเกิน 6 ส่วนต่อสัปดาห์ (แอลกอฮอล์หนึ่งส่วนได้แก่ วิสกี้ 1½ออนซ์ หรือเบียร์ 12 ออนซ์ หรือไวน์ 4 ออนซ์) ยกเว้นผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ห้ามดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มระดับของ HDL-C โดยในผู้หญิงแนะนำให้ดื่มไม่เกิน 1 drink ต่อวัน ในผู้ชายดื่มไม่เกิน 2 drink ต่อวัน (Roussell & Kris-Etherton, 2007)

หลักการรักษาไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง

การรักษาระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงด้วยอาหาร ประกอบด้วยหลักการ 3 ประการ ดังนี้

1. จำกัดปริมาณพลังงานที่รับประทาน ร่วมกับควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สำหรับหลักการผู้ที่เป็นโรคอ้วนทั้งตัว และ/ หรือโรคอ้วนลงพุง จะต้องนำไปปฏิบัติให้ได้การลดน้ำหนักตัวสัปดาห์ละ 0.25-0.5 กิโลกรัม จึงถือว่าปลอดภัย

2. ลดปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตโดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องลดปริมาณน้ำตาลที่รับประทาน ซึ่งปัจจุบันนิยมใช้น้ำตาลเทียมคือ ซูคราโลส แทนน้ำตาล

3. หยุดดื่มสุราโดยเด็ดขาด

หลักการรักษาระดับ HDL-C ในเลือดต่ำด้วยอาหาร

ภาวะ HDL-C ในเลือดต่ำ มักพบร่วมกับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ดังนั้นแนวทางในการควบคุมระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง จึงนำมาประยุกต์ใช้ได้กับผู้ที่มีระดับ HDL-C ในเลือดต่ำ สิ่งที่ต้องเน้นเพิ่มเติมคือ ผู้ที่สูบบุหรี่ต้องหยุดสูบบุหรี่ สำหรับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ต้องหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ความหมายของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

ศิริลักษณ์ สินธวาลัย (2544) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ว่าเป็นเรื่องของลักษณะวิธีการกินอาหาร ว่ากินอะไร กินอย่างไร มากหรือน้อย บ่อยหรือไม่ในรอบวันรอบเดือน มีระเบียบมารยาทการกินอย่างไร เป็นต้น พฤติกรรมดังกล่าวอาจจำแนกไปตามลักษณะหรือประเภทของบุคคล เช่น เป็นเด็ก เป็นผู้ใหญ่ ผู้ป่วย เป็นต้น หรืออาจจำแนกการกินตามโอกาส เช่น การกินที่บ้าน การกินที่ร้านอาหาร หรือในวาระต่าง ๆ เช่น วันเกิด วันแต่งงาน เป็นต้น นอกจากนี้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอาจยังจำแนกออกโดยตามภาคหรือยุคสมัยที่ต่างกันเป็นหลัก

อัจฉรา ดลวิทยาคุณ (2550) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมว่า เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล ทำให้ได้รับสารอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ร่างกายจึงสะสมไว้ตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำให้เกิดภาวะโรคอ้วน หรือน้ำหนักเกิน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามมาเช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเก๊าท์ และโรคเบาหวาน เป็นต้น

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลที่ทำอยู่เป็นประจำในการรับประทานอาหาร ซึ่งถ้าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ก็จะทำให้ได้รับสารอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาเช่น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และจะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ค่านิยมในการบริโภคเปลี่ยนไป ทำให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 80 ซึ่งสาเหตุ (Smith, 2007) ปัจจุบันปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจาก สถิติประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกมี 400 ล้านคนที่เป็นโรคอ้วนและมี 1.6 พันล้านคนมีภาวะอ้วนที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง (WHO, 2011) ภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้ประชากรไทยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจร้อยละ 86 (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการบริโภคเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม ร้อยละ 71.1 บริโภคแป้งและน้ำตาลสูงเกิน 3 เท่าจาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2526 เป็น 31.2 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2552 และมีการบริโภคผักและผลไม้ น้อย (ปานบดี เอกะจัมปะกะ และนิธิศ วัฒนมะโน, 2552)

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีสาเหตุมาจากการพันธุกรรมร่วมกับการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวในปริมาณที่สูง ซึ่งจะส่งผลต่อระดับของ LDL-C ในเลือดให้สูงขึ้น (Roussell & Kris-Etherton, 2007) อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงได้แก่ อาหารสำเร็จรูปอาหารฟาสต์ฟู้ด (Fast food) ส่วนมากบุคคลจะรับประทานมากเกินไปทั้งชนิด และปริมาณ โดยไม่คำนึงคุณค่าทางอาหาร ส่วนใหญ่จะบริโภคตามความเคยชิน และตามความชอบ ทำให้เกิดปัญหาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ตามมา ดังเช่นการศึกษาของ สุริย์พร โสกันแกตุ (2544) เรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไขมันของประชาชนในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า ร้อยละ 88.7 นิยมบริโภคอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการทอด รองลงมาคือการผัด พบร้อยละ 73.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ ฌภาภัช คัชฌานุช (2551) เรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับระดับคอเลสเตอรอลในข้าราชการที่มาตรวจสุขภาพประจำปี ที่พบว่า รูปแบบการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง บริโภคอาหารที่ปรุงจากไขมันหรือกะทิในแต่ละมื้อ ประมาณ ร้อยละ 50 และ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ที่บริโภคมากที่สุดคือ เนื้อหมู/เนื้อวัว รองลงมา เป็นอาหารประเภทปลา ส่วนอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ หนังเป็ด/หนังไก่ กุ้ง หอย/ปู/ปลาหมึก ส่วนใหญ่รับประทาน 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ อาหารประเภททอด และผัด กลุ่มตัวอย่างรับประทานมากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 47.4 และ 67.3 ตามลำดับ และร้อยละ 59 ของกลุ่มตัวอย่างชอบดื่มชา และกาแฟ โดยจะใส่น้ำตาล นม หรือครีมปอย (≥ 4 ครั้ง/สัปดาห์) ซึ่งสรุปผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.3 ได้รับความเสี่ยงต่อคอเลสเตอรอลในอาหารมากกว่า 300 มิลลิกรัม/วัน

อย่างไรก็ตามปัจจุบัน พบว่า มีผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติจำนวนมากที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จากการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นผู้นำในการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติทั่วโลกได้ทำการประเมินการบรรลุระดับ LDL-C เป้าหมายในผู้ป่วยเกือบ 5,000 รายทั่วประเทศพบว่า อัตราการบรรลุระดับ LDL-C เป้าหมายโดยรวมเท่ากับร้อยละ 38 (The Lipid Treatment Assessment Project [L-TAP], 2000 อ้างถึงใน สุรกิจ นาทีสุวรรณ, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่าอัตราการควบคุมระดับไขมันเท่ากับร้อยละ 32.6 เท่านั้น (สุรกิจ นาทีสุวรรณ, 2549) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าในทางปฏิบัติยังมีผู้ที่มีภาวะไขมันอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการบริโภคอาหารที่เกินความต้องการของร่างกาย ขาดสัดส่วนอาหารที่เหมาะสม บริโภคอาหารที่มีไขมันน้อยลง บริโภคไขมันและน้ำตาลเพิ่มขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายได้ในที่สุด (Tayie & Zizza, 2009)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จึงเป็นมาตรการสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันและลดอัตราการป่วย และตายจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ การบริโภคอาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน เพราะฉะนั้นถ้าบุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม อาหารนั้นมีคุณค่าทางโภชนาการและได้สัดส่วนที่เหมาะสม ก็จะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างพลังงานไปใช้ในการดำเนินชีวิต ส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรคต่าง ๆ และทำให้มีชีวิที่ยืนยาวขึ้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ 2550 - 2554) ที่ให้ความสำคัญในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพคนไทยให้แข็งแรงทั้งกายและใจ มุ่งการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน เสริมสร้างให้คนไทยมีความมั่นคงทางด้านอาหาร ทั้งความเพียงพอด้านปริมาณ คุณภาพ และการบริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันประชากรไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งการบริโภคและการใช้ชีวิต ซึ่งส่งผลให้คนไทยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้เพิ่มมากขึ้น เพราะฉะนั้นการที่บุคคลมีจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้เป็นสิ่งสำคัญ เพราะการรับรู้ของบุคคลที่จะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม นั้นหมายความว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวมาก เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และจะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง ก็จะทำให้เกิดความตระหนัก สามารถนำพาตนเองไปสู่การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้ (Becker, 1974)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ได้รับการพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้รับแนวคิดทฤษฎีภาคสนาม (Field theory) และทฤษฎีการจูงใจ (Motivation theory) ที่เชื่อว่า บุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก (Positive value) ในขณะที่จะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ ที่ให้ค่านิยมเชิงลบ (Negative value) สามารถอธิบายได้ว่า ถ้าหากบุคคลเห็นว่าการเป็น โรคเป็นสิ่งที่ให้ค่านิยมเชิงลบ บุคคลก็หลีกเลี่ยงจากสิ่งดังกล่าว แล้วหันตนเองไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นค่านิยมเชิงบวก (น้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2553)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะส่งผล หรือมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ดังนั้น แต่ละบุคคลจะมีการปฏิบัติตัวที่แตกต่างกันไปในการดูแลสุขภาพของตนเอง ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ และวิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม เป็นต้น

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัย 6 ประการ ดังนี้ (น้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2553)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคล ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะที่ปกติ และภาวะที่เกิดการเจ็บป่วย ทั้งนี้ในแต่ละบุคคลก็จะมีเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และการรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้บริการ และการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคนี้ ถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และมีอิทธิพลสูงกว่าองค์ประกอบอื่น ๆ โดยจะส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพเป็นอย่างมาก เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของการเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครั้ว และฐานะทางสังคม เช่น เกิดความพิการ ความยากลำบากในการรักษา เกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาจเกิดการเสียชีวิต หากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ถ้าไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค ก็อาจส่งผลให้ยังไม่มีการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีได้

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคและการรักษา (Perceived benefits) หมายถึง รู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลต่อการปฏิบัติสุขภาพนั้น ๆ ในการลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรง

ของโรคและต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived barrier) หมายถึงการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี ว่าสิ่งที่กำลังปฏิบัติ อาจเกิดผลในด้านลบอย่างไรบ้าง เช่น มีค่าใช้จ่ายสูง เกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย จัดกับลักษณะหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่อาจจะเกิดก่อนที่จะตัดสินใจว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพดีหรือไม่ และควรจะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้หรือไม่

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในบุคคล โดยมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจด้านสุขภาพอนามัย ความพึงพอใจ ความร่วมมือ สุขภาพร่างกาย ณ ขณะนั้น เป็นต้น ส่วนสิ่งเร้าภายนอกร่างกายได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำ หรือการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว หรือคนรอบข้าง เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ ร่วมกับปัจจัยด้านการรับรู้ต่าง ๆ ด้าน จะเป็นแรงผลักดันที่จะทำให้ บุคคลเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพดี

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึงปัจจัยนอกเหนือจากองค์ประกอบทั้ง 5 ประการ เช่น ปัจจัยด้านประชากร โครงสร้าง ทักษะคิด สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ความต่อเนื่องของการรักษา การสนับสนุนด้านต่าง ๆ เป็นต้น

อาจกล่าวได้ว่า การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค อย่างนั้น บุคคลนั้น จะต้องมีความเชื่อดังนี้

1. ตนเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น
2. เมื่อเกิดโรคขึ้น และโรคนั้นมีความรุนแรง และส่งผลกระทบต่อ การดำเนิน

ชีวิตประจำวันของตน

3. หากตนปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้น ก็จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือลดความรุนแรงของโรค และทั้งนี้ ไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยา มาขัดขวางที่จะทำให้ตนปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพดี เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด ความอาย

ปัจจัยต่าง ๆ ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กัน ที่สามารถใช้เพื่อทำนาย และอธิบายขึ้นพฤติกรรมความร่วมมือของบุคคลในการปฏิบัติตัว เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น ดังภาพที่ 2 ดังนี้

เจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วย ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะดำเนินถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มาเป็นกรอบแนวคิด ในการอธิบายถึงตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และยังคงส่งผลกระทบต่อ การเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรังต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม การที่จะทำให้กลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เหล่านี้ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสมนั้น บุคลากรทางทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาล ผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญที่จะเป็นผู้นำในด้านของการส่งเสริมสุขภาพ จึง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารเสียก่อน จึงจะ สามารถช่วยปรับเปลี่ยน หรือส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรม ในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (กาญจนา อนุตริยะ, 2548; Elis et al., 2011) กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547; ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก, 2552; อัจษรา บุญมีศรีทรัพย์, อภรณ์ ดีนาน และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2550; Doris et al., 2003) กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (นัยนา เมธา, 2544; ปราณิ ทองพิลา, 2542; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; รัตนา เรือนอินทร์, 2550; อารักขา ใจธรรม, 2545; อรุณลดา นางแย้ม, 2550) พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภค ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ รายได้ อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และคาดว่าจะสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Becker, 1974) มาช่วยอธิบาย และทำนายพฤติกรรมด้าน การบริโภคอาหารของกลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งปัจจัยที่ได้คัดเลือกมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้าง คือ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร และปัจจัยด้านการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะ ไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภค อาหาร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร

ปัจจุบันเนื่องด้วยปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกวัย ทั้งนี้เนื่องมาจาก วัฒนธรรมจากตะวันตกเข้ามามีอิทธิพล โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่นอาหารประเภท อาหารจานด่วน หรือ ฟาสต์ฟู้ด (Fast food) ซึ่งเป็นอาหารที่ทำให้ความสะดวก รวดเร็ว และง่ายต่อการบริโภค อาหารเหล่านี้เป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง มีไขมัน และน้ำตาลมาก ถ้ารับประทานเป็นประจำจะส่งผลทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวานได้ ดังนั้นการมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับบุคคลนี้ ความรู้จะช่วยให้บุคคล ได้ใช้ความคิด พิจารณา เพื่อประกอบการตัดสินใจ ที่จะเลือกบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ จากการศึกษาของ ฌักกานต์ ช่างเหล็ก (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว ร้อยละ 22.8 พบว่ามีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ เช่น ยังไม่ทราบว่า กรดไขมันในปลาจะช่วยลดการจับตัวของไขมันในหลอดเลือด การรับประทานไขมันไม่ควรเกินสัปดาห์ละ 3 ฟอง การบริโภคข้าวกล้องจะช่วยลดคอเลสเตอรอล และช่วยในเรื่องการขับถ่าย จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม

จะเห็นได้ว่า ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งของการปฏิบัติตัวทั้งในกลุ่มผู้ที่เจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วยและ จากการศึกษาของ อรุณดา นางแย้ม (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 197 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p < .01$) ซึ่งหมายความว่า เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรค และวิธีปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคจากบุคลากรสาธารณสุข จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะโรคที่เป็นอยู่

สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ก็จะส่งผลบุคคลได้มีการคิด และพิจารณา อย่างรอบคอบ ในการที่ตัดสินใจเลือกซื้ออาหารที่ดี และมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาที่ได้กล่าวมาในเบื้องต้น เพราะฉะนั้นปัจจัยความรู้เรื่องการบริโภคอาหารจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเกี่ยวกับตนเองว่ามี

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เนื่องจากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่นการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง และอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไปเกินความต้องการ ดังนั้นถ้าผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคมามากขึ้น และรับรู้ถึงกระทบของโรคนั้นต่อตนเอง ก็จะทำให้เกิดความตระหนัก และเล็งเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ดังการศึกษาของ Elis et al. (2011) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกไขมันประเทศอิสราเอล จำนวน 104 คน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือด ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในการรักษา และติดตามผลของระดับไขมันในเลือดอย่างสม่ำเสมอ จะเกิดความตระหนัก รับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรค และผลประโยชน์ของการรักษา จึงทำให้เกิดพลังในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้สามารถลดระดับไขมันลงได้ตามเป้าหมาย ($p < .01$) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผลการประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก ส่วนกลุ่มที่มีความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาของ กาญจนา อนุตริยะ (2548) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้ร้อยละ 33.1 ($r = .37, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 90 ราย ที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจดีขึ้น จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ($r = .32, p < .01$) การศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p < .01$) อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นจะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคได้ดีขึ้น และการศึกษาของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชนเครือข่าย โรงพยาบาลสี จังหวัดลำพูน โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 350 ราย ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42, p < .01$)

สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมามากขึ้น ก็จะเล็งเห็นความสำคัญ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม จากการศึกษา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นปัจจัยสำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่า ปัจจัยด้านอื่น ๆ และสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ (Becker, 1974) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้น พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพราะฉะนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยนี้สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ทั้งในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (กาญจนา อนุตริยะ, 2548; จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547; รัตนา เรือนอินทร์, 2550; อรุณลดา นางแย้ม, 2550; Elis et al., 2011)

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการมีระดับไขมันที่สะสมในหลอดเลือด จะทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย อาจทำให้เกิดโรครหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะก่อให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิตได้ และด้านเศรษฐกิจ อาจต้องใช้เวลาในการรักษาด้วยยา ที่ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก การรับรู้ด้านนี้เป็นปัจจัยสำคัญ เพราะหากบุคคลรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค ก็อาจทำให้ยังไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ถึงร้อยละ 57.3 ($r = .70, p < .01$) แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การศึกษาในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ของ นัยนา เมธา (2544) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารหมวดเครื่องปรุงรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .05$) หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรคอยู่ในระดับสูง ก็จะให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และการศึกษาของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของ

ภาวะแทรกซ้อนของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจะมีการปฏิบัติตัวในด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับที่สูง

สรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริม และกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ (Becker, 1974) กล่าวว่า หากบุคคลรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรง และจะส่งผลกระทบต่อชีวิต สถานภาพทางสังคม ก็จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ เพราะฉะนั้นถ้าผู้ที่มีภาวะไขมันมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดว่าจะส่งผลกระทบต่อตนเองทั้งด้านร่างกาย เศรษฐกิจ ก็จะทำให้เกิดมีการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ดังการศึกษาวิจัยที่ได้กล่าวมาข้างต้น ที่ผลการศึกษาระบุถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งในกลุ่มของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง (จิตติมา กุริทัตกุล, 2547; นัยนา เมธา; 2544; รัตนา เรือนอินทร์, 2550) เพราะฉะนั้นปัจจัยนี้จึงสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้

การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร

เป็นการรับรู้ของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่เชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ตามคำแนะนำ หรือแสวงหามานั้น เป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และสามารถทำให้มีสุขภาพดี ทำให้หาย หรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ได้จริง ดังนั้นในการตัดสินใจที่จะมีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่การบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้หรือไม่ ขึ้นกับการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อตนเอง โดยบุคคลมักจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Becker, 1974) ดังการศึกษาของ Doris et al. (2003) เรื่องความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของบุคลากรมหาวิทยาลัย ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคมะเร็งลำไส้ ($p < .01$)

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ปราณี ทองพิลา (2542) เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาล

พระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 ราย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 200 ราย ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40, p < .01$) การศึกษาของ อารักขา ใจธรรม (2545) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 165 ราย ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .46, p < .01$) การศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .46, p < .01$) และการศึกษาของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .57, p < .05$)

สรุปได้ว่า ถ้าผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีความเชื่อตามการรับรู้ว่าการปฏิบัติตนด้านบริโภคอาหารที่เหมาะสม จะส่งผลให้ลดระดับไขมันในเลือดได้ และยังช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นเมื่อบุคคลเห็นประโยชน์ในสิ่งที่จะปฏิบัติมากกว่าผลเสีย (Becker, 1974) ก็จะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมนั่นเอง และจากการศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้น พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งในกลุ่มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ปราณี ทองพิลา, 2542; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; อารักขา ใจธรรม, 2545; อรุณลดา นางแย้ม, 2550; รัตนา เรือนอินทร์; Doris et al., 2003) เพราะฉะนั้นจึงสรุปได้ว่าปัจจัยนี้สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้

การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร

เป็นการรับรู้หรือการคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมว่า อาจเกิดผลในทางลบอย่างไรบ้าง เช่น มีค่าใช้จ่ายสูง มีความยุ่งยากในการปฏิบัติ ขัดกับลักษณะหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น ดังนั้นบุคคลจึง

ต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับการบริโภคอาหาร กับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ก่อนการตัดสินใจว่าควรปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมหรือไม่ (Becker, 1974) สอดคล้องกับศึกษาของ กาญจนา อนุตริยะ (2548) เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่าการรับรู้ อุปสรรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้ร้อยละ 33.1 ($r = -.45, p < .01$) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.59, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มีการรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่สูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ปราณีย์ ทองพิลา (2542) วาสนา ครุฑเมือง (2547) และอารักขา ไชธรรม (2545) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเช้า โรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.44, p < .01$), ($r = -.57, p < .01$), ($r = -.41, p < .01$) ตามลำดับ

สรุปได้ว่า ถ้าผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายสูง ความยุ่งยากในการปฏิบัติ การไม่มีเวลา หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน จะเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ อย่างไรก็ตามถ้าพบอุปสรรคในการปฏิบัติมีมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ ก็อาจทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้ง ท้ายที่สุดก็หลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ เพราะฉะนั้น การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังการศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้น พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งในกลุ่มของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (กาญจนา อนุตริยะ, 2548; จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547; ปราณีย์ ทองพิลา, 2542; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; อารักขา ไชธรรม, 2545) เพราะฉะนั้นปัจจัยนี้จึงสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในเบื้องต้น ของกลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และในกลุ่มของผู้ที่เป็นโรคแล้ว เช่น กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง จะเห็นได้ว่า ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล

ทั้งในด้านการป้องกันโรค และเกิดการเจ็บป่วยแล้ว ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งมีองค์ประกอบครบคลุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร มาใช้อธิบายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในโรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี ซึ่งนอกจากจะทำให้ได้ทราบถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนแล้ว ยังทำให้ได้ทราบถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองต่อภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญ ที่จะนำปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร นำมาสร้างเป็นโปรแกรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระหว่าง ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งเช่น ระดับคอเลสเตอรอลรวม ในเลือดสูงกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและ/ หรือ ระดับไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดสูงกว่าหรือเท่ากับ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/ หรือ ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอลสูงกว่า หรือเท่ากับ 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/ หรือ ระดับแอสดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำกว่า หรือเท่ากับ 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (พึงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545; NCEP 2001) ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี จากข้อมูลทางสถิติของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีจำนวนทั้งสิ้น 1,384 คน โดยแบ่งเป็นแผนกศูนย์ตรวจสุขภาพ 397 คน แผนกอายุรกรรม 758 คน แผนกประกันสังคม 229 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับการบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ อย่างน้อย 6 เดือน และไม่มีโรคร่วม
2. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชาย
3. สามารถสื่อสาร พูด ฟัง เขียน และเข้าใจภาษาไทย
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี เป็นโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสามารถเลือกแพทย์ในการตรวจและรักษาได้ ดังนั้นกลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจึงกระจายอยู่ตามแผนกผู้ป่วยนอกคือ แผนกศูนย์ตรวจสุขภาพ แผนกอายุรกรรม และแผนกประกันสังคม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane (1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 นำมาเข้าสู่สูตรดังนี้

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

โดยที่	n	หมายถึง	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	N	หมายถึง	ขนาดประชากร
	e	หมายถึง	ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง (.05)

แทนค่าสูตร $N = 1,384$ ราย

$$e = .05$$

เมื่อนำมาเข้าสู่สูตรคำนวณ จะได้

$$\begin{aligned} n &= \frac{1,384}{1 + (1,384) \times (0.05)^2} \\ &= 310.31 \text{ ราย} \end{aligned}$$

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายหรือความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในศึกษาทั้งหมด = 340 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย มีขั้นตอนดังนี้

1. แบ่งประชากรตามแผนกศูนย์ตรวจสุขภาพ แผนกอายุรกรรม และแผนกประกันสังคม
2. กำหนดสัดส่วนประชากรจากแผนกศูนย์ตรวจสุขภาพ แผนกอายุรกรรม และแผนกประกันสังคมโดยใช้อัตราส่วนดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

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

จากการคำนวณ ได้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแผนกดังนี้

ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
แผนกศูนย์ตรวจสุขภาพ	397	98
แผนกอายุรกรรม	758	186
แผนกประกันสังคม	229	56
รวม	1,384	340

3. เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 แผนกมาแล้ว ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยใช้สูตรกำหนดช่วงการสุ่ม (Sampling interval) ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550)

$$I = N/n$$

โดยที่ I หมายถึง ช่วงการสุ่ม

N หมายถึง ขนาดประชากร

n หมายถึง ขนาดตัวอย่าง

จากการคำนวณ โดยใช้สูตรกำหนดช่วงการสุ่มของแผนกศูนย์ตรวจสุขภาพ แผนกอายุรกรรม และแผนกประกันสังคม ได้ช่วงของการสุ่มเท่ากับ 4

4. รวบรวมรายชื่อผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติทั้ง 3 แผนก ที่มีการนัดหมายในแต่ละวัน โดยเรียงตามเวลาที่ได้นัดหมายจากคอมพิวเตอร์

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตามเวลานัดหมาย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติโดยเลือกลำดับที่ได้คำนวณช่วงจากการสุ่มตัวอย่างทั้ง 3 แผนก คือ แผนกศูนย์ตรวจสุขภาพ แผนกประกันสังคม และแผนกอายุรกรรม ซึ่งคำนวณช่วงจากการสุ่มเท่ากับ 4 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างรายแรก คือ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ลำดับที่ 4, 8, 12, 16, 20, 24 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบทุกแผนก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ประวัติการได้รับยาลดไขมันในเลือด และการออกกำลังกาย ซึ่งประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบและแบบเติมข้อความในช่องว่าง จำนวน 13 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นชุดคำถามของ ฌภาภัช คัจฉานุช (2551) เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูง ซึ่งผู้วิจัยเอามาใช้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 29 ข้อ ครอบคลุมถึงการรับประทานอาหารทั้ง 6 ประเภทอาหารประเภทเนื้อสัตว์และไข่ ได้แก่ข้อคำถามที่ 1-10 อาหารประเภทข้าวและแป้ง ได้แก่ข้อคำถามที่ 11-14 อาหารประเภทที่ปรุงจากน้ำมันหรือกะทิ ได้แก่ข้อคำถามที่ 15-17 อาหารประเภทของหวานและเครื่องดื่ม ได้แก่ข้อคำถามที่ 18-25 อาหารประเภทผักและผลไม้ ได้แก่ข้อคำถามที่ 26-28 อาหารประเภทอื่น ๆ เช่น อาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด ได้แก่ข้อคำถามที่ 29 โดยวัดเป็นความถี่ในการรับประทานอาหารใน 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วน 5 ระดับคือ ความถี่ทุกวัน, 4-6 ครั้ง/ สัปดาห์, 1-3 ครั้ง/ สัปดาห์, 1-3 ครั้ง/ เดือน, และไม่รับประทาน แต่สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงสเกล เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) วัดเพียง 4 ระดับคือ ปฏิบัติทุกวัน = 3 คะแนน, ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 2 คะแนน, ปฏิบัติบางครั้ง = 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ = 0 คะแนน ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อเป็นระดับดังต่อไปนี้

ปฏิบัติทุกวัน	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้น ๆ 7 วัน/ สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้น ๆ ประมาณ 4-6 วัน/ ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้น ๆ ประมาณ 1-3 วัน/ สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้น ๆ เลย

เกณฑ์การให้คะแนนของคำตอบแต่ละข้อเป็นดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	ค่าคะแนนเท่ากับ 0
ปฏิบัติบางครั้ง	ค่าคะแนนเท่ากับ 1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ค่าคะแนนเท่ากับ 2
ปฏิบัติทุกวัน	ค่าคะแนนเท่ากับ 3

ช่วงคะแนนของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม มีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 87 คะแนน เกณฑ์ในการกำหนดคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรายภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัยที่มีค่าสูงสุด-พิสัยที่มีค่าต่ำสุด (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550) แล้วนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน ซึ่งจะได้คะแนนที่มีความกว้างของชั้นเท่า ๆ กันทุกชั้น และนำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับปรับปรุง ระดับพอใช้ และระดับดี ดังรายละเอียดดังนี้

คะแนนในช่วง 0 – 29 คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง
คะแนนในช่วง 30 - 58 คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่พอใช้
คะแนนในช่วง 59 - 87 คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่ดี

ลำดับของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แบ่งโดยใช้ค่าร้อยละ โดยนำคะแนนของข้อคำถามในแต่ละด้าน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามไม่เท่ากัน นำมาหารด้วย 100 แล้วเรียงตามลำดับโดยค่าร้อยละสูงสุด เป็นอันดับ 1 และค่าร้อยละน้อยสุด จะเป็นลำดับสุดท้าย

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ เป็นชุดคำถามการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวของบุคคล โดยมีจุดเน้นสำคัญที่พฤติกรรมกรรหลักเสี่ยงการเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย และการปรับพฤติกรรม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ กาญจนา อนุตริยะ (2548) ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม และกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Janz and Becker (1984) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ เป็นคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แบ่งเป็นการรับรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้านดังนี้

3.1 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ชุดคำถามนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า และการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จากการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวมากเกินไป อาหารที่มีกะทิ อาหารที่มีเครื่องในสัตว์ และอาหารที่มีหนังสัตว์เป็นส่วนประกอบ ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ และเป็นชุดคำถามที่มีด้านบวกทั้ง 10 ข้อคำถาม

3.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผู้วิจัยนำชุดคำถามของ กาญจนา อนุตริยะ (2548) มาใช้เพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ข้อคำถามประกอบด้วยผลกระทบของการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่จะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ทำให้เลือดตีบแคบทำให้เกิดโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านเศรษฐกิจ ทำให้ต้องมีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา ชุดคำถามเป็นด้านบวกทั้ง 10 ข้อคำถาม

3.3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากชุดคำถามของ กาญจนา อนุตริยะ (2548) ข้อคำถามครอบคลุมถึงประโยชน์ที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่เหมาะสมครบ 5 หมู่ในสัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสม การเลือกวิธีการปรุงอาหาร การนั่ง การดื่มแทนการทอด การรับประทานผักและผลไม้ ชุดคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวกทั้ง 10 ข้อคำถามโดยผู้วิจัยได้ดัดแปลง จำนวน 4 ข้อ เนื่องจากเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

3.4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากชุดคำถามของ กาญจนา อนุตริยะ (2548) ข้อคำถามประกอบด้วยการรับรู้ของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเกี่ยวกับ ปัญหา และอุปสรรคในการบริโภคอาหาร ข้อคำถามมีทั้งหมด 18 ข้อ เป็นคำถามที่มีความหมายด้านบวกทั้ง 18 ข้อคำถาม ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามออก 8 ข้อ เนื่องจากเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ซึ่งไม่เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ดังนั้นข้อคำถามการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารจะมีทั้งหมด 10 ข้อ

ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามการรับรู้สุขภาพทั้ง 4 ด้าน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อเป็นระดับดังนี้

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นบางส่วน
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกทุกประการ

เกณฑ์การให้คะแนนของคำตอบแต่ละข้อเป็นดังนี้

ไม่เห็นด้วย	ค่าคะแนนเท่ากับ 1
เห็นด้วยน้อย	ค่าคะแนนเท่ากับ 2
เห็นด้วยมาก	ค่าคะแนนเท่ากับ 3
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าคะแนนเท่ากับ 4

เกณฑ์การวัดผลโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม ทั้ง 4 ด้าน มีค่าอยู่ระหว่าง 0-160 คะแนน เกณฑ์ในการกำหนดคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรายกึ่งขั้นโดยใช้ค่าพิสัยที่มีค่าสูงสุด-พิสัยที่มีค่าต่ำสุด (บุญใจ ศรีสถิตยันทรากร, 2550) แล้วนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน ซึ่งจะได้คะแนนที่มีความกว้างของขั้นเท่า ๆ กันทุกขั้น และนำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับ 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และ ระดับดี

ผังรายละเอียดดังนี้

คะแนน	1 – 53	หมายถึง	การรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน	54 – 106	หมายถึง	การรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	107 – 160	หมายถึง	การรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

เกณฑ์การวัดผลรายด้าน ของแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร จะใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

คะแนน	1 – 13	หมายถึง	การรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน	14 – 27	หมายถึง	การรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	28 – 40	หมายถึง	การรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องการรับประทานอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ณภักษ์ คัจฉานุช (2551) ซึ่งเป็นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับระดับคอเลสเตอรอล ประกอบไปด้วย 3 หมวดคือ หมวดความรู้เกี่ยวกับคอเลสเตอรอล มีข้อคำถาม 6 ข้อ หมวดการบริโภคอาหารกับระดับคอเลสเตอรอล มีข้อคำถาม 11 ข้อ และหมวดการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพกับระดับคอเลสเตอรอล มีข้อคำถาม 8 ข้อ แต่สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้เลือกมาเฉพาะหมวดการบริโภคอาหารกับระดับคอเลสเตอรอล ซึ่งมีข้อคำถาม 11 ข้อ เท่านั้น และได้ดัดแปลงคำถาม ข้อที่ 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10 และข้อ 11 จากคำว่าคอเลสเตอรอล เป็นระดับไขมันในเลือด เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของงานวิจัย ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด และแบบสอบถามชุดนี้ ณภักษ์ คัจฉานุช (2551) สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม และได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมครบถ้วน การใช้ภาษา และตรงกับกรอบแนวคิด หลังจากนั้น ณภักษ์ คัจฉานุช (2551) ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นของความรู้ จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.91 และลักษณะคำตอบของแบบสอบถามจะเป็นมาตราส่วน 3 ระดับคือ ใช่, ไม่ใช่, และ ไม่แน่ใจ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อเป็นระดับดังนี้

ใช่	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนั้น ๆ ทั้งหมด	ค่าคะแนน = 1
ไม่ใช่	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในข้อนั้น ๆ ทั้งหมด	ค่าคะแนน = 0
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนั้น ๆ บางส่วน	ค่าคะแนน = 0

ช่วงคะแนนแบบสอบถามความรู้เรื่องบริโภคอาหารมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 11 คะแนน
เกณฑ์ในการกำหนดคะแนนความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร แบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีการหา
อันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัยโดยการคำนวณจากค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2550)
แล้วเอาผลที่ได้มาแบ่งเป็นคะแนนออกเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน ซึ่งจะได้คะแนนที่มีความกว้างของ
ชั้นเท่า ๆ กันทุกชั้น และคะแนนที่ได้มานำมาแบ่งเป็นระดับ 3 ระดับคือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง
และระดับมากดังรายละเอียดต่อไปนี้

คะแนนในช่วง 0 - 3	คะแนน	หมายถึง	มีความรู้เรื่องบริโภคอาหารอยู่ใน ระดับต่ำ
คะแนนในช่วง 4 - 7	คะแนน	หมายถึง	มีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารอยู่ใน ระดับปานกลาง
คะแนนในช่วง 8 - 11	คะแนน	หมายถึง	มีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารอยู่ใน ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม
พฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แบบสอบถามการรับรู้ด้าน
สุขภาพ และแบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง
ตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล
ผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎี 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ 1 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด
พิจารณาความสอดคล้องและความถูกต้องของเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง
แก้ไขแบบสอบถามให้ถูกต้องตามคำแนะนำ หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรม
บริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันใน
เลือดผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร
ไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยกำหนดระดับการแสดงความ
คิดเห็นเป็น 4 ระดับ จากข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องในระดับ 3 - 4 และ
หารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ซึ่งได้เท่ากับ .86, .90, .90, .80 และ .90 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค ไปทดลองใช้ในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาค่าความเชื่อมั่นดังต่อไปนี้

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ นำมาคำนวณหาค่าของความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .80 โดยยอมรับค่าความเชื่อมั่นที่มากกว่าหรือเท่ากับ .80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999)

2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของ กาญจนา อนุตริยะ (2548) ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83, .85 และ .77 ตามลำดับ และสำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .94, .88 และ .91 ตามลำดับ

2.3 แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร นำมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder- Richardson 20 [KR-20]) (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2550) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำเอกสารการพิทักษ์สิทธินำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ทั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ตามความสมัครใจ

3. ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างต้องการจะถอนตัวออกจากการวิจัย สามารถทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลหรือ

คำตอบของกลุ่มตัวอย่าง จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงในการทำวิจัย การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ภายหลังจากได้รับคำอธิบายแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่าง ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี

1.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดในการรวบรวมข้อมูลต่อ คณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรีแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้อำนวยการพยาบาล และผู้จัดการแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ แผนกศูนย์ตรวจสุขภาพ แผนกอายุรกรรม แผนกประกันสังคม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการ ทำวิจัย

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 หลังจากผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แผนกศูนย์ตรวจสุขภาพ แผนก อายุรกรรม และแผนกประกันสังคม ได้พบแพทย์เรียบร้อยแล้ว หรือขณะรอรับยา ผู้วิจัยได้เข้าไป แนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้แจ้งการพิทักษ์สิทธิ ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นนำ กลุ่มตัวอย่างไปห้องสุศึกษาของแต่ละแผนก และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบ

2.4 ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูล โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละแผนกทราบถึงวิธีการตอบ แบบสอบถามได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือด ผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการบริโภค

อาหาร และความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองถามครบทุกข้อ โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 40 นาที ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2556

2.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูลภายหลังจากได้รับแบบสอบถามแล้วถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์ ถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

จากการคำนวณพบว่า ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 340 ราย แต่ภายหลังจากที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้ว พบว่า มีแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จำนวน 10 ฉบับ จึงคงเหลือแบบสอบถามที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 330 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ ทั้งรายด้าน และโดยรวม
3. วิเคราะห์คะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร และความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร โดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับและช่วงคะแนน ทั้งรายด้าน และโดยรวม
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร และความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร และความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในโรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 330 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยได้นำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร จำแนกเป็น โดยรวม และรายด้าน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทำนายที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($N = 330$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Median</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ							
ชาย						152	46.1
หญิง						178	53.9
อายุ (ปี)							
	20	70	49.00	48.41	11.83		
20-30 ปี						30	9.1
31-40 ปี						58	17.6
41-50 ปี						84	25.5
50-60 ปี						103	31.2
61-70 ปี						55	16.7
สถานภาพสมรส							
โสด						104	31.5
คู่						206	62.4
หม้าย/ หย่า/ ว่าง/ แยกกันอยู่						20	6.1
ศาสนา							
พุทธ						300	90.9
คริสต์						25	7.6
อิสลาม						5	1.5
ระดับการศึกษา							
ไม่ได้ศึกษา						2	0.6
ประถมศึกษา						40	12.1
มัธยมศึกษาตอนต้น						59	17.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย						79	23.9

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Median</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	จำนวน น (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา (ต่อ)							
ปริญญาตรี						132	40.0
สูงกว่าปริญญาตรี						18	5.5
อาชีพ							
แม่บ้าน						49	14.8
รับราชการ						7	2.1
รับจ้าง						146	44.2
ค้าขาย						71	21.5
เกษตรกรรวม						5	1.5
รัฐวิสาหกิจ						20	6.1
นักธุรกิจ						11	3.3
เจ้าของกิจการ						21	6.4
รายได้	2000	20000	15000	2189.45	22389.73		
น้อยกว่า 5,000 บาท						32	9.7
5,100-10,000 บาท						38	11.5
10,001-15,000 บาท						108	32.7
15,001- 20,000 บาท						69	20.9
มากกว่า 20,001 บาท						83	25.2
ดัชนีมวลกาย	16	46	24.55	24.96	4.58		
< 18.5 กิโลกรัม/เมตร ²	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์					16	4.8
18.50 - 22.9 กิโลกรัม/เมตร ²	ระดับปกติ					89	27.0
≥ 23 กิโลกรัม/เมตร ²	น้ำหนักเกิน					12	3.6
23.00 – 24.99 กิโลกรัม/เมตร ²	อ้วน					48	14.5
25.00 – 29.99 กิโลกรัม/เมตร ²	อ้วนระดับ 1					119	36.1
≥ 30 กิโลกรัม/เมตร ²	อ้วนระดับ 2					46	13.9

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Median</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เส้นรอบเอว	58	119	86	87.42	10.53		
หญิง < 80 ซม.						40	12.1
> 80 ซม.						139	42.1
ชาย < 90 ซม.						104	31.5
> 90 ซม.						47	14.2
ระยะเวลาที่มีไขมันในเลือด ผิดปกติ	1	12	2	2.28	2.26		
น้อยกว่า 1 ปี						14	4.2
1 - 5 ปี						281	85.2
6 - 10 ปี						32	9.7
11 -15 ปี						3	0.3
ประวัติการได้รับยารักษาไขมัน ในเลือด							
ไม่ได้รับยา						168	50.9
ได้รับยา						162	49.1
Lipitor						8	2.4
Simvastatin						154	46.7
การออกกำลังกาย (วัน/ สัปดาห์)	0	7	2	1.09	1.28		
ไม่เคยออกกำลังกาย						138	41.8
ออกกำลังกาย						192	58.2
1-3 วัน/ สัปดาห์						181	54.8
4-6 วัน/ สัปดาห์						7	2.1
7 วัน/ สัปดาห์						4	1.2

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.9) รองลงมาคือเพศชาย (ร้อยละ 46.1) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.4 ปี ($SD = 11.8$) รองลงมาคืออายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 31.2) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.4) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.9) สำเร็จการศึกษาในระดับ

ปริญญาตรี (ร้อยละ 40) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 23.9) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 44.2) รองลงมาคืออาชีพค้าขาย (ร้อยละ 21.5) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 32.7) ($M = 2189.45$, $SD = 22389.73$) รองลงมาคือมีรายได้มากกว่า 20,001 บาท (ร้อยละ 25.2) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 ซม. (ร้อยละ 42.1) รองลงมามีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 80 ซม. (ร้อยละ 12.1) เพศชายมีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 90 ซม. (ร้อยละ 31.5) รองลงมามีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 ซม. (ร้อยละ 14.2) ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 36.1) รองลงมามีค่าดัชนีมวลกาย 18.50 – 22.9 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 27) ระยะเวลาที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 1-5 ปี (ร้อยละ 85.2) ($M = 2.88$ ปี, $SD = 2.26$) ไม่ได้รับยาไขมันในเลือด (ร้อยละ 50.9) และมีการออกกำลังกาย 1-3 วัน /สัปดาห์ (ร้อยละ 54.8) ($M = 1.09$, $SD = 1.28$)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้าน และโดยรวม

ตารางที่ 4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ และระดับของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านและโดยรวม ($N = 330$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ค่าพิสัย		M	SD	ร้อยละ	ระดับ
	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยที่เป็นจริง				
รายด้าน						
ประเภทผัก และผลไม้	0-9	3-9	5.04	0.91	56.00	พอใช้
ประเภทข้าว และแป้ง	0-12	2-10	5.77	1.03	48.08	พอใช้
ประเภทเนื้อสัตว์ และไข่	0-30	4-20	13.15	2.80	45.00	พอใช้
ประเภทที่ปรุงจากน้ำมันหรือกะทิ	0-9	2-8	3.96	1.04	44.00	พอใช้
ประเภทอื่น ๆ เช่น พืชฯ ไม้ทอด	0-3	0-3	1.15	0.79	38.33	พอใช้
ประเภทของหวาน และเครื่องดื่ม	0-24	2-16	7.74	2.89	32.25	ปรับปรุง
โดยรวม	0-87	20-56	37.2	6.76	42.75	พอใช้

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 37.2, SD = 6.76$ จากคะแนนเต็ม 87 คะแนน) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคประเภทผักและผลไม้มากที่สุด (ร้อยละ 56) รองลงมา คือ ประเภทข้าว และแป้ง (ร้อยละ 48.08) ประเภทเนื้อสัตว์ และไข่ (ร้อยละ 45) ประเภทที่ปรุงจากน้ำมันหรือกะทิ (ร้อยละ 44.00) ประเภทอื่น ๆ เช่น พืชชา ไก่ทอด แฮมเบอร์เกอร์ (ร้อยละ 38.33) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละน้อยที่สุด คือ ประเภทของหวานและเครื่องดื่ม (ร้อยละ 32.25)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านและโดยรวม

ตารางที่ 5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้าน และโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 330$)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ค่าพิสัย		M	SD	ระดับ
	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยที่เป็นจริง			
การรับรู้ด้านสุขภาพรายด้าน					
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0-40	22-40	34.0	4.09	ดี
การรับรู้ประโยชน์	0-40	26-40	33.5	3.21	ดี
การรับรู้ความรุนแรง	0-40	28-40	33.3	3.58	ดี
การรับรู้อุปสรรค	0-40	12-40	28.8	4.02	ดี
การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	40-160	96-154	129.6	11.9	ดี

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 129.6, SD = 11.9$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($M = 34.0, SD = 4.09$) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ($M = 33.5, SD = 3.21$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($M = 33.3, SD = 3.58$) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร ($M = 28.2, SD = 4.02$)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวม

ตารางที่ 6 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 330$)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	ค่าพิสัย		M	SD	ระดับ
	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยที่เป็นจริง			
ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร	0-11	1-11	7.21	3.13	สูง

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง ($M = 10.3, SD = 3.13$)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

หลังการทดสอบการกระจายตัวของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในแต่ละตัวด้วยกราฟ Q-Q และ Scatterplot พบว่าตัวแปรทุกตัวมีการกระจายแบบปกติ (Normal Distribution) จากนั้นทำการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงด้วยสถิติ F-test พบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และทดสอบระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	พฤติกรรม การบริโภค อาหาร	การรับรู้ โอกาส เสี่ยง	การรับรู้ ความ รุนแรง	การรับรู้ ประโยชน์	การรับรู้ อุปสรรค	ความรู้ เรื่องการ บริโภค อาหาร
พฤติกรรมการ บริโภคอาหาร	1.00					
การรับรู้ โอกาสเสี่ยง	.45***	1.00				
การรับรู้ ความรุนแรง	.43***	.88***	1.00			
การรับรู้ ประโยชน์	.49***	.91***	.87***	1.00		
การรับรู้ อุปสรรค	-.10*	.18*	-.02*	.01*	1.00	
ความรู้เรื่องการ บริโภคอาหาร	.17***	.20***	.17***	.19***	-.02***	1.00

* $p < .05$, *** $p < .001$

จากตารางที่ 7 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($r = .45, p < .01$) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($r = .43, p < .01$) การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ($r = .49, p < .01$) ส่วนความรู้เรื่องการบริโภคอาหารพบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17, p < .01$) และจากการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.10, p < .01$)

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สมการถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล ครอบคลุมเกณฑ์ที่จะใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. ตัวแปรต้นทั้ง 5 ตัวแปรเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative variables) วัดที่ระดับ Interval และมีการแจกแจงแบบปกติ

2. ตัวแปรต้น และตัวแปรตามมีการกระจายเป็น โคน์ปกติ ไม่มี Outliers

3. Errors มีการแจกแจงแบบปกติ เป็นอิสระต่อกัน (Independence) ไม่เกิด

Autocorrelation ซึ่งสามารถทดสอบโดยหาค่า Durbin-watson ถ้ามีค่าเข้าใกล้ 2 แสดงว่า Errors ของตัวแปรเป็นอิสระกัน ไม่มี Autocorrelation สำหรับการวิเคราะห์ครั้งนี้ได้ค่า Durbin-watson เท่ากับ 1.5 (ค่าปกติ 1.5 – 2.5)

4. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) ต้องมีจำนวนมากพอ ซึ่งจากสูตรการคำนวณของ Tabachnick and Fidell (2001) ที่ได้เสนอไว้ว่าอย่างน้อยต้องมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง case เป็น 50 เท่าของจำนวนตัวแปรต้นสำหรับ Stepwise regression ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรต้น 5 ตัวแปร ดังนั้นจึงต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 250 คน และสำหรับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 330 คน จึงมีจำนวนเพียงพอ

5. ตัวแปรอิสระจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) จึงได้ทำการทดสอบโดยการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) ระหว่างตัวแปรอิสระ ซึ่งถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีค่ามากกว่า .85 ถือว่าตัวแปรคู่หนึ่งมีความสัมพันธ์กันมาก สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระได้แก่ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร เท่ากับ .17, .45, .43, .49, .10 ตามลำดับ

6. ทำการทดสอบตัวแปรอิสระจากการคำนวณค่า Tolerance ซึ่งถ้ามีค่าน้อยมาก หรือเข้าใกล้ 0 แสดงว่าเกิด Multicollinearity และคำนวณค่า VIF ซึ่งค่าที่มากกว่า 4 ถือว่าเกิดปัญหาจาก Multicollinearity สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ค่า Tolerance และ VIF ของตัวแปรความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร เท่ากับ .961, 1.03, .175, .572, .244, .410, 1.04, .961, .104, .961 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ในการทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ตัวแปรทำนาย	R	R ²	Adjusted R ²	b	Beta	t	P - value
การรับรู้ประโยชน์	.487	.237	.235	.961	.509	10.41***	.001
การรับรู้อุปสรรค	.499	.249	.244	-.187	-.111	-2.27*	.05

Constant = 10.468, F = 54.230, p < .001

จากตารางที่ 8 พบว่าตัวทำนายที่เข้าสมการเป็นตัวแรกคือ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ร้อยละ 23.7 (Beta = .51, $p < .001$) ตัวแปรที่เข้าสมการลำดับที่สองได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร โดยสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.9 (Beta = -.11, $p < .05$)

จากผลวิเคราะห์ข้างต้นสามารถสร้างสมการถดถอย เพื่อทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ (Y)

$$\text{พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร} = 10.46 + 0.96 (\text{การรับรู้ประโยชน์}) - 0.187 (\text{การรับรู้อุปสรรค})$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน (Z)

$$Z_{\text{พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร}} = 0.509 (Z_{\text{การรับรู้ประโยชน์}}) - 0.111 (Z_{\text{การรับรู้อุปสรรค}})$$

จากสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ (Y) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อการรับรู้อุปสรรคคงที่แล้ว คะแนนการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น 0.96 คะแนน เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น เมื่อพิจารณาการรับรู้อุปสรรค โดยให้การรับรู้ประโยชน์คงที่แล้ว คะแนนการรับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพลดลง 0.187 คะแนน

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน (Z) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น 0.509 คะแนน เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เมื่อการรับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้น 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนพฤติกรรมลดลง 0.111 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมบริการโภชนาการและปัจจัยทำนายพฤติกรรมบริการโภชนาการของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จังหวัดชลบุรี ได้แก่ แผนกศูนย์ตรวจสุขภาพ แผนกอายุรกรรม และแผนกประกันสังคม จำนวน 330 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80, .94, .88, .91, .80 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรู้ของการบริโภคอาหาร ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน เท่ากับ .81 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2555 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.9) รองลงมาคือเพศชาย (ร้อยละ 46.1) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.4 ปี ($SD = 11.8$) รองลงมาคืออายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 31.2) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.4) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.9) สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 40) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 23.9) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 44.2) รองลงมาคืออาชีพค้าขาย (ร้อยละ 21.5) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 32.7) ($M = 2189.45$, $SD = 22389.73$) รองลงมาคือมีรายได้มากกว่า 20,001 บาท (ร้อยละ 25.2) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 ซม. (ร้อยละ 42.1) รองลงมาคือมีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 80 ซม. (ร้อยละ 12.1) เพศชายมีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 90 ซม. (ร้อยละ 31.5) รองลงมาคือมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 ซม. (ร้อยละ 14.2) ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 36.1) รองลงมาคือค่าดัชนีมวลกาย 18.50 – 22.9 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 27) ระยะเวลาที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 1-5 ปี

(ร้อยละ 85.2) ($M = 2.88$ ปี, $SD = 2.26$) ไม่ได้รับประทานไขมันในเลือด (ร้อยละ 50.9) และมีการออกกำลังกาย 1-3 วัน /สัปดาห์ (ร้อยละ 54.8) ($M = 1.09$, $SD = 1.28$)

2. ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 37.2$, $SD = 6.76$ จากคะแนนเต็ม 87 คะแนน) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่พอใช้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคประเภทผักและผลไม้มากที่สุด (ร้อยละ 56) รองลงมา คือ ประเภทข้าวและแป้ง (ร้อยละ 48.08) ประเภทเนื้อสัตว์และไข่ (ร้อยละ 45) ประเภทที่ปรุงจากน้ำมันหรือกะทิ (ร้อยละ 44.00) ประเภทอื่น ๆ เช่น พิซซ่า ไก่ทอด แฮมเบอร์เกอร์ (ร้อยละ 38.33) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละน้อยที่สุด คือ ประเภทของหวานและเครื่องดื่ม (ร้อยละ 32.25)

3. ข้อมูลการรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 129.6$, $SD = 11.9$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($M = 34.0$, $SD = 4.09$) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ($M = 33.5$, $SD = 3.21$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($M = 33.3$, $SD = 3.58$) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร ($M = 28.2$, $SD = 4.02$)

4. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเท่ากับ 7.21 คะแนน ($M = 10.3$, $SD = 3.13$) จากคะแนนเต็ม 11 คะแนน

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($r = .45$, $p < .01$) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($r = .43$, $p < .01$) และการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ($r = .49$, $p < .01$) ส่วนความรู้เรื่องการบริโภคอาหารพบว่ามี ความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17$,

$p < .01$) และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.10, p < .01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

จากการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม อยู่ในระดับ พอใช้ ($M = 37.2, SD = 6.57$) (ตารางที่ 2) ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลา ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.88 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานพอสมควร ที่จะทำ ให้กลุ่มตัวอย่างมีการเรียนรู้และมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และรักษาระดับไขมันใน เลือดของตนเอง ไม่ให้สูงมากจนเกินไป อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาในระดับ ปริญญาตรี (ร้อยละ 40) ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่มีความรู้ สามารถที่จะค้นคว้า และแสวงหาความรู้ ด้านการบริโภคอาหาร จากสื่อต่าง ๆ หรือจากบุคคลที่เหมาะสม ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภค อาหารได้อย่างเหมาะสม และโดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.4) เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 53.9) ซึ่งโดยบริบทของสังคมไทย เพศหญิง จะเป็นผู้ที่ดูแลครอบครัวทั้งในด้าน ของการเลือกซื้ออาหาร การประกอบอาหาร และด้วยในฐานะที่เป็นคู่สมรส ก็จะมียุทธศาสตร์ ที่จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนในด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยา ให้กับคนในครอบครัว เป็นอย่างดี จึงเป็นเหตุผลสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับที่พอใช้ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ วินิจฉัย (2554) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการ ออกกำลังกายในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง ที่พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่ เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากบริบทของกลุ่มผู้ป่วย ที่มีพื้นฐานภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความคล้ายคลึงกัน จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภค อาหาร อยู่ระดับเดียวกัน และการศึกษาของ กาญจนา อนุตริยะ (2548) เรื่องอิทธิพลของความเชื่อ ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ที่มีภาวะไขมันใน เลือดผิดปกติ จากศูนย์บริการสาธารณสุข ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมัน ในเลือดผิดปกติอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ถึงแม้ว่าจะอยู่ในบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งในส่วนของ โรงพยาบาลรัฐบาล เอกชน หรือในชุมชน แต่ เนื่องด้วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเหมือนกัน จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการด้านบริโภคอาหารที่ คล้ายคลึงกัน และอยู่ในระดับเดียวกัน

จากผลการศึกษา ของ ฉัฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552) เรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมที่เป็นโรคหัวใจแข็งตัวได้เป็นอย่างดี เช่น มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน จำพวกอาหารผัด ทอด อาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ และเนยน้อยกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์ หรือจะไม่รับประทานเลย แต่จะมีการบริโภคปลา น้ำจืด ผักต่าง ๆ และอาหารประเภทหนึ่งทุกวัน จากการศึกษา แสดงให้เห็นว่า การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมนั้น โดยส่วนใหญ่ แล้วมักจะเกิดในบุคคลที่มีการเจ็บป่วยแล้วทั้งสิ้น แต่ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่เป็นเพียงกลุ่มเสี่ยง ที่ยังไม่ได้ทำให้เกิดโรค หรือยังไม่ได้ส่งผลกระทบต่อชีวิต และภาวะสุขภาพในปัจจุบัน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน พบว่า โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทผักและผลไม้มากที่สุด เป็นลำดับที่ 1 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง และเหมาะสม แต่ก็ยังไม่ถึงขั้นที่ดีนัก เพราะรับประทานผักและผลไม้ เพียงร้อยละ 56 และบางด้านมีค่าเฉลี่ยของการบริโภคถึงร้อยละ 40-48 ซึ่งถือว่ายังไม่เหมาะสม เช่น ประเภทข้าวและแป้ง ประเภทเนื้อสัตว์และไข่ ประเภทที่ปรุงจากน้ำมันหรือกะทิ ประเภทอื่น ๆ เช่น พืชช้า ไข่ทอด แฮมเบอร์เกอร์ และในส่วนของหวาน และเครื่องดื่ม ถือว่าควรปรับปรุง เนื่องจากมีการบริโภคถึงร้อยละ 32 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับรายงานสำรวจสัดส่วนประเภทของอาหารที่คนไทยส่วนใหญ่นิยมบริโภค คืออาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์ ซึ่งมีถึง ร้อยละ 97.4 รองลงมาเป็นกลุ่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ร้อยละ 71.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548)

บุคลากรทีมสุขภาพควรตระหนัก และให้ความสำคัญ ในเรื่องการให้ความรู้ด้านโภชนาการที่ถูกต้อง และอธิบายถึงผลกระทบของการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ และอันตรายที่จะคุกคามต่อชีวิต อีกทั้งควรมีการประเมินถึงความเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome) เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ถึงร้อยละ 36.1 ($M = 24.96, SD = 4.58, Min = 16, Max = 46$) ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความอ้วนระดับที่ 1 และมีความเสี่ยงในระดับปานกลางที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550) และเพศหญิงมีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 ซม. (ร้อยละ 42.1) เพศชายมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 ซม. (ร้อยละ 14.2) ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic syndrom) ดังนั้น ถ้าหากบุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรค เกิดความตระหนัก และรับรู้ถึงปัญหาด้านสุขภาพได้มากขึ้น ก็จะมี

ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมได้ ดังการศึกษาของ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ในเรื่องใดแล้ว จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการตอบสนองต่อการรับรู้โดยการแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการรับรู้ นั้น ๆ เพราะฉะนั้นถ้าผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคต่าง ๆ และรับรู้ถึงผลกระทบของโรค ที่จะก่อให้เกิดความรุนแรงถึงการสูญเสียชีวิต ก็จะส่งผลให้มีการปฏิบัติตนในด้านของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ดียิ่งขึ้น

2. ความสามารถในการร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ ร้อยละ 23.7 ($Beta = .51, p < .001$) การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร โดยสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ ร้อยละ 24.9 ($Beta = -.11, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ผู้วิจัยตั้งไว้ดังต่อไปนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ถึงร้อยละ 23.7 ($Beta = .51, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เป็นวิธีที่จะก่อให้เกิดผลดี มากกว่าผลเสียและจะนำมาสู่ภาวะสุขภาพที่ดี น้อมจิตต์ นวลเนตร์ (2553) ยังช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ ก็จะทำให้เกิดการรับรู้ และส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสม (Becker, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณดา นางแย้ม (2550) อารักขา ใจธรรม (2545) และวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .39, p < .01$), ($r = .46, p < .01$), ($r = .40, p < .01$) และยังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 27.2 , 36.1 และ 58.2 ตามลำดับ

การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ถึง ร้อยละ 24.9 ($Beta = -.11, p < .05$)

ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีการรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม หากมีอุปสรรคเข้ามาเกี่ยวข้อง หรือ ขัดขวาง มิให้เกิดการปฏิบัติ เช่น การมีค่าใช้จ่ายสูง มีความยุ่งยากเกิดขึ้น หรือการปฏิบัติจะทำให้ ขัดกับลักษณะอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันแล้ว น้อมจิตต์ นวลเนตร์ (2553) ก็จะส่งผลมิให้เกิดการปฏิบัติการบริโภคอาหารที่เหมาะสม แต่ถ้าหาก ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีการ ประเมินว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่ได้รับมีค่ามากกว่า และส่งผลให้มี สุขภาพดี ก็จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ (Becker, 1974)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) เกี่ยวกับความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรค สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 7.2 ($p < .001$) การศึกษาของ อรุณดา นางแย้ม (2550) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค สามารถทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 25.6 ($p < .05$) และการศึกษาของ กาญจนา อนุตริยะ (2548) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคสามารถร่วม ทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ถึงร้อยละ 33.1 ($p < .01$) จากการศึกษาที่สอดคล้องกัน สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารสามารถ ร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งในกลุ่มของผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว เช่น โรคหลอดเลือด หัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และในกลุ่มที่ยังไม่ได้เป็นโรค เช่น ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ นอกจากนี้ยังมีนักวิจัยที่ได้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านปัจจัยการรับรู้ อุปสรรค ในระหว่างปี ค.ศ. 1974-1984 ที่พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค เป็นปัจจัยที่มีอำนาจใน การทำนายพฤติกรรมในด้านการป้องกันโรคได้ดีที่สุด (Janz & Becker, 1984)

สำหรับปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความ รุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ไม่สามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งเป็นเพียงกลุ่มที่มีความเสี่ยง ที่มีโอกาสจะให้เกิดโรค ต่าง ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง (WHO, 2002) แต่ ณ ปัจจุบัน ภาวะเสี่ยง ดังกล่าว ยังมิได้ส่งผลกระทบทำให้เกิดความรุนแรงทางด้านร่างกาย แต่อย่างไรก็ดี จึงทำให้ผู้ที่มีภาวะ ไขมันในเลือดผิดปกติ ยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และเนื่องจากกลุ่ม ตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีรายได้ เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 10,001-15,000 บาท ถึงร้อยละ 32.7 อีกทั้งยังเป็นกลุ่มที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี มากที่สุดถึงร้อยละ 40 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีความรู้ ดังนั้น จึงสามารถที่

จะค้นคว้า หาความรู้จากสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางทีมสุขภาพได้เป็นอย่างดี แต่ในด้านของการรับรู้ความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของระดับไขมัน ที่จะส่งผลทำให้เกิดโรค อาจมีการรับรู้ แต่ยังไม่เกิดความตระหนักที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้

สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะของการเกิดโรคขึ้นแล้ว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง จะมีความแตกต่างกับกลุ่มที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ อย่างเห็นได้ชัดเจน สามารถอธิบายได้ว่า ในกลุ่มที่มีภาวะของการเกิดโรคแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ และเกิดความตระหนัก ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้มากกว่า เนื่องจาก หากผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ก็จะส่งผลให้โรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อน และใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานมากขึ้น ดังการศึกษาของ อรุณดา นางแย้ม (2550) ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 27.2 และปัจจัยความรู้เรื่องการบริโภคอาหารสามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ถึงร้อยละ 20.2 และจากการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 50.1

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ที่เชื่อว่าการที่บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือไม่ขึ้น ย่อมขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพที่มีองค์ประกอบด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค ซึ่งจะเห็นได้ว่าทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวทั้งในกลุ่มของผู้ป่วยที่เป็นโรค และกลุ่มที่ยังไม่ได้เป็นโรค สำหรับการศึกษานี้ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร และปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้แก่ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ถึงแม้ว่าปัจจัยเหล่านี้จะไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ แต่ ปัจจัยเหล่านี้ก็มี

ความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง

บุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ผู้ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควรให้ความรู้ อธิบายถึงผลกระทบ และความเสี่ยงของโอกาสที่จะเกิดโรค เปรียบเทียบถึงผลดี และผลเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และไม่เหมาะสมให้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค โดยใช้ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร และใช้ปัจจัยเสริม คือ ปัจจัยทั้ง 3 ได้แก่ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เข้ามามีส่วนที่จะช่วยผลักดัน และส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงในเลือดผิดปกติมีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากการวิจัย พบว่า ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ร้อยละ 23.7, 24.9 ($Beta = .51, p < .001$), ($Beta = -.11, p < .05$) ตามลำดับ ซึ่งหมายถึง หากผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม และรู้ว่าการปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ก็จะส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ และถ้าหากผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีการรับรู้อุปสรรคที่จะมาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ ก็จะส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมได้ ดังนั้นพยาบาลควรนำปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ และปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร มาพัฒนาเป็น โปรแกรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงในเลือดผิดปกติมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ และลดอุปสรรคของการบริโภคอาหาร

1.2 จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทของหวาน และเครื่องดื่มอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง โดยมีการบริโภคถึงร้อยละ 32 ซึ่งหากมีการบริโภคมากเกินไปจะส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรณรงค์ส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงในเลือดผิดปกติ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทของหวาน และเครื่องดื่มที่เหมาะสม

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับพอใช้ มีการบริโภคอาหารประเภทของหวาน และเครื่องดื่มอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง และปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ซึ่งหมายถึงเมื่อมีการรับรู้อุปสรรคมาก ก็จะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาล อาจนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแนวปฏิบัติ โดยกำหนดนโยบายให้พยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ แผนกศูนย์ตรวจสุขภาพ แผนกอายุรกรรม และแผนกประกันสังคม มีการจัด โปรแกรมความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสม เน้นลดอาหารประเภทของหวาน และเครื่องดื่ม ให้กับกลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดระดับไขมันในเลือด

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการสอนในระดับปริญญาตรีและระดับบัณฑิตศึกษา เกี่ยวกับการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสมในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เช่น ประสบการณ์การมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคเพิ่มเติม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีเพียง 2 ตัวแปรคือ ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร ซึ่งสามารถทำนายได้ ร้อยละ 23.7 และ 24.9 ตามลำดับ แสดงว่าอาจจะมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2. ควรวิจัยและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ให้มีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการจัดอุปสรรคของการบริโภคอาหาร

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *ร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (พ.ศ. 2550-2559)*.
กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา อนุตริยะ. (2548). *อิทธิพลของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกศกนก เข้มคง. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลสุโขทัย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณินญา พรนริศ. (2546). *โภชนาการผู้สูงอายุ*. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏเชียงใหม่.
- จิตติมา ภูริทัตกุล. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจลิยว ปิยะชน. (2549). *หลอดเลือดแข็งตีบตันพื่นคั้นสภาพด้วยการแพทย์องค์รวม*. กรุงเทพฯ: ตถาตา พับลิเคชั่น.
- ชฎากานต์ อนันท์. (2545). *ความรู้ทางโภชนาการและการบริโภคของพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชั้นฤทัย กาญจนะจิตรา, สมชาย โปธิสิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, วาสนา อิมเอม, แก้ว วิฑูรย์เชียร และสุกกรานต์ โรจนไพบรวงศ์. (2547). *สุขภาพคนไทย 2546*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก. (2552). *พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาโภชนาการชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณภาพัช คัจฉานุช. (2551). *พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระดับคอเลสเตอรอลในเลือดของข้าราชการที่มาตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลบางปลาหม้อจังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาโภชนาการชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- นลินี แจ็งสาริกิจ. (2551). *ผลของการออกกำลังกายแบบฟ็อนเจิมช. ต่อระดับไขมันในเลือดในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของระดับไขมัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร์. (2553). *ศาสตร์หน้ารู้สำหรับงานกายภาพบำบัดชุมชน*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์น่านาวิทยา.
- นิภา จรุงเวทสม์. (2551). *ภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด*. *วารสารราชบัณฑิตยสถาน*, 34(3), 571-197.
- นัยนา เมธา. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บรรจบ ชุมหสวัสดิกุล และลลิตา ชีระสิทธิ์. (2544). *ล้างพิษ 30 วันไขมันลด*. กรุงเทพฯ: รวมทัศน.
- ปราณี ทองพิลา. (2542). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรียา ลีพกุล, บรรหาร กอนันตกุล, เจริญทัศน์จินตนาเสรี, รพีพล กุชร ณ อุษยา และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2546). *หยุดยั้งโคเลสเตอรอลหัวใจไม่พัง: ลดโคเลสเตอรอลด้วยอาหาร*. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 5(2), 117-124.
- ปริญานุช เข้มวงษ์. (2547). *Dyslipidemia*. ใน *จรรยา เอื้อวารกุล และปริญานุช เข้มวงษ์ (บรรณาธิการ). เวชปฏิบัติปริทรรศน์ 3*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ปานบดี เอกะจัมปะกะ และนิธิศ วัฒนมะโน. (2552). *พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนไทยในยุคโลกาภิวัตน์*. วันที่ค้นข้อมูล 2 พฤษภาคม 2554, เข้าถึงได้จาก http://www.moph.go.th/ops/thp/images/stories/Report_pics/special/สถานการณ์บริโภคอาหาร
- พึงใจ งามอุโฆษ, บรรหาร กอนันตกุล, ปิยะมิตร ศรีชรา, เกรียงไกร เสงร์ศรี, กัมมันต์ พันธุ์จินดา และสามารถ นิธินันท์. (2545). *แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด*. *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 19(6), 15-33.

- พิมลรัตน์ เตโชพิทยาภูล และวิทยา ศรีดามา. (2544). อาหารกับภาวะไขมันในเลือดสูง ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *โรคต่อมไร้ท่อ และเมตะบอลิซึม* (หน้า 443-450). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เมตตา คำพิบูลย์, นิตยา พันธุเวชย์ และนุชรี อาบสุวรรณ. (2553). *ประเด็นรณรงค์หัวใจโลกปี 2553*. วันที่ค้นข้อมูล 1 สิงหาคม 2554, เข้าถึงได้จาก http://thaincd.com/document/file/news/announcement/cerebrovascular_disease.pdf
- รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร. (2550). *โรคอ้วน การเปลี่ยนแปลงทางด้านโภชนาการและชีวเคมี*. กรุงเทพฯ: เจริญศิษย์นคกการพิมพ์.
- รัตนา เรือนอินทร์. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลดี จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชัย ต้นไพจิตร. (2541). แนวทางการรักษาไขมันในเลือดผิดปกติ. *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 15(4), 254-530.
- วิชัย ต้นไพจิตร, พิงใจ งามอุโฆษ, บรรหาร กอนันตกุล, หมิงน้อย อุบลเดชประชารักษ์, วรณิ นิธิยานนท์ และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2542). *แนวทางการรักษาไขมันในเลือดผิดปกติ*. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). (บรรณาธิการ). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ในปี 2551-2552 นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์*.
- วิทยา ศรีมาดา. (2553). *Clinical Practice Guideline*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินัส ลิห์พกุล. (2545). ลิปิด (lipid). ใน วินัส ลิห์พกุล, สุภาณี พุทธเดชาคุ้ม และณอมขวัญ ทวีบุรณ์ (บรรณาธิการ). *โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล*. (หน้า 41-49) (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วิไลลักษณ์ พิมรินทร์. (2549). *การรับรู้ภาวะไขมันในเลือดและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วัลลา ตันตโยทัย. (2543). ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. ใน สมจิต หนูเจริญกุล. วิทยา ตันตโยทัย และ รวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ), *การส่งเสริมสุขภาพ*. (หน้า 29-46). นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- ศิริมา มิตรเกษม.(2548). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ศิริลักษณ์ สิ้นขวาลย์. (2544). *หลักโภชนาการ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศุรกิจ นาทีสุวรรณ. (2549). *อัตราการควบคุมระดับไขมันในผู้ป่วยไขมันในเลือดผิดปกติใน โรงพยาบาลระดับการรักษาแบบตติยภูมิ. วันที่ค้นข้อมูล 2 พฤษภาคม 2554, เข้าถึงได้จาก http://www.thaihp.org/index.php?option=other_detail&lang=th&id=48&sub=26*
- ศิริลักษณ์ วินิจชัย. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- สุรีย์พร โสกันเขต. (2544). *พฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดเชียงราย. งานนิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). *การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร)*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- ลำฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2554). *สวปก.ชี้เหตุคุมยา 9 กลุ่ม ขรก. “แพทย์สภา” แนะนำประเมินสุขภาพ. วันที่ค้นข้อมูล 8 กันยายน 2554, เข้าถึงได้จาก <http://gotoknow.org/cgdnews/421452>*
- อังฉรา คลวิทยาคุณ. (2550). *พื้นฐานโภชนาการ*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- อังฉรา บุญมีศรีทรัพย์, อภรณ์ ดินาน และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2552). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 17(3), 41-53.*
- อภิชาติ สุคนธสรณ์. (2543). *การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง: โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. เชียงใหม่: ไอเดนตีตี้กรุ๊ป.*
- อภิชาติ สุคนธสรณ์. (2546). *การวินิจฉัยและการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. ใน อภิชาติ สุคนธสรณ์, และศรัณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), New guideline in coronary Artery disease (หน้า 187-207). เชียงใหม่: ไอแอมออร์เกโนเซอร์แอน แอ็ดเวอร์ตีฟซิ่ง.*

- อรุณลดดา นางแย้ม. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อารักขา ใจธรรม. (2545). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง* โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อารมณั เจษฎาญาณเมธา. (2549). *หลักการใช้อาบบัคภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. วันที่ค้นข้อมูล 2 พฤษภาคม 2554, เข้าถึงได้จาก [http://www.pha.nu.ac.th/apirukw/ambu/uploads/D3652_Handout_Pharmacotherapeutis Dyslipidemia_49.pdf](http://www.pha.nu.ac.th/apirukw/ambu/uploads/D3652_Handout_Pharmacotherapeutis%20Dyslipidemia_49.pdf)
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง*. สงขลา: ลิมบราเคอร์การพิมพ์.
- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Doris, A., David, B., & Diane, F. (2003). Nutrition education worksite intervention for university staff: Application of the health belief model. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 35(5), 260-268.
- Elis, A., Lishner, M., & Melamed, S. (2011). Treatment beliefs and attending follow-up visits in a lipid clinic. *British Journal of Health Psychology*, 16, 61-71.
- Fletcher, B., Berra, K., Braun, L. T., Durstine, J. L., Flerdher, G. F., & Miller, N. H. (2005). Managing abnormal blood lipids: A collaborative approach. *Circulation*, 112, 3184-3209.
- Fritsch, M. A., Montpellier, J., & Kussman, C. (2009). Worksite Wellness a Cholesterol awareness Program. *AAOHN Journal*, 57(2), 69-76.
- Genest, J., Mcpherson, R., Frohlich, J., Anderson, T., Campbell, N., & Carpentier, A. (2009). Canadian Cardiovascular Society/Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult – 2009 recommendation. *Can J Cardiol*, 25(10), 567-579.
- Hooper, L., Summerbell, C. D., Higgins, J. P., Thompson, R. L., Capps, N. E., Smith, G. D., Riemersma R. A., & Ebrahim, S. (2001). Dietary fat intake and prevention of cardiovascular disease: Systematic review. *BMJ*, 322, 757-763.

- Insull, W. (2009). The Pathology of Atherosclerosis: Plaque Development and Plaque Responses to Medical Treatment. *The American Journal of Medicine*, 122(1), S3-S14.
- Janz, N. K., & Becker, M. H., (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Jennifer, A. H., & Jamie, A. B. (2002). Use of Health Belief Model to Examine Older Adults Food-Handling Behaviors. *J Nutr Educ Behav*, 34, S25-S30.
- Krummel, D. A. (2004). Medical Nutrition Therapy in Cherypy in Chardiovascular Disease. In Mahan, L.K., & Stump. S.E. (Eds.). *Kraus's Food, Nutrition, & Diet Therapy*. American: Prentice-Hall.
- Lin, Y., Mousa, S. S., Elshourbagy, N., & Mousa, S. A. (2010). Current status and future direction in lipid management: Emphasizing low-density lipoproteins, high-density lipoproteins, and triglycerides. *Vascular Health and Risk Management*, 6, 73-85.
- Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Crnethon, M., Dai, S., & Smimone, G. D. (2010). Heart Disease and Stroke Statistics- 2010 update: A report from the American Association. *Circulation*, 121(7), e46-e215.
- Lohsoonthorn, V., Lertmaharit, S., & Williams, M. A. (2007). Prevalence of metabolic syndrome among professional and office workers in Bangkok, Thailand. *J Med Assoc Thai*, 90, 1908-1915.
- Lukkarinen, H., & Lukkarinen, O. (2007). Sexual satisfaction among patients after coronary bypass surgery or percutaneous transluminal angioplasty: Eight year follow-up. *Heart Lung*, 36(4), 262-269.
- National Cholesterol Education Program [NCEP]. (2001). Executive summary of the third report of the Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adult (adult treatment panel III). *Journal of the American Medical Association*, 285, 2486-2497
- National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III [NCEP ATP III.] (2002). *Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol In Adult*. Retrived May 2, 2011, from <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3full.pdf>

- Neli, J. S. (2006). Successful Control of dyslipidemia in patients with metabolic syndrom: Focus on lifestyle changes. *Clinical Cornerstone*, 8(1), 15-20.
- Nillakupt, K., Nathalang, O., Arnutti, P., Aimpun, P., Rangsin, R., Panichkul, S., & Areekul, W. (2005). Dyslipidemia in Thai rural adults. *J Med Assoc Thai*, 88(6), 824-828.
- Petersen, M., Oosthuizen, W., & Jerling, J. C. (2005). A systematic review of the effects of nuts on blood lipid profiles in humans. *The Journal of Nutrition*, 135, 2082-2089.
- Polk, D., & Shah, P. K. (2008). Cholesterol ester transfer protein (CETP) and atherosclerosis. *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies*, 4(2), 137-145.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principle and Methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Pongchaiyakul, C., Pongchaiyakul, C., & Pratipanawatr, T. (2005). Prevalence of dyslipidemia in rural Thai adults: An epidemiologic study in KhonKaen province. *J Med Assoc Thai*, 88(8), 1092-1097.
- Pradka, L. R. (2000). Lipid and their role in coronary heart disease. *Nursing Clinics of North America*, 35(4), 981-991.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of Health Belief Model. In M. H. Becker (Ed.) *The Health Belief Model and Personal Behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Roth, G. A., Fihn, S. D., Mokdad, A. H., Aekplakorn, W., Hasegawa, T., & Lim, S. S. (2011). High total serum cholesterol, medication coverage and therapeutic control: An analysis of national health examination survey data from eight countries. *Bull World Health Organ*, 89, 92-101.
- Roussell, M. A., & Kris-Etherton, P. (2007). Effects of lifestyle intervention on high-density lipoprotein cholesterol levels. *Journal of Clinical Lipidology*, 1(1), 65-73.
- Singh, R. B., Dubnov, G., & Niaz, M. A. (2002). Effect of Indo-Mediterranean diet on progression of coronary artery disease in high risk patient: A randomized single-blind trial. *Lancet*, 360(9), 1455-1461.
- Smith, D. G. (2007). Epidemiology of dyslipidemia and economic burden on the healthcare system [Review]. *Am J Manag Care*, 13(3), 69-71.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics Analysis* (4th ed.). Needham Height, MA: Allyn and Bacon.

- Tayie, F. A., & Zizza, C. A. (2009). Food insecurity and dyslipidemia among adult in the United States. *Preventive Medicine, 48*, 480-485.
- Whitham, D. (2002). *Quantifying selected major risk to health. In: The World Report 2002- Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: WHO.
- Whitham, D. (2006). Dietary treatment of dyslipidemia: Overlooked and undervalued. *Endocrinology Rounds, 6*(5), 118-123.
- World Health Organization[WHO]. (2011). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Fact chronic diseases*. Retrived June 22, 2011, from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic/en/>
- Wu, H., Dwyer, K. M., Fan, Z., Shircore, A., Fan, J., & Dwyer, J. H. (2003). Dietary fiber and progression of atherosclerosis: The Los Angeles Atherosclerosis Study. *Am J Clin Nutr, 78*(6), 1085-1091.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ดร.วารินทร์ บินโฮเซ็น
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
3. อาจารย์สังวาล สิริมงคลากุล
หัวหน้าฝ่ายโภชนบำบัด
โรงพยาบาลชลบุรี

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเลขที่.....

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แบบสอบถาม

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ประวัติการได้รับยา และการออกกำลังกาย มี 13 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มี 29 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน มี 40 ข้อ ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มี 10 ข้อ

3.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 10 ข้อ

3.3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารมี 10 ข้อ

3.4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารมี 10 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความรู้เรื่องกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มี 11 ข้อ

แบบสอบถาม

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณabanที่กข้อมูล โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความหรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ

 ชาย หญิง

2. อายุ ปี.....เดือน

3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

5. รอบเอว.....เซนติเมตร

6. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หม้าย/ หย่าร้าง / แยกกันอยู่

7. ศาสนา

 พุทธ อิสลาม คริสต์ อื่นๆ ระบุ.....

8. ระดับการศึกษา

 ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลายปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

9. อาชีพ

 แม่บ้าน เกษตรกรรม รับราชการ รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง นักธุรกิจ ค้าขาย เจ้าของกิจการ

10. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- น้อยกว่า 5,000 บาท
- 5,100-10,000 บาท
- 10,001-15,000 บาท
- 15,001- 20,000 บาท
- มากกว่า 20,001 บาท

11. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

- น้อยกว่า 1 ปี
- 1-5 ปี
- 6-10 ปี
- 11- 15 ปี

12. ประวัติการได้รับยาไขมันในเลือด

- ไม่ได้รับยา
- ได้รับยา

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

13. การออกกำลังกาย

- ไม่ได้ออกกำลังกาย
- ออกกำลังกาย..... วัน/ สัปดาห์

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ แต่ละข้อถามถึงโดยปกติแล้วในชีวิตประจำวันของท่านในสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีการรับประทานอาหารทั้ง 6 ประเภทนี้ถี่มากแค่ไหน ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์และไข่ ประเภทข้าวและแป้ง ประเภทที่ปรุงจากน้ำมันหรือกะทิ ประเภทของหวานและเครื่องดื่ม ประเภทผักและผลไม้ และประเภทอื่น ๆ เช่นอาหารฟาสต์ฟู้ด โดยท่านสามารถเลือกคำตอบได้เพียงระดับเดียวในแต่ละข้อ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความจริงมากที่สุด ซึ่งแต่ละระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติทุกวัน	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้นๆ 7 วัน/ สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้นๆ ประมาณ 4-6 วัน/ ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้นๆ ประมาณ 1-3 วัน/ สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้นๆเลย

	พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	ปฏิบัติทุกวัน	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	อาหารประเภทเนื้อสัตว์ และไข่				
1	เนื้อหมู เนื้อวัว				
2	หมูสามชั้น เนื้อสัตว์ติดมัน				
3	เนื้อเป็ด เนื้อไก่				
4	หนังเป็ด หนังไก่				
5	เครื่องในสัตว์				
6	ไข่ทั้งฟอง				
7	กินเฉพาะไข่แดง				
8	หอย ปู ปลาหมึก				
9	กุ้ง				
10	ปลา				

	ข้อความ	ปฏิบัติทุก วัน	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	ประเภทข้าว และแป้ง				
11	ข้าวขัดขาว				
12	เผือกมัน				
13	ข้าวกล้อง ข้าวขาวผสมข้าวกล้อง				
14	ประเภทเส้นหมี่ เช่นเส้นก๋วยเตี๋ยว เส้นหมี่				
	ประเภทที่ปรุงจากน้ำมัน หรือกะทิ				
15	ของทอด				
16	อาหารคาวที่ใส่กะทิ				
17	อาหารประเภทผัด				
	ประเภทของหวานและเครื่องดื่ม				
18	ขนมหวาน				
19	น้ำหวาน น้ำผลไม้				
20	น้ำอัดลม				
21	ชาร้อน กาแฟดำ				
22	ชา กาแฟ ชนิดใส่นมและน้ำตาล				
23	นม				
24	นมเปรี้ยว				
25	น้ำเต้าหู้				
	ประเภทผักและผลไม้				
26	ผัก				
27	ผลไม้รสหวาน				
28	ผลไม้อื่น ๆ				
	ประเภทอื่น ๆ				
29	อาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด				

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารให้ท่านเลือกตอบโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่องโดยมีลักษณะคำตอบให้เลือก 4 ระดับคือ

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกของท่านเลย
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรู้สึกของท่านเป็นบางส่วน
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรู้สึก ความเข้าใจของท่านทุกประการ

	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (ข้อที่ 1-10)				
1	การรับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัวมากเกินไป เช่น ไขมันจากสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้				
2	การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ เป็นประจำทุกวัน เช่นแกงเขียวหวาน แกงพะเนียง หรือ ของหวาน เช่นกล้วยบวชชี บัวลอย ข้าวเหนียวมะม่วง มีโอกาสเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้				

	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย
3	การรับประทานอาหารที่มีเครื่องในสัตว์เป็นส่วนประกอบ เช่นตับ หัวใจ ลำไส้ สมอ เป็นประจำ จะทำให้เสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ		
4	การรับประทานอาหารที่มีหนังสัตว์เป็นส่วนประกอบเป็นประจำ เช่น หนัง เป็ด หนังไก่ หนังหมู แคมหมู จะทำให้เสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้		
5	การรับประทานอาหารประเภทผัด ทอดทุกชนิดเป็นประจำ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ		
6	การรับประทานอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลมากเป็นประจำ มีส่วนทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ		
7	การรับประทานไข่แดงเป็นประจำจะทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้		
8	การรับประทานอาหารจานด่วนเช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอดเป็นประจำ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้		
9	การรับประทานอาหารที่ปรุงจากน้ำมันสัตว์เป็นประจำ เช่นน้ำมันหมู ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ		
10	การรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยจากเนื้อสัตว์มากกว่าอาหารที่มีส่วนประกอบจากผักเป็นประจำ จะทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้		
	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (ข้อที่ 11-20)		
11	การมีไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ		
12	ภาวะไขมันในเลือดสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย		

	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
13	ภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดหัวใจวาย เฉียบพลัน				
14	ภาวะไขมันในเลือดสูงเสี่ยงต่อการเป็น อัมพาตได้				
15	ภาวะไขมันในเลือดสูงเสี่ยงต่อการเป็นโรค หลอดเลือดสมองได้				
16	ผู้ที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงต้องการคน ดูแลในการทำวัตรประจำวัน หรือขณะที่ เป็นอัมพาต				
17	การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงต้องมี ค่าใช้จ่ายสูง				
18	ไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และทำให้เกิดความพิการขึ้นได้				
19	การมีไขมันสูงในเลือดอาจทำให้เจ็บป่วย ด้วยโรคแทรกซ้อนที่ใช้เวลานานในการ รักษา				
20	การมีไขมันในเลือดสูงจะทำให้เกิด โรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือด สมอง ซึ่งเป็นภาวะให้กับสมาชิกของ ครอบครัว				
	การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร (ข้อ21-30)				
21	การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ใน สัดส่วนปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยควบคุม ระดับไขมันในเลือดได้				

	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
22	การงดรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะเป็นผลดีต่อผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง ช่วยป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้				
23	การรับประทานผักและผลไม้ที่เส้นใยสูงจะช่วยลดไขมันในเลือดได้				
24	การจำกัดการรับประทานน้ำตาล จะช่วยลดการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้				
25	การปรุงอาหารด้วยการนึ่ง ต้ม และย่างแทนการผัดทอด จะช่วยลดการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้				
26	การจำกัดการรับประทานน้ำมันพืชในปริมาณ 2-3 ช้อนโต๊ะ/วัน จะช่วยลดการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง				
27	การเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลานั้นจะช่วยลดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ดีกว่าเนื้อสัตว์ประเภทอื่น ๆ				
28	การงดรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์เนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ กะทิ จะสามารถป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้				
29	การรับประทานอาหารประเภทสลัดน้ำข้น ทุกวันทำให้ระดับไขมันในเลือดลดลง				
30	การปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม จะช่วยลดระดับไขมันในเลือดลง และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อายุยืนยาว				

	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
	การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร (ข้อที่ 31-40)				
31	การรับประทานอาหารนอกบ้านหรืออาหาร ปรุงสำเร็จเป็นประจำ ทำให้หลีกเลี่ยงได้ยาก				
32	การมีนิสัยชอบรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน ทำให้ควบคุมอาหารได้ยาก				
33	ครอบครัวของคุณไม่สามารถทำอาหารเอง ได้				
34	การรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมัน หรือ อาหารที่มีไขมันมากไม่สามารถปฏิบัติได้ เพราะรับประทานจนเคยชินแล้ว				
35	การมีนิสัยไม่ชอบทานผักและผลไม้				
36	การติดในรสชาติของอาหารประเภททอด ผัด จะทำให้ ควบคุมไขมันในเลือดได้ยาก				
37	การติดในรสชาติอาหารที่ทำจากกะทิจะทำให้ ควบคุมไขมันในเลือดยาก				
38	เกิดความยุ่งยากในการปรุงอาหารด้วยการ ต้ม นึ่ง หรือ ย่าง				
39	ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารที่มี ประโยชน์				
40	การเหนื่อยจากการทำงานหรืองานบ้านทำให้ ไม่สามารถทำอาหารรับประทานเองได้				

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ แต่ละข้อจะถามถึงความรู้ ความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ให้ท่านเลือกตอบโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับคือ

ใช่	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนั้น ๆ ทั้งหมด
ไม่ใช่	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในข้อนั้น ๆ ทั้งหมด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อความนั้น ๆ บางส่วน

	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	วิธีการควบคุมระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติที่ดีที่สุดคือควบคุมอาหาร				
2	อาหารที่ให้พลังงานสูงทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น				
3	อาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันและทอดเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง				
4	อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น				
5	อาหารที่ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงได้แก่เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล				
6	กรดไขมันไม่อิ่มตัวมาจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันปาล์ม				
7	ไขมันไม่อิ่มตัวมาจากอาหารจำพวกเนื้อสัตว์กะทิ				
8	อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวเป็นอาหารที่ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ				
9	การรับประทานทานผักและผลไม้เป็นประจำ สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้				

	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
10	ผลไม้ที่ควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ดี ได้แก่ ฝรั่ง แอปเปิ้ล				
11	การรับประทานไข่วันละ 1 ฟองทุกวัน ทำ ให้ระดับไขมันในเลือดสูงได้				

ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
รหัสจริยธรรมการวิจัย01-04-2555

ชื่อผู้วิจัย นางกฤชภาธร แสงทรัพย์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติรวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีการปฏิบัติตัวในด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสม ซึ่งท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้รวมทั้งสิ้น 340 คน และใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ การตอบแบบสอบถามของผู้วิจัยเป็นจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ มี 4 ด้านคือ แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร และแบบสอบถามความรู้เรื่องกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งการตอบแบบสอบถามทั้งหมดจะใช้ระยะเวลาประมาณ 30 - 40 นาที ระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากมีอาการอ่อนเพลีย ท่านสามารถพักระหว่างตอบแบบสอบถามได้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ และถึงแม้ท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านยังมีสิทธิ์ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และการบริการต่าง ๆ ที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำไปใช้เผยแพร่เพื่อการศึกษาเท่านั้น ซึ่งจะไม่มีการระบุชื่อของท่านเด็ดขาด

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางกฤษฎาพรแสวงทรัพย์ หมายเลขโทรศัพท์ 088-1934053 หรือที่ ผศ.ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-0055045

นางกฤษฎาพร แสวงทรัพย์

ผู้วิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ง
แบบรายงานผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
Factors Predicting of Food Consumption Behaviors in Persons with Dyslipidemia

2. ชื่อนิติ นางกฤษณา แสงทรัพย์

รหัสประจำตัวนิติ 52920241 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01-04-2555 โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 340 ราย
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
- 4) ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูล วันที่ 2 เมษายน 2555 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2555
- 5) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล: แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

4. วันที่ให้การรับรอง: ๒ เดือน เมษายน พ.ศ. 2555

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยวงกุล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)**

1. ชื่อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

Factors Predicting of Food Consumption Behaviors in Persons with Dyslipidemia

2. ชื่อนิติกร นางกฤษฎาพร แสงทรัพย์

รหัสประจำตัวนิติกร 52920241 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01-04-2555

ให้เพิ่มเติม คือ ขยาย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล วันที่ 5 กรกฎาคม 2555 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2555

4. วันที่ให้การรับรอง: 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2555

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

๓๓๓๓



ที่ ศธ ๖๖๐๗/๓๕๕

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๖ มีนาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางกฤษณา แสงทรัพย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถาม การรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อิทธิพลของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง” ของคุณกาญจนา อนุตริยะ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อนำมาใช้เก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๔-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๘๑๘๓-๔๐๕๓

สำเนา ๑



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๓๕๕

๖ มีนาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ด้วย นางกฤษณา แสงทรัพย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา คุณทรงเกียรติ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถาม ความถี่ของการบริโภคอาหารใน ๑ เดือน และแบบสอบถามการบริโภคอาหารกับระดับคอเลสเตอรอล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระดับคอเลสเตอรอลในเลือดของข้าราชการที่มาตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลบางปลาหมาก จังหวัดสุพรรณบุรี” ของคุณณภวิษ คัจฉาณูช ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อนำมาปรับใช้เก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๘๑๖๓-๔๐๕๓

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๕๕๕

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕ เมษายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนิสิต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์
๒. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ด้วยนางกฤษณา แสงทรัพย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยในวิทยานิพนธ์ดังกล่าว จากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา ในระหว่างวันที่ ๑๒ - ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘๖ - ๘๓๕๑๕๕๖