



ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง
ของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค
กรุงเทพมหานคร

มลัญดา รอดสั้น

การศึกษารายบุคคลนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต
วิทยาลัยบริหารธุรกิจนวัตกรรมและการบัญชี
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565

FACTORS INFLUENCING SELF-CARE BEHAVIORS OF
HYPERCHOLESTEROLEMIA PATIENTS RECEIVING SERVICES AT THE
INFIRMARY OF THE PROVINCIAL ELECTRICITY AUTHORITY
HEADQUARTERS, BANGKOK

MONYADA RODSON

An Individual Study Submitted in Partial Fulfillment of the
Requirements for the Degree of Master of Business Administration
Department of Management, College of Innovative Business and
Accountancy, Dhurakij Pundit University
Academic Year 2022



ใบรับรองการศึกษารายบุคคล

วิทยาลัยบริหารธุรกิจนวัตกรรมและการบัญชี มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

ปริญญา บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต

หัวข้อการศึกษารายบุคคล ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง
ของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค
กรุงเทพมหานคร


เสนอโดย มลัญดา รอดสั้น

สาขาวิชา การจัดการ

อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษารายบุคคล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิลา พงศ์ยี่หล้า


ได้พิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการสอบการศึกษารายบุคคลแล้ว


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช คำสุพรหม)


..... กรรมการที่ปรึกษาการศึกษารายบุคคล
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิลา พงศ์ยี่หล้า)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา จิตรน้อมรัตน์)

วิทยาลัยบริหารธุรกิจนวัตกรรมและการบัญชี รับรองแล้ว


..... คณบดีวิทยาลัยบริหารธุรกิจนวัตกรรมและการบัญชี
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช คำสุพรหม)

วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ.2566

หัวข้อการศึกษารายบุคคล ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้เขียน มลฤดา รอดสั้น

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิลา ปงษ์ยี่หล้า

หลักสูตร บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร จำแนกตามปัจจัยประชากรศาสตร์ (2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ จำแนกตามปัจจัยสถานะส่วนบุคคล (3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 400 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการทดสอบสมมติฐานจะใช้ค่าสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent sample t-test, one way ANOVA (F-test) พร้อมกับเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบรายคู่ด้วยวิธี LSD และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้ารับบริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุ 31 - 40 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี มีอาชีพเป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ รายได้ต่อเดือน 30,001 - 45,000 บาท มีสมาชิกในครอบครัว มีภาวะไขมันในเลือดสูง ได้รับยารักษา มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับ อ้วนระดับที่ 1 มีระดับไขมันคอเลสเตอรอล สูงมากกว่า 200 มก/ดล. มีระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับสูง มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ดี ผลการทดสอบสมมติ พบว่า ผู้ป่วยที่เพศ อายุ อาชีพ โรคพันธุกรรม ระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม และการได้รับยารักษา ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยที่ไม่ก่อให้เกิดความแตกต่าง คือ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระดับไขมันไม่ดี ระดับไตรกลีเซอไรด์ และดัชนีมวลกาย ขณะที่ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

คำสำคัญ: ภาวะไขมันในเลือดสูง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง, การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค

Individual Study Title	Factors Influencing Self-Care Behaviors of Hypercholesterolemia Patients Receiving Services at the Infirmary of the Provincial Electricity Authority Headquarters, Bangkok
Author	Monyada Rodson
Individual Study Advisor	Assistant Professor Adilla Pongyeela, D.I.B.A
Program	Master of Business Administration
Academic Year	2022

ABSTRACT

The purposes of this research were: (1) to compare the self-care behaviors of Hypercholesterolemia patients receiving services at the infirmary of the Provincial Electricity Authority (PEA) Headquarters, Bangkok, classified by demographic factors, (2) to compare the self-care behaviors of Hypercholesterolemia patients receiving services classified by individual factors, (3) to study the relationship between the acknowledgment of Hypercholesterolemia and self-care behaviors of Hypercholesterolemia patients. The sample consisted of 400 people and the data was analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation. The hypothesis was tested using inferential statistics such as independent sample t-test and one way ANOVA (F-test), along with pairwise comparison of mean differences using the LSD method. Pearson's correlation coefficient was analyzed at a significance level of 0.05.

The results of the study found that the majority of the service users were men. Their ages ranged from 31 to 40 years, and their educational background was at bachelor degree level. Most of them were government officials and/or state enterprise employees with a monthly income ranging from 30,001 to 45,000 baht. The majority also had family members with Hypercholesterolemia. The service users in the study were actively using medication for hyperlipidemia, and they had nutritional status' in level 1 obesity, with cholesterol levels greater than 200 mg/dl. In addition, they had a high level of acknowledgement of Hypercholesterolemia, and their self-care behaviors were at a good level. The results of the hypothesis testing revealed that the patients with differing gender, age, occupation, genetic diseases, total cholesterol levels and receiving different medication

had different self-care behaviors found at a 0.05 significance level. The factors that did not cause the differences were education level, monthly income, poor lipid levels, triglyceride levels, and body mass index. It was found that there was no relationship between the acknowledgement of Hypercholesterolemia and self-care behavior of Hypercholesterolemia patients.

Keywords: Hypercholesterolemia, Self-care behavior, Acknowledge of Hypercholesterolemia, The Provincial Electricity Authority (PEA)

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษารายบุคคล เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคกรุงเทพมหานครฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความรู้จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิลา พงษ์ยี่หล้า อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าให้ความรู้คำปรึกษาแนะนำข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้งานวิจัยฉบับนี้ถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์วิทยาลัยบริหารธุรกิจนวัตกรรมและการบัญชี มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ ประสาทวิชาความรู้ ให้คำแนะนำ และถ่ายทอดประสบการณ์อันมีค่าแก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ นางชัมย์พร วงศ์ธนภัทร ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาล การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ที่ได้ให้โอกาสในการศึกษาข้อมูลสำหรับใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณเจ้าของหนังสือ วารสาร เอกสาร สารนิพนธ์และวิทยานิพนธ์ทุกเล่มที่ช่วยให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ตลอดจนผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา บุตรชายที่รักยิ่ง ญาติพี่น้อง เพื่อนนักศึกษา เพื่อนร่วมงาน ที่ให้ความรัก ความห่วงใย และเป็นกำลังแรงใจให้การสนับสนุน ส่งเสริมในทุกๆ ด้านมาตลอด จนทำให้ผู้วิจัยสามารถจัดทำสารนิพนธ์ฉบับนี้ลุล่วงไปด้วยดี ประโยชน์ที่ได้รับจากสารนิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณของบิดา มารดา และครูอาจารย์ที่ได้อบรมสั่งสอนชี้แนวทางที่ดีและมีคุณค่าตลอดมา จนสำเร็จการศึกษา

มลฤดา รอดสั้น

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	3
1.3 สมมติฐานการวิจัย.....	3
1.4 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
1.7 คำนิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
2.1 ข้อมูลการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค.....	7
2.2 ทฤษฎีดูแลตัวเองของโอเร็ม.....	8
2.3 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยประชากรศาสตร์.....	11
2.4 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง.....	13
2.5 สรุปผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	29
2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	36
3. ระเบียบวิธีการวิจัย.....	37
3.1 ประชากรตัวอย่าง.....	37
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
3.3 การรวบรวมข้อมูล.....	39
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ.....	39

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
4.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลหรือลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง..... (ปัจจัยประชากรศาสตร์)	41
4.2 ผลการทดสอบความเชื่อมั่น.....	45
4.3 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็น เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง....	46
4.4 ผลวิเคราะห์ระดับความคิดเห็น เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง.....	48
4.5 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติเชิงอนุมาน.....	51
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	62
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	62
5.2 อภิปรายผล.....	64
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	66
5.4 ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป.....	68
บรรณานุกรม.....	69
ภาคผนวก.....	76
ประวัติผู้เขียน.....	81

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ.....	17
2.2 เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ.....	19
2.3 สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
4.1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามเพศ.....	41
4.2 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามอายุ.....	42
4.3 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา.....	42
4.4 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ.....	43
4.5 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ต่อเดือน.....	43
4.6 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามโรคทางพันธุกรรม.....	44
4.7 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง.....	44
4.8 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามภาวะโภชนาการ.....	45
4.9 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามระดับไขมันในเลือดที่ตรวจพบ..... แล้วได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง	45
4.10 ค่า Alpha-Cronbach จากการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม.....	46
4.11 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของตัวอย่าง.....	46
4.12 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง..... ของตัวอย่าง	48
4.13 ค่าจำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของตัวอย่าง.....	48
4.14 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของตัวอย่าง.....	50
4.15 การทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มี..... ภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามเพศ	51
4.16 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มี..... ภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ	52
4.17 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มี..... ภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ	53
4.18 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มี..... ภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับการศึกษา	53

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.19 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มี..... ภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอาชีพ	54
4.20 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มี..... ภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอาชีพ....	55
4.21 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มี..... ภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามรายได้ต่อเดือน	56
4.22 การทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มี..... ภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามโรคทางพันธุกรรม	56
4.23 การทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มี..... ภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL-cholesterol)	57
4.24 การทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มี..... ภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol)	58
4.25 การทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มี..... ภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)	59
4.26 การทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มี..... ภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง	59
4.27 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มี..... ภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับดัชนีมวลกาย	60
4.28 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย..... ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงกับค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง	61

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 แสดงข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ณ สถานพยาบาล..... สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร กับ มูลค่าที่เกิดจากการใช้จ่ายใน การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง ปี 2560 – 2564	2
2.1 ตารางประจำการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค.....	7
2.2 แผนที่ตั้งการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค (สำนักงานใหญ่) กรุงเทพมหานคร.....	8
2.3 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	36

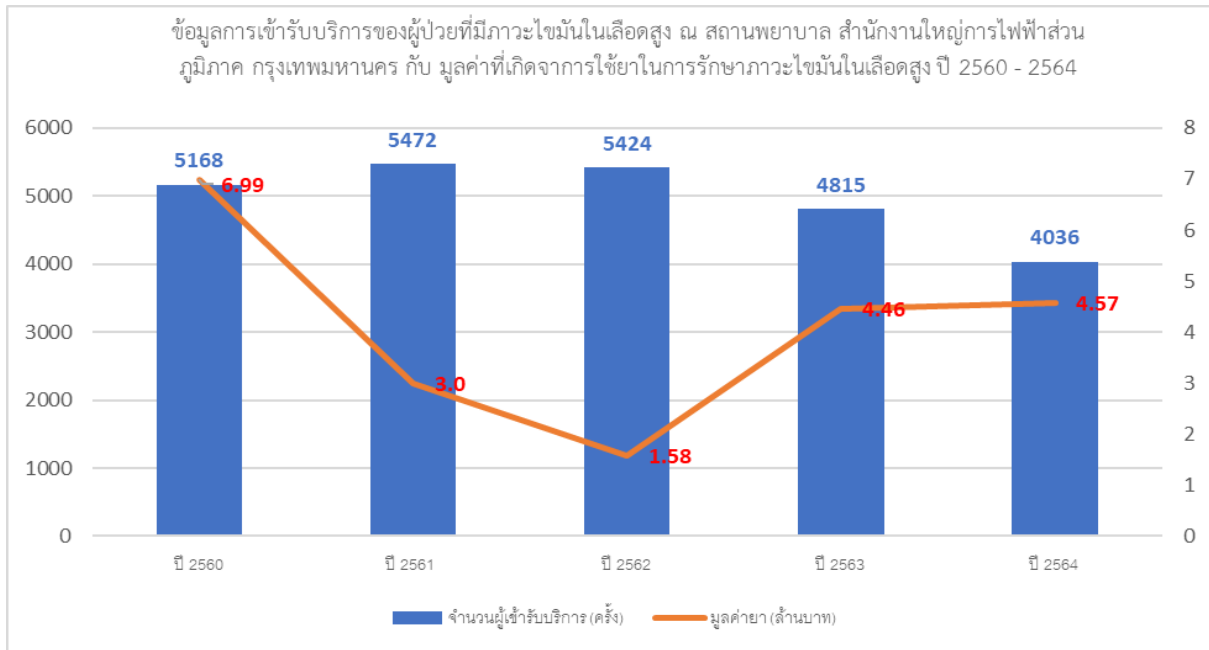
บทที่ 1 บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

เนื่องด้วยแบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ ทำให้ปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดทุกปี ก่อให้เกิดกลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44 (ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และคณะ, 2563) ซึ่ง 1 ในสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นั่นคือ ภาวะไขมันในเลือดสูงนั่นเอง เนื่องจากไขมันในเลือดที่สูงจะไปเกาะหรืออุดตันตามหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงไม่ยืดหยุ่น เกิดการตีบตันง่าย เลือดจะไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้น้อย ถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือดและเป็นอัมพาตในที่สุด (สถาบันประสาทวิทยา, 2556) สำหรับคุณภาพการรักษาของประเทศไทย เคยมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน พบว่าในผู้ป่วย 100 คนที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ณ วันที่กลับบ้าน จะเสียชีวิตประมาณ ร้อยละ 5 หายใกล้เคียงปกติร้อยละ 25 พิการร้อยละ 70 ซึ่งอัตราการความพิการจะน้อยลงตามลำดับ เมื่อเวลาผ่านไป นอกจากความพิการทางกายแล้ว ยังมีผลต่อความคิด การวางแผน ความจำ ทำให้เกิดความจำเสื่อมในระยะต่อมา (ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช, ม.ป.ป.) ถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย ในคนไทยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 83.2 (ณัฐฉิวรรณ พันธมุง และคณะ, 2561) ในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และคณะ, 2563)

จากข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่ การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2560 - ปี พ.ศ. 2564 คือ มีจำนวน 5,168 ครั้ง 5,472 ครั้ง 5,424 ครั้ง 4,815 ครั้ง และ 4,036 ครั้ง ตามลำดับ จะพบว่า จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเข้ารับบริการมีเป็นจำนวนมาก รวมถึงข้อมูลมูลค่าที่เกิดจากการใช้ยาในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ก็สูงด้วยเช่นกัน ปี พ.ศ. 2560 - ปี พ.ศ.

2564 คือ มีมูลค่า 6,991,708.78 บาท 3,005,891.29 บาท 1,582,158.19 บาท 4,468,224.39 บาท และ 4,572,321.07 บาท ตามลำดับ (โปรแกรมระบบคลังพัสดุฯสถานพยาบาล กฟภ. Version 3.2.3) โดยแสดงความสัมพันธ์ ดังแสดงตามภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 แสดงข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร กับ มูลค่าที่เกิดจากการใช้จ่ายในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง ปี 2560 – 2564

ซึ่งสาเหตุหลักของภาวะไขมันในเลือดสูง คือ พฤติกรรมวิถีชีวิตประจำวัน การบริโภคอาหาร การขาดการออกกำลังกาย รวมทั้งเรื่องของพันธุกรรมเป็นหลัก (เบญจวรรณ ชีวะพันธ์, 2561) เนื่องจากผู้รับบริการยังไม่เห็นความสำคัญของโรค มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เน้นอาหารหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การเผชิญกับภาวะเครียดในการใช้ชีวิตประจำวัน และที่สำคัญ คือ ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ทั้งในภาวะปกติ และยามเจ็บป่วย (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2551) สอดคล้องกับ ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี การติดต่อสื่อสาร สังคม เศรษฐกิจ และวิถีการดำเนินชีวิต เช่น ความเครียด ความเร่งรีบในการรับประทานอาหาร การไม่ออกกำลังกาย แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม และการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว ส่งผลทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้น วิธีการที่สามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการได้ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน ไม่ให้ป่วยเป็นโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองในขณะที่เจ็บป่วย เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากความรู้ สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแล

ตนเองได้ ผู้ที่มีความรู้และเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ก็จะสามารถปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ ได้ดี (สมรรัตน์ ขำมาก, 2559)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มความรุนแรงมากยิ่งขึ้น หากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม อาจต้องรักษาตลอดชีวิต ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตจากการเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากขึ้น ดังนั้นการให้ความรู้ และสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วย เป็นวิธีการที่สามารถลดอัตราการป่วย พิการ จากภาวะแทรกซ้อน และตายจากภาวะไขมันในเลือดสูงได้ จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ในสถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร

1.2 คำถามการวิจัย (Research questions)

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้กำหนดคำถามการวิจัย ดังนี้

- (1) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน) ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน หรือไม่
- (2) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล (โรคทางพันธุกรรม ระดับไขมันในเลือด ดัชนีมวลกาย และการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง) ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน หรือไม่
- (3) ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กันหรือไม่

1.3 สมมติฐานการวิจัย (Research hypotheses)

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

- (1) (H1) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน) แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกัน
- (2) (H2) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล (โรคทางพันธุกรรม ระดับไขมันในเลือด ดัชนีมวลกาย และการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง) แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกัน
- (3) (H3) ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กัน

1.4 วัตถุประสงค์การวิจัย (Research objectives)

การศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ ดังนี้

(1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร จำแนกตามปัจจัยประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน)

(2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร จำแนกตามปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล (โรคทางพันธุกรรม ระดับไขมันในเลือด ดัชนีมวลกาย และการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง)

(3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร

1.5 ขอบเขตการวิจัย (Research scope)

1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1.5.1.1 ตัวแปรที่ศึกษา

(1) ตัวแปรอิสระ (Independent variable)

ปัจจัยส่วนบุคคลหรือลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง สามารถวัดได้จากตัวแปร ดังนี้

- 1) เพศ
- 2) อายุ
- 3) การศึกษา
- 4) อาชีพ
- 5) รายได้ต่อเดือน
- 6) โรคทางพันธุกรรม
- 7) ระดับไขมันในเลือด
- 8) ดัชนีมวลกาย
- 9) การได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง

ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

1.5.2 ขอบเขตด้านประชากร และพื้นที่

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ซึ่งไม่ทราบขนาดประชากรที่แน่นอน

1.5.3 ขอบเขตของเวลา

การศึกษานี้คาดว่าจะทำวิจัย ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2565 ถึง 30 พฤศจิกายน 2565 รวมระยะเวลาการทำวิจัยทั้งสิ้น ประมาณ 4 เดือน

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษานี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะมีประโยชน์ในเชิงวิชาการ เชิงการบริหารจัดการ และ/หรือเชิงนโยบายด้านต่างๆ ดังนี้

(1) ได้ข้อมูลการเปรียบเทียบปัจจัยประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน) ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร เพื่อนำไปวางแผนการบริหารจัดการ การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค

(2) ได้ข้อมูลการเปรียบเทียบปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล (โรคทางพันธุกรรม ระดับไขมันในเลือด ดัชนีมวลกาย และการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง) ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร เพื่อนำไปพัฒนาสภาวะปัจจัยส่วนบุคคล วางแผนลดต้นทุน การบริหารงานด้านการจัดการ ด้านการดูแลสุขภาพ

(3) ได้ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร เพื่อหาแนวทางพัฒนาความรู้ให้ผู้รับบริการและผู้ป่วยต่อไป

1.7 คำนิยามศัพท์เฉพาะ (Definition of terms)

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้กำหนดคำนิยามศัพท์เฉพาะหรือนิยามเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย มีดังนี้

การดูแลตนเองของผู้ป่วย ในที่นี้ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถ หรือพลังในการกระทำที่ตั้งใจ (Orem et al., 2001)

ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งมีค่าคอเลสเตอรอล สูงมากกว่า 200 มก/ดล. ไตรกลีเซอไรด์ สูงมากกว่า 150 มก/ดล. และแอลดีแอล สูงมากกว่า 130 มก/ดล. (พิงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545; Grundy et al., 2001)

เพียงค่าใดค่าหนึ่ง โดยใช้ผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของสถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ในที่นี้ หมายถึง กลุ่มคนที่เป็นพนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ครอบครัวของพนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค (ประกอบด้วย บิดา มารดา สามีน ภรรยา และบุตรที่มีอายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ที่ถูกต้องตามกฎหมาย) และพนักงานเกษียณอายุราชการของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค

ปัจจัยประชากรศาสตร์ (Demographic factors) ในที่นี้ หมายถึง ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาเปรียบเทียบ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคทางพันธุกรรม ระดับไขมันในเลือด ดัชนีมวลกาย การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม และการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในที่นี้ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง (กฤษฎาพร แสงทรัพย์, 2556) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ต้องอาศัยการมีองค์ความรู้ การมีทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือแนวทางในการปฏิบัติตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องที่ถูกต้องก่อน จึงจะทำให้พฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ปริมประภา ก้อนแก้ว และคณะ, 2554)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ในที่นี้ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือดและการออกกำลังกาย (กฤษฎาพร แสงทรัพย์, 2556)

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ข้อมูลการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค

ประเทศไทยมีไฟฟ้าใช้เป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2427 ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 โดยผู้ให้กำเนิดกิจการไฟฟ้าในประเทศไทย คือ จอมพลเจ้าพระยา สุรศักดิ์มนตรี (เจิม แสงชูโต) เมื่อครั้งมีบรรดาศักดิ์เป็นเจ้าหมื่นไวยวรนาถ โดยท่านได้ติดตั้งเครื่องกำเนิดไฟฟ้า เดินสายไฟฟ้าและติดตั้งโคมไฟฟ้า ที่กรมทหารหน้า ซึ่งเป็นที่ตั้งกระทรวงกลาโหมในปัจจุบัน สำหรับกิจการไฟฟ้าในส่วนภูมิภาค เริ่มต้นอย่างเป็นทางการเมื่อทางราชการได้ตั้งแผนกไฟฟ้าขึ้นในกองบวรภิบาล กรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และได้ก่อสร้างไฟฟ้าเทศบาลเมืองนครปฐมขึ้น เพื่อจำหน่ายไฟฟ้าให้แก่ประชาชนเป็นแห่งแรกเมื่อปี 2473 จากนั้น ไฟฟ้าจึงได้แพร่หลายไปสู่หัวเมืองต่างๆ



ภาพที่ 2.1 ตราประจำการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค

ที่มา: (การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค, 2564)

การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคได้รับการสถาปนาตามพระราชบัญญัติการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคพุทธศักราช 2503 ณ วันที่ 28 กันยายน 2503 การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคปรับโครงสร้างองค์กรและกลยุทธ์ในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน มุ่งมั่นให้บริการพลังงานไฟฟ้าอย่างมีประสิทธิภาพควบคู่กับการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านคุณภาพและบริการ มุ่งสู่องค์กรที่เป็นเลิศด้านธุรกิจพลังงานไฟฟ้า ตอบสนองความคาดหวังของลูกค้า ร่วมสร้างคุณค่าสู่สังคมและสิ่งแวดล้อมด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ขับเคลื่อนองค์กรไปสู่ PEA Digital Utility แนวทางการบริหารและพัฒนาองค์กรกำหนดกลยุทธ์ดำเนินธุรกิจตามหลักธรรมาภิบาล มุ่งสู่องค์กรที่เป็นเลิศในด้านการจ่ายกระแสไฟฟ้า โดยพัฒนาประสิทธิภาพของทุกระบบงานมุ่งเน้นการตอบสนองความคาดหวังของทุกกลุ่มลูกค้า ขับเคลื่อนองค์กรให้ทันสมัยด้วยทุนมนุษย์ เทคโนโลยีดิจิทัล และนวัตกรรม

วิสัยทัศน์ (Vision) การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคเป็นองค์กรชั้นนำที่ทันสมัยในระดับภูมิภาค มุ่งมั่นให้บริการพลังงานไฟฟ้าและธุรกิจที่เกี่ยวข้องอย่างครบวงจรที่มีประสิทธิภาพ เพื่อถือได้ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืน

ภารกิจ (Mission) จัดทำ ให้บริการพลังงานไฟฟ้าและดำเนินธุรกิจที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าให้เกิดความพึงพอใจทั้งด้านคุณภาพและบริการ โดยการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง มีความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม

ค่านิยม (Core Value) ทันโลก บริการดี มีคุณธรรม

ทิศทาง PEA ที่จะเติบโตต่อไปในอนาคตตามยุทธศาสตร์การบริหารและพัฒนาองค์กร ปี 2565 - 2569: เสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย Digital Utility และสร้างมูลค่าเพิ่มด้วยนวัตกรรมปี 2570: ก้าวสู่ผู้นำ ในธุรกิจด้านพลังงานไฟฟ้าทั้งในประเทศและในระดับภูมิภาคปี 2580: องค์กรด้านพลังงานอย่างยั่งยืน



ภาพที่ 2.2 แผนที่ตั้งการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค (สำนักงานใหญ่) กรุงเทพมหานคร

ที่มา: กองบริการบำรุงรักษา การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค (<https://www.pea.co.th/esd/contact-us>)

2.2 ทฤษฎีดูแลตัวเองของโอเรียม (Orem's self-care Theory)

อ้างอิงใน พารุณี วงษ์ศรี และ ทิปทัศน์ ชินตาปัญญากุล (2561) มโนทัศน์ทฤษฎีของโอเรียม เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นโดยมีจุดเน้นเรื่องการดูแลตนเองระดับบุคคล และความสามารถในการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลและใช้เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัยทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม (Meleis, 2012) โอเรียม อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” (Orem et al., 2001) ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (McEwen &

Wills, 2014) แนวคิดทฤษฎีของโอเร็มมี 6 มโนทัศน์หลัก ประกอบด้วย การดูแลตนเอง (self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) และปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน และประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองและทฤษฎีระบบการพยาบาล (Hanucharornkul, 2001)

2.2.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (theory of self-care) เป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง (Orem et al., 2001) โดยมีมโนทัศน์ที่สำคัญ ได้แก่

2.2.1.1 การดูแลตนเอง (self-care: SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จริงจัง (Meleis, 2012; Pichayapinyo, 2013)

2.2.1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency: SCA) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ประกอบด้วย 2 ระดับ คือ

(1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็นความสามารถที่จะรู้ความสามารถที่จะกระทำและคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ เช่น ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง

(2) พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย 3) ความสามารถของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผล 5) มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง 6) มีทักษะในการตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้การดูแลตนเองและนำไปใช้ได้ 8) มีทักษะในการใช้ความคิด 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเองและ 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.2.1.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand: TSCD) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรต้องกระทำใน ระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของตนเอง เป้าหมายสูงสุดของการดูแลตนเอง คือ ภาวะสุขภาพหรือความผาสุก กิจกรรมที่ต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites: SCR) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดได้ทันทีหลังการกระทำการดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ

(1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites: USCR) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

(2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (developmental self-care requisites: DSCR) เป็นการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ สามารถแบ่งออกได้เป็น 1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวหน้าสู่วุฒิภาวะตามระยะพัฒนาการ และ 2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการบรรเทาเพื่อลดความเครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจากภาวะวิกฤต

(3) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisite: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรคและการรักษา

(4) ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors: BCFs) เป็นปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด 10 ประการ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

2.2.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (theory of self-care deficit) Orem et al. (2001) กล่าวว่า เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ บุคคลนั้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการพยาบาล ช่วยเหลือในการดูแลแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมี 3 แบบ (Pichayapinyo, 2013) คือ 1) ความต้องการที่สมดุล (TSCD = SCA) 2) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (TSCD < SCA) และ 3) ความต้องการมากกว่าความสามารถ (TSCD > SCA) ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้นถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (no deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งความพร้อมบางส่วนหรือทั้งหมด

2.2.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่ได้รับการดูแลถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระบบ (Hanucharornkul, 2001; Orem et al., 2001) คือ

(1) ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory) เป็นบทบาทของพยาบาลที่กระทำทดแทนความสามารถของผู้ป่วยทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตราย

(2) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory) พยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และ

(3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธี ได้แก่ 1) การกระทำให้หรือกระทำแทน (acting for or doing for) 2) การชี้แนะ (guiding) 3) การสนับสนุน (supporting) 4) การสอน (teaching) และ 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment)

จากความหมายของการดูแลตนเอง ดังกล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อการดูแลตนเองซึ่งส่งผลดีต่อชีวิต ภาวะสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วย ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างครบถ้วน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

2.3 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยประชากรศาสตร์ (Demographic factor)

สุวสา ชัยสุรัตน์ (2537) กล่าวว่า ประชากรศาสตร์ (Demographic) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ที่เป็นหลักเกณฑ์ในการบ่งบอกถึงลักษณะทางประชากรที่อยู่ในตัวบุคคลนั้น ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ขนาด ครอบครัว รายได้ การศึกษาอาชีพ วัฏจักรชีวิต ครอบครัว ศาสนา เชื้อชาติ สัญชาติ และสถานภาพทางสังคม (Social class) วชิรวัชร งามละม่อม (2558, อ้างถึงใน สุณิสา ตรงจิตร, 2559) รายงานว่า ลักษณะทางด้านประชากรศาสตร์ ถือเป็นความหลากหลายและความแตกต่างในแต่ละบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของร่างกาย เป็นต้น โดยจะแสดงถึงความเป็นมาของแต่ละบุคคลตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ซึ่งความแตกต่างและความหลากหลายของบุคคล สามารถบ่งชี้ลักษณะพฤติกรรมการแสดงออก และการตัดสินใจที่แตกต่างกันได้ Kotler (2009, อ้างถึงใน ยุภา โปฬา และคณะ, 2558) พบว่า จากผลการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ ด้านโภชนาการอยู่ระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาของ ปริมประภา ก้อนแก้ว และคณะ (2554) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ด้านโภชนาการอยู่ระดับปานกลางเช่นเดียวกัน อาจเนื่องจากรายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกันสามารถเข้าถึงการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพได้แตกต่างกัน และยังอยู่สิ่งแวดล้อมที่เป็นเขตเมืองที่มีความรีบเร่งในการทำงาน อาหารที่บริโภคในพื้นที่ส่วนใหญ่จึงเป็นร้านอาหารจานด่วน อ้างใน สุปราณีย์ พุสุวรรณ และคณะ (2559) พบว่า ปัจจัยทำนายระดับไขมันในเลือด ต่อระดับไตรกลีเซอไรด์ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีเพียงปัจจัยการรับประทานอาหารเท่านั้นที่สามารถทำนายระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ร้อยละ 5.0 (พิจารณาจาก R2 เท่ากับ .050) ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในการทำนายเท่ากับ 73.819 คะแนน ส่วนระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม (2554) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน อธิบายว่าระดับการศึกษามีผลต่อการ

พัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติ ทำให้บุคคลดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมในทางบวก โดยคนที่มีการศึกษาสูงจะมีการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Pender, 2006) โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ พบว่า สอดคล้องกับ อัจฉโรบล แสงประเสริฐ และ สุกัญญา ปานเจริญ (2553) พบว่าความมุ่งมั่นต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $.01$ ($r = 0.28$) อธิบายว่า ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจจริงที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบุคคล เวลา สถานที่ เบื้องจรณ ชีวยะพันธ์ (2561) ศึกษาเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากร โรงพยาบาลโพธาราม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย พันธุกรรม และปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อจำแนกตามชนิดของไขมันในเลือด จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ เป็นปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่า บุคลากร โรงพยาบาลโพธารามที่มีประวัติว่าบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรที่ไม่ทราบว่าบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว กับบุคลากรที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว มีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติมากกว่าบุคลากรที่ทราบว่าบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว คือ ร้อยละ 37.50, 27.28 และ 15.0 ตามลำดับ

จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยประชากรศาสตร์ข้างต้น สามารถกำหนดสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

H1: ผู้เข้ารับบริการที่มีปัจจัยประชากรศาสตร์ แตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเอง แตกต่างกัน

H2: ผู้เข้ารับบริการที่มีปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล แตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเอง แตกต่างกัน

จากแนวคิดเกี่ยวกับประชากรศาสตร์ที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า ลักษณะประชากรศาสตร์เป็นอีกปัจจัยที่มักนำมาใช้ในงานวิจัยมากที่สุด เนื่องจากแต่ละบุคคลย่อมมีความคิด ทัศนคติ การกระทำ และพฤติกรรมที่ต่างกัน ถือเป็นความหลากหลายและความแตกต่างในแต่ละบุคคล ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวแปรด้านประชากรศาสตร์ที่จะศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ประกอบด้วย โรคทางพันธุกรรม ระดับไขมันในเลือด ดัชนีมวลกาย การได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

2.4 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

อ้างอิงใน กฤชภากร แสงทรัพย์ (2556) ความหมายของไขมันในเลือด ไขมัน (Fat) เป็นส่วนหนึ่งของไลปิด (Lipid) หมายถึง สารประกอบอินทรีย์ที่ไม่ละลายน้ำ โดยทั่วไปประกอบด้วยธาตุคาร์บอน ไฮโดรเจน และออกซิเจนและเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย (เฉลียว ปิยะชน, 2549)

ในด้านของโภชนาการ ไขมัน เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย โดย 1 กรัม ให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี และนอกจากนั้นไขมันยังมีหน้าที่ให้กรดไขมันที่จำเป็นสำหรับร่างกาย ที่ร่างกายไม่สามารถสร้างได้ ช่วยในการดูดซึม วิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น วิตามิน เอ ดี อี และเค และยังช่วยให้อาหารมีลักษณะนุ่ม นำรับประทาน การรับประทานอาหารไขมันจะทำให้รู้สึกอิ่มและอยู่ได้นาน เพราะไขมันจะให้พลังงานสูง นอกจากนี้ไขมันยังช่วยให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย และยังเป็นแหล่งสะสมพลังงาน ซึ่งร่างกายสามารถนำมาใช้ได้เมื่อต้องการ

2.4.1 ชนิดของไขมันในเลือด (Dyslipidemia)

2.4.1.1 คอเลสเตอรอล (Cholesterol) คือสารไขมันคล้ายขี้ผึ้งที่อยู่ในหลอดเลือดและมีอยู่ในทุกเซลล์ของร่างกาย เป็นคอเลสเตอรอลจำเป็นต่อการทำงานของร่างกายโดยทำหน้าที่เป็นส่วนประกอบของผนังเซลล์ในร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์ของระบบสมอง รวมทั้งฮอร์โมนเพศและฮอร์โมนต่อมหมวกไต ในคนปกติทั่วไป ไม่ควรมีระดับคอเลสเตอรอลรวม (TC) ในเลือดเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เพราะถ้าหากร่างกายของคนเรามีระดับคอเลสเตอรอลรวมในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การเพิ่มขึ้นของคอเลสเตอรอลในแต่ละ 1 เปอร์เซ็นต์จะเพิ่มการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ถึง 2 เปอร์เซ็นต์ (Pradka, 2000, อ้างถึงใน วิไลลักษณ์ พิมรินทร์, 2549) ระดับคอเลสเตอรอลที่สูงเกินค่าปกติ จะทำให้ไปเกาะผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาได้ แหล่งกำเนิดของคอเลสเตอรอลโดยร่างกายมี 2 ทาง (ปรียา สีพหกุล และคณะ, 2548) คือ

(1) จากภายนอกในร่างกาย (Exogenous source) ได้มาจากอาหารที่รับประทาน ร้อยละ 20 โดยจะมีในอาหารประเภท เนื้อสัตว์ซึ่งเนื้อสัตว์แต่ละชนิดจะมีคอเลสเตอรอลมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับประเภทของอาหาร ส่วนอาหารที่มาจากพืชจะไม่มีคอเลสเตอรอล

(2) จากภายในร่างกาย (Endogenous Source) ร่างกายสามารถสร้างคอเลสเตอรอลโดยการสังเคราะห์ขึ้นเองที่ตับ ร้อยละ 80 จากการเผาผลาญอาหารทั้งโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต

2.4.1.2 ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) เป็นไขมันอีกชนิดหนึ่ง ได้จากอาหารไขมันที่บริโภคซึ่งมีไตรกลีเซอไรด์เป็นส่วนประกอบถึงร้อยละ 90 ไขมันที่รับประทานได้มาจากทั้งพืชและสัตว์ และอีกส่วนหนึ่งได้มาจากการสังเคราะห์ในร่างกายจากน้ำตาลและแป้ง ในด้านโภชนาการไตรกลีเซอไรด์ นับว่าเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูง เป็น 2 เท่าของโปรตีน และคาร์โบไฮเดรต นอกจากนี้ไตรกลีเซอไรด์ยังทำหน้าที่ในการช่วยดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมันเข้าสู่ร่างกายและทำให้อาหารมีรสชาติอร่อย อิ่ม อยู่ได้นาน แต่ถ้ามีระดับไตรกลี

เซอไรด์อยู่ในเลือดมาก ๆ เช่น มากกว่า 500 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันได้ (วิทยา ศรีมาดา, 2553) ร่างกายได้รับไตรกลีเซอไรด์ 2 ทางดังนี้ (วิไลลักษณ์ พิมรินทร์, 2549)

(1) จากอาหารที่บริโภค อาหารแต่ละชนิดมีปริมาณไตรกลีเซอไรด์ไม่เท่ากัน เช่น อาหารที่เป็นเนื้อสัตว์ล้วน ๆ หรือที่เรียกว่า เนื้อแดงไม่มีไขมัน ที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เช่น เนื้อหมูเนื้อวัว เนื้อไก่ แต่จะมีไตรกลีเซอไรด์แทรกอยู่ประมาณร้อยละ 7.1 ถ้าเป็นอาหารที่มีไขมันและมองเห็นไขมันด้วยตาเปล่า เช่น มันหมู มันวัว มีไตรกลีเซอไรด์อยู่ร้อยละ 71.4 ส่วนอาหารที่ได้มาจากพืช เมล็ดพืช มีไตรกลีเซอไรด์ไม่ถึงร้อยละ 1 ไตรกลีเซอไรด์ประกอบด้วยกรดไขมัน (Fatty acid) 3 โมเลกุล และกลีเซอรอล (Glycerol) 1 โมเลกุล ซึ่งกรดไขมัน ที่เป็นส่วนประกอบของไตรกลีเซอไรด์ มี 2 ชนิด คือกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) และกรดไขมันไม่อิ่มตัว (Unsaturated fatty acid)

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

2.4.1.3 Phospholipid เป็นไขมันที่เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของเซลล์ Membrane และเป็นตัวช่วยในการละลายไขมันชนิดอื่น

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

(1) Chylomicron สร้างมาจากเยื่อลำไส้เล็กส่วนต้น ประกอบด้วยไตรกลีเซอไรด์เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) ทำหน้าที่ขนส่งอาหาร ไขมันที่รับประทานแล้ว นำคอเลสเตอรอลบางส่วนไปเก็บไว้ที่ตับ และนำไตรกลีเซอไรด์ไปไว้ที่เนื้อเยื่อไขมัน การมีระดับโคเลโมครอนสูง เกิดจากการรับประทานอาหารไขมันสูง และระดับของโคเลโมครอนจะสูงภายใน 3-4 ชั่วโมงภายหลังรับประทานอาหารและจะหมดไปภายใน 12-14 ชั่วโมง ถ้าบุคคลใด รับประทานอาหารไขมัน เกินความสามารถของร่างกายในการเผาผลาญ ร่างกายก็จะสะสมทำให้เกิดโรคอ้วนได้

(2) VLDL-Very Low Density Lipoprotein เป็นไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมาก มีขนาดเล็กกว่า และหนักกว่าโคเลโมครอน VLDL ประกอบด้วยไตรกลีเซอไรด์ประมาณ 50-60% และคอเลสเตอรอลประมาณ 20% ส่วนใหญ่สร้างที่ตับและบางส่วนสร้างที่ลำไส้เล็ก ทำหน้าที่ขนส่งไขมันที่ตับสร้างขึ้นไปยังเนื้อเยื่อ ต่าง ๆ เพื่อให้เนื้อเยื่อเหล่านั้น นำไปใช้เป็นพลังงานอัตรการสร้าง VLDL ที่ตับขึ้นอยู่กับการปัจจัยหลายอย่าง คือระดับอินซูลิน ปริมาณไขมัน ในร่างกายปริมาณแป้ง แอลกอฮอล์ที่บริโภคและ VLDL จะเป็นตัวนำไตรกลีเซอไรด์เกือบทั้งหมดไหลเวียนในเลือด ดังจะเห็นในผู้ป่วยโรคหัวใจ มักจะมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง โปรตีนที่เป็นองค์ประกอบหลักคือ อโปบี และอโปอี (apo B & apo E)

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

(4) HDL-High Density Lipoprotein เป็นไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงและมีขนาดเล็กที่สุด หรือเรียกว่า คอเลสเตอรอลดี (Good cholesterol) HDL ถือว่าเป็นไลโปโปรตีนที่มีความสำคัญมากที่สุด ถูกสร้างจากตับ และลำไส้เล็ก HDL ยังมีหน้าที่สำคัญคือ ขนส่งคอเลสเตอรอลจากผนังด้านในของหลอดเลือดแดงกลับสู่ตับ เพื่อกำจัดออกจากร่างกาย มีบทบาทในการป้องกันการจับตัวของคอเลสเตอรอลที่ผนังหลอดเลือดแดง จึงเป็นการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (NCEP, 2001) ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจ จากรายงานการศึกษาพบว่า คนที่มีระดับ HDL-C น้อยกว่า 35 mg/dl จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 8 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มี HDL-C มากกว่า 65 mg/dl หรืออีกนัยหนึ่งคือ HDL-C ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 mg/dl สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ 2-3% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา พบว่า HDL-C ที่เพิ่มขึ้นทุก 1% จะสามารถช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 0.7 - 3 (Lin et al., 2010)

(5) LDL-Low Density Lipoprotein เป็นไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นน้อยหรือเรียกว่า คอเลสเตอรอลไม่ดี (Bad cholesterol) ทำหน้าที่ในการขนส่งคอเลสเตอรอลไปตามกระแสเลือด โดยปริมาณคอเลสเตอรอลร้อยละ 30 จะถูกส่งไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ ที่ต้องการคอเลสเตอรอล ส่วนร้อยละ 70 ที่เหลือจะถูกนำกลับไปเก็บที่ตับ LDL เกิดจากการเปลี่ยนสภาพของ IDL ซึ่งมีปริมาณคอเลสเตอรอลมากกว่า ไตรกลีเซอไรด์และฟอสโฟไลปิด เป็นส่วนสำคัญของคอเลสเตอรอลรวม ที่ร่างกายสามารถสังเคราะห์ขึ้นได้จากสารอาหารที่รับประทานเข้าไป โดยได้มาจากไขมันสัตว์โดยตรง เป็นคอเลสเตอรอลที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง หากมีปริมาณที่สูงแต่ถ้ามีในปริมาณที่พอเหมาะก็จะมีประโยชน์ต่อร่างกายและเนื้อเยื่อ ที่ใช้เป็นส่วนประกอบของเซลล์เป็นตัวที่เริ่มต้นของการสังเคราะห์สเตียรอยด์ฮอร์โมน และเป็นส่วนประกอบของกรดน้ำดี เมื่อระดับ LDL สูงเกินไปจะเกิดโทษต่อร่างกายโดยจะเกาะกับผนังหลอดเลือด จนกระทั่ง หลอดเลือดตีบแคบลง หรืออาจเป็นลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดได้

2.4.2 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia)

ความหมายของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) หมายถึง การที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม ได้แก่ ระดับคอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูงมากกว่า 200 mg/dl ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงมากกว่า 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) ที่พบบ่อยคือโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) โรคหลอดเลือด

เลือดสมอง (Cerebrovascular disease) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral arterial disease) (พืงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545 และ Genest et al., 2009 และ Lloyd-Jones et al., 2010)

2.4.2.1 สาเหตุของการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ความผิดปกติของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ตามสาเหตุที่ทำให้เกิดขึ้นดังนี้ (พืงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545 และ วิทยา ศรีมาตา, 2553)

(1) ไขมันผิดปกติในเลือดปฐมภูมิ (Primary dyslipidemia) เป็นความผิดปกติที่เกิดมาจากสาเหตุทางพันธุกรรม โรคที่พบบ่อยคือ Familial combined hyperlipidemia (FCH) (โรคไขมันรวมกันในเลือดสูงในเครือญาติ) polygenic hypercholesterolemia (คอเลสเตอรอลในเลือดสูงจากยีน) Familial hypercholesterolemia (FH) (คอเลสเตอรอลสูงในเครือญาติ) และ ตรวจพบอาการแสดงของความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด เช่น วงสีขาวที่ขอบกระจกตาดำ (Cornel arcus) ปื้นเหลืองที่เอ็น (Tendon xanthoma) ปื้นเหลืองที่ตา (Xanthlasma) ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการวินิจฉัย

(2) ไขมันผิดปกติในเลือดทุติยภูมิ (Secondary dyslipidemia) ภาวะนี้เกิดจากโรคหรือยาบางชนิดที่มีผลต่อกระบวนการสร้างและ/หรือสลาย Lipoprotein ทำให้ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โดยสาเหตุที่ทำให้ LDL-C สูงได้แก่ Hypothyroidism, cholestasis, Nephrotic syndrome, ยาบางชนิด เช่น Thiazides, progestogen, Cyclosporine เป็นต้น สาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ได้แก่ 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 โดยอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัว ส่วนใหญ่มีผลทำให้ระดับไขมัน LDL-C สูงขึ้น อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมากได้แก่ กะทิ หมูสามชั้น เนยเหลว เนยเทียมแข็ง เนื้อสัตว์ที่มีมันมาก หนังเป็ด หนังไก่ ไส้กรอก เป็นต้น ซึ่งอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวจะส่งผลโดยลดการผลิตของตัวรับ LDL-C ที่ผิวตับ (นลินี แข็งสารกิจ, 2551) และพบว่า ทุก ๆ ร้อยละ 1 ของการรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัว จะทำให้มีการเพิ่มของระดับคอเลสเตอรอลในเลือดถึง 2.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร นอกจากอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวแล้ว การรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลในปริมาณที่มากเกินไปในแต่ละมื้อ เช่น ไข่แดง เนื้อสัตว์ เครื่องในทุกประเภท และอาหารทะเลบางชนิดเช่น ปลาหมึก หอยนางรม (พิมลรัตน์ เตโชพิทยากุล และ วิทยา ศรีมาตา, 2544) โดยการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลเพียง 100 มิลลิกรัมต่อวัน จะส่งผลให้มีระดับคอเลสเตอรอลรวมเพิ่มขึ้น 2-3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และยังทำให้ระดับไขมัน LDL-C ในเลือดเพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย จากการศึกษาพบว่า แนวทางในการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะเน้นหนักไปที่การลดระดับไขมัน LDL-C และเพิ่มระดับไขมัน HDL-C ซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด

หัวใจ (Lin et al., 2010) และอาหารที่ทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะน้ำตาลฟรุกโทส และซูโครสมาก การดื่มสุรา เป็นต้น ปัจจุบัน มีประชากรมีการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดมีน้ำหนักตัวเกิน และความอ้วน ดังนั้นจึงมีเกณฑ์การประเมินโดยคำนวณจากการใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงที่มีหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง ดังตารางที่ 2.1 (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550)

ตารางที่ 2.1 เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ

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

2.4.2.2 ผลกระทบของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและเศรษฐกิจ จากพยาธิสภาพของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จะไม่ทำให้เกิดโรคโดยทันทีทันใด แต่เมื่อมีการสะสมของระดับไขมันในเลือดเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบไหลเวียนของร่างกาย ได้แก่ หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมองและหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (NCEP, 2001) ซึ่งการดำเนินของของโรคจะขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงและกรรมพันธุ์ของแต่ละบุคคล ผลกระทบของการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีดังต่อไปนี้

(1) ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อร่างกายมีความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด จะทำให้เกิดพยาธิสภาพบริเวณผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดง (Intimalayer) โดยจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีการสะสมของระดับไขมัน LDL-C ส่วนเกินจะไปแทรกตัวอยู่ใต้ชั้นเซลล์บุชั้นใน (Endothelial cell) โดยเซลล์บุชั้นใน จะทำหน้าที่ผิดปกติ ทำให้มีเม็ดเลือดขาว (Macrophage) มาเกาะที่ผนัง Endothelial cell และเปลี่ยนรูปร่างเป็น Macrophage ซึ่งคอยดักจับไขมัน LDL-C ที่อยู่ในกระแสเลือดแล้วจะกลายเป็นเซลล์ที่มีขนาดใหญ่ เรียกว่า Foam cell เมื่อ Foam cell ไปสะสมใต้ชั้น Endothelial cell มาก ๆ จะทำให้เกิดการปริแยก ทำให้ชั้น Subendothelium ข้างใต้สัมผัสกับกระแสเลือด เกล็ดเลือดจะมาจับตัวกันเป็นกลุ่ม และกระตุ้นเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบ ให้หลั่งสาร Proteoglycan ทำให้มีการสร้าง Fibrous connective tissue ซึ่งประกอบด้วย Collagen fiber และ Reticulum fibrils ลักษณะรอยโรคจะเกิดเป็น Thin-cap Fibroatheroma ซึ่งจะมี Fibrous connective tissue อยู่ด้านนอกและมีเนื้อไขมันเน่าตาย (Necrotic debris) อยู่ด้านในเรียกว่า Fibrous plaque lesion ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา ทำให้ผิวด้านในหลอดเลือดนูน

ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งและหนาตัวขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งสภาพของหลอดเลือดจะมีลักษณะขรุขระ ตีบแคบและขาดความยืดหยุ่น ในระยะแรกผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะไม่มีอาการผิดปกติ แต่เมื่อมีการสะสมของไขมันและแคลเซียมภายในเยื่อบุด้านในของหลอดเลือดเป็นเวลานาน ท้ายที่สุดอาจกินเนื้อที่ภายในชั้น Intima ถึงร้อยละ 30-50 ซึ่งจะทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลง (Insull, 2009) และถ้ามีการตีบแคบกว่าเดิมมากกว่า ร้อยละ 50-70 ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือด จะทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้เกิดการเจ็บหน้าอกขึ้นได้ (Davies, 2001, อ้างถึงใน จิตติมา ฤทธิ์ทัศนกุล, 2547) และเมื่อมีปริแตกของคราบไขมันที่ผนังหลอดเลือดแดง (Thrombosis hemorrhage) จะมีเลือดออกและเกิดลิ่มเลือด 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. ก็จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นหัวใจล้มเหลวเป็น 4 เท่า (Katch, et al., 2006 อ้างถึงใน นลินี แซงสารกิจ, 2551) และถ้าคราบไขมัน ที่ปริแตกหลุดไปที่หลอดเลือดสมองก็จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เป็นอัมพาต หรืออัมพฤกษ์ โรคความจำเสื่อม โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย

(2) ผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ พบว่า ค่ายาที่ใช้ในการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีค่าสูงมาก ดังการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ยาที่ใช้สำหรับรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มีการใช้เป็นอันดับหนึ่งของประเทศคือ ยา Lipitor มีมูลค่าถึง 2,065 ล้านบาทต่อปี และในปี พ.ศ. 2552-2553 ยากลุ่มของไขมันก็ยังคงเป็นยากลุ่มแรกที่มีการเบิกจ่ายมากที่สุดคือ 1,500 ล้านบาทต่อปี ซึ่งนับว่า เป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาล นอกจากนั้นยังพบว่า อัตราส่วนของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ยังไม่รู้ตัว และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสูงที่สุดคือ ประเทศไทย โดยพบว่า กลุ่มที่มีระดับไขมัน TC มากกว่า 240 มก/ดล. ขึ้นไป มีถึงร้อยละ 73 และยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ซึ่งพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2553) กลุ่มบุคคลเหล่านี้เป็นกลุ่มที่ยังไม่มีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและยังไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ย่อมมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตด้วยวัยอันควรด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะนำมาสู่การสูญเสีย ส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ทั้งที่ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถจะแก้ไข ควบคุมและป้องกันได้

จะเห็นได้ว่า การมีภาวะไขมัน ในเลือดผิดปกติจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและด้านเศรษฐกิจ เพราะฉะนั้นผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติควรที่จะทราบถึงเกณฑ์ในการวินิจฉัยของระดับไขมันในเลือดผิดปกติเพื่อที่จะทราบถึงระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ

2.4.2.3 เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

จากการศึกษาวิทยาการระบาดพบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น มีระดับไขมันในเลือด TC < 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, LDL-C < 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, HDL-C \geq 40 มิลลิกรัมต่อ

เดซลิตรและ TG <150 มิลลิกรัมต่อเดซลิตร นอกจากนี้ ควรมีอัตราส่วน TC/HDL-C <4.5 และ LDL-C < 3.0 เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ และความรุนแรงของความผิดปกติซึ่งกำหนดโดย Grundy et al. (2001) ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ระดับไขมัน (มิลลิกรัมต่อเดซลิตร)	ความหมายทางคลินิก
ระดับไขมันไม่ดี (LDL-cholesterol)	
< 100	เหมาะสม
100 – 129	ใกล้เคียงค่าเหมาะสม (ยอมรับได้)
130 – 159	กำกวม
160 – 189	สูง
≥ 190	สูงมาก
ระดับไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol)	
< 200	เหมาะสม
200 – 239	กำกวม
≥ 240	สูง
ระดับไขมันดี (HDL-cholesterol)	
< 40	ต่ำ
≥ 60	สูง
ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)	
< 150	เหมาะสม
150 – 199	กำกวม
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 Grundy et al. (2001)

2.4.3 แนวทางการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

สามารถทำได้ 2 วิธีหลัก ได้แก่การรักษาโดยไม่ใช้ยาและการรักษาโดยใช้ยา ดังต่อไปนี้ Grundy et al. (2001)

2.4.3.1 การรักษากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacologic intervention) ถือเป็นหัวใจหลักที่สำคัญ ซึ่งมักจะพิจารณาเป็นแนวทางแรกในการรักษากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยการให้โภชนบำบัด จะทำโดยการควบคุมอาหารให้ถูกต้องทั้งชนิด และปริมาณ วิธีนี้จะส่งผลต่อระดับ LDL-C, Triglyceride และ HDL-C (พิมลรัตน์ เตโชพิทยากุล และ วิทยา ศรีดามา, 2544) เป็นการป้องกัน ปฐมภูมิ (Primary prevention) จะช่วยลดความเสี่ยงทั้งในระยะสั้น (<10) และระยะยาว (>10 ปี) การป้องกันปฐมภูมิเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเป็นอันดับแรก ทั้งนี้ถ้าระดับไขมันสูงเกินกว่า เป้าหมายเพียงเล็กน้อย และไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ร่วมด้วยอาจไม่จำเป็นที่จะต้องใช้ยาลดไขมันเสมอไป และจากการศึกษาพบว่า ปัจจุบันมักจะใช้เป็นแนวทางแรกในการรักษากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำ การรักษากจะเน้นหนักไปที่การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ด้านการควบคุมอาหารจะต้องมีการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารให้ถูกต้องทั้งชนิด และปริมาณ ทั้งนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันลดลงเป็นเวลานานกว่า 2 ปี สามารถลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ และจุดประสงค์ของโภชนบำบัด คือ จะต้องลดปริมาณกรดไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอลในอาหารลง ตลอดจนให้ได้รับพลังงานที่เหมาะสม และขจัดพลังงานส่วนเกินออกไป ทั้งนี้จะต้องได้รับวิตามิน และสารอาหารอย่างเพียงพอ ด้วยวิธีนี้เป็นวิธีที่เหมาะสมอย่างยิ่ง ในผู้ที่มีสาเหตุของไขมันในเลือดผิดปกติที่มาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์ก็จะเห็นผล (ปริยา ลีพหกุล และคณะ, 2548)

อ้างอิงใน นันธิกา สนแย้ม (2560) การปรับเปลี่ยนวิถีทางการดำเนินชีวิต (Therapeutic Lifestyle Changes; TLC) ประกอบด้วย

(1) การบริโภคอาหาร การรักษากภาวะไขมันในเลือดสูงด้วยอาหารสามารถแบ่งตามประเภทของอาหารได้ดังนี้ (วิชัย ต้นไพจิตร และคณะ, 2544)

อาหารประเภทโปรตีน

การเลือกรับประทานโปรตีนจากเนื้อสัตว์ ควรเลือกที่มีไขมันน้อย ได้แก่ เนื้อไก่ เนื้อ ปลา แหล่งโปรตีนที่ได้จากพืชได้แก่ ถั่วเหลืองและผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง การรับประทานโปรตีน ควรรับประทานร้อยละ 15-20 ของพลังงานที่ได้รับ

อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต

การเลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรต ควรรับประทานคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (complex carbohydrate) ได้แก่ ข้าวซ้อมมือ และธัญพืชต่างๆ ผักและผลไม้เป็นแหล่งของวิตามินและเกลือแร่ ควรเลือกรับประทานที่มีในปริมาณน้ำตาลน้อย และในปริมาณที่เหมาะสม อีกทั้งยังให้ใยอาหาร ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด การรับประทานคาร์โบไฮเดรตควรรับประทานร้อยละ 55-60 ของพลังงานที่ได้รับ

อาหารประเภทไขมัน

การเลือกรับประทานไขมัน ควรรับประทานในปริมาณที่พอเหมาะแก่ความต้องการ ของร่างกาย แหล่งของอาหารที่มีไขมันสูง ได้แก่ สมองสัตว์ มากกว่า 2000 มก./100 กรัม) เครื่อง ในสัตว์ชนิดต่างๆ (350-

750 มิลลิกรัม/100 กรัม) การรับประทานไขมันที่มีสัดส่วนของกรดไขมัน อย่างเหมาะสม ทำให้ระดับไขมันในเลือดลดลง ดังนี้

1) การรับประทานกรดไขมันอิ่มตัวให้น้อยลง ทำให้ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล ในเลือดลดลง
 2) การรับประทานกรดไลโนเลอิก (linoleic acid) ช่วยป้องกันการขาดกรดไลโนเลอิก ซึ่งต้องการเพียงร้อยละ 2 ของพลังงานที่ได้รับ และเพิ่มการทำงานของตัวรับแอลดีแอล (LDL receptor) ที่ทำให้แอลดีแอล (LDL-C) ลดลง

3) การรับประทานกรดแอลฟาไลโนเลนิก (alpha-linolenic acid) เป็นกรดไขมันจำเป็น และเป็นต้นกำเนิดของกรดไอโคซาเห็นตะอีโนอิก (eicosapentaenoic acid: EPA) และกรดโดโคซา เฮซะอีโนอิก (docosahexaenoic acid: DHA) ถึงแม้ว่ากรดแอลฟาไลโนเลนิก ไม่ลดระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอลในเลือดโดยตรง แต่สามารถช่วยลดอาการอักเสบและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

4) การรับประทานกรดโอเลอิก เป็นกรดไขมันที่ร่างกายสามารถสร้างได้ พบมากใน น้ำมันมะกอก น้ำมันจากเมล็ดถั่วต่างๆ เช่น ถั่วอัลมอนต์ ถั่วลิสง และน้ำมันปลา กรดโอเลอิกมี ประสิทธิภาพลดระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอลในเลือดได้เกือบเท่ากรดไลโนเลอิก สรุปรูปปริมาณของไขมันที่เหมาะสมเพื่อลดระดับไขมันในเลือด

- ควรรับประทานไขมันทั้งหมดไม่เกินร้อยละ 25-35 ของพลังงานที่ได้รับ
- ควรรับประทานคอเลสเตอรอล ไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อวัน (Grundy et al. (2001)
- ควรรับประทานกรดไขมันอิ่มตัวให้น้อยกว่าร้อยละ 7 ของพลังงานที่ได้รับ
- ควรรับประทานกรดไลโนเลอิก (linoleic acid) ร้อยละ 7-10 ของพลังงานที่ได้รับ
- ควรรับประทานกรดโอเลอิก (oleic acid) ร้อยละ 10-15 ของพลังงานที่ได้รับ
- ควรรับประทานกรดแอลฟาไลโนเลนิก (alpha-linolenic acid) ร้อยละ 0.5-1.0 ของพลังงานที่ได้รับ

ได้รับ

อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

ไขมันทรานส์ เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่เกิดจากกระบวนการทางเคมีโดยการเติมไฮโดรเจน ลงไปในน้ำมันพืช เรียกว่า กระบวนการไฮโดรจีเนชัน (Hydrogenat ion) มีคุณสมบัติคล้ายนมและ เนย ส่วนใหญ่ถูกใช้ในอุตสาหกรรมอาหาร ผลต่อร่างกาย คือ ทำให้ระดับ LDL ซึ่งเป็น คอเลสเตอรอลชนิดเลวในเลือดสูง และพบว่าสูงขึ้นมากกว่าไขมันจากสัตว์ นอกจากนั้นยังลดระดับ HDL ซึ่งเป็นคอเลสเตอรอลชนิดดีในเลือด โดยไขมันทรานส์จะมีผลต่อการทำงานของเอนไซม์ Cholesterol Acyltransferase ซึ่งเป็นเอนไซม์สำคัญในการเมตาบอลิซึมของคอเลสเตอรอล ตัวอย่าง อาหารที่มีไขมันทรานส์ เช่น อาหารประเภทของทอด มาร์การีน ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงอาหาร ประเภทนี้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (พัฒนา เต็งอำนาจ, 2553)

(2) การออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนัก

การออกกำลังกายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือด ได้แก่ ช่วยลดระดับไตรกลีเซอไรด์ และคอเลสเตอรอล เพิ่มระดับเอชดีแอล และเพิ่มการสลายไขมัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงระดับไขมันใน

เลือดนั้นจะเกิดขึ้นหลังจากออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ประมาณ 12 สัปดาห์ American Heart Association News (AHA) แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ว่าควรออกกำลังกายนาน 40 นาที 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ผลของการออกกำลังกายต่อ ระดับไขมันในเลือด ดังนี้

1) ลดระดับวีแอลดีแอลคอเลสเตอรอล โดยช่วยกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ไลโปโปรตีนไลเปส (lipoprotein lipase) ทำให้ร่างกายนำไตรกลีเซอไรด์จากโคเลโมครอนและวีแอลดี แอลคอเลสเตอรอลมาใช้เป็นพลังงาน (Dustrine & Thompson, 2001)

2) ลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลง โดยช่วยเพิ่มความสามารถของกล้ามเนื้อลาย ในการนำไตรกลีเซอไรด์ไปใช้เป็นพลังงาน

3) เพิ่มระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอล โดยเอนไซม์ไลโปโปรตีนไลเปส จะเปลี่ยนโคเลโมครอน และบางส่วนของวีแอลดีแอลคอเลสเตอรอลไปเป็นเอชดีแอลคอเลสเตอรอล รวมทั้ง เอชดีแอลคอเลสเตอรอล ถูกทำลายน้อยลง โดยเฮปพาทิกไลเปสที่ทำงานลดลง

4) เพิ่มประสิทธิภาพการดึงไขมันอิสระออกจากผนังหลอดเลือด โดยเอนไซม์ไลโปโปรตีนไลเปส จะช่วยในการเปลี่ยนเอชดีแอลสามเป็นเอชดีแอลสอง อีกทั้งเพิ่มการทำงานของเอนไซม์เลซิทินคอเลสเตอรอล เอซิลทรานเฟอร์เรส (lecithin cholesterol acyl transferase) ทำให้เกิดช่องว่างบนผิวของเอชดีแอลคอเลสเตอรอล ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สร้างเอสเทอร์จากกรดไขมันอิสระภายในโมเลกุลของเอชดีแอลคอเลสเตอรอล

การรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผู้ที่มีภาวะ Metabolic syndrome เป็นผู้ที่มีกลุ่มอาการซึ่งประกอบด้วยลักษณะอ้วนลงพุง (abdominal obesity) น้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และ ระดับไขมันในเลือดสูงซึ่งส่วนใหญ่ พบว่ามีระดับไตรกลีเซอไรด์ และแอลดีแอลคอเลสเตอรอลใน เลือดสูง เอชดีแอลคอเลสเตอรอลในเลือดต่ำ คนกลุ่มนี้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด การรักษา โดยการ

ควบคุมปริมาณของอาหารที่รับประทานร่วมกับการ ออกกำลังกายเป็นประจำ สามารถลดน้ำหนักตัวได้สัปดาห์ละ 0.25-0.5 กิโลกรัม การลดน้ำหนัก ด้วยวิธีนี้จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (วิชัย ต้นไพจิตร และคณะ, 2544)

ประเภทของการออกกำลังกายแบ่งตามความแรงได้ 3 ประเภท

1) การออกกำลังกายแบบเบา (Low intensity) มีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อ นาที ลักษณะการออกกำลังกายเต็มที่แบบสั้น ไม่เกิน 1 นาที หรือใช้เวลาเพียงบางส่วน และ ช่วงพักเหนี่ยวนาน การออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่ กรีฑาลาน ยิงปืน เปตอง

2) การออกกำลังกายแบบปานกลาง (moderate intensity) มีอัตราการเต้นของหัวใจ 100-124 ครั้งต่อ นาที ลักษณะการออกกำลังกายเป็นแบบปานกลาง ติดต่อกันไม่เกิน 30 นาทีหรือน้อยกว่า 1 ชั่วโมง และมีช่วงพักเหนี่ยวนาน การออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่ ปิงปอง ว่ายน้ำ เดิน เร็ว เดินแอร์โรบิก เป็นต้น

3) การออกกำลังกายแบบหนัก (severe intensity) มีอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 125 ครั้งต่อนาที ลักษณะการออกกำลังกายเป็นการออกกำลังกายในระดับปานกลางติดต่อกันเป็น เวลานานกว่า 1 ชั่วโมง การออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่ ชกมวย เทนนิส ฟุตบอล เป็นต้น

ระยะเวลาของการออกกำลังกาย (Time of duration of exercise) โดยทั่วไปควรอยู่ ระหว่าง 20-60 นาที อย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาในการออกกำลังกายแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

- 1) ระยะอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลา 10 นาที เป็นการเตรียมพร้อมกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกาย
- 2) ระยะบริหารร่างกาย ใช้เวลา 15-60 นาที เป็นการออกกำลังกายจริงกาย หลังจากอบอุ่นร่างกาย
- 3) ระยะผ่อนคลาย ใช้เวลา 3-10 นาที เป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย การเตรียมตัวก่อนออกกำลังกาย (จรรยา มีสิน, 2536) ควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

- การแต่งกาย เลือกให้เหมาะสมกับประเภทการออกกำลังกาย เพื่อช่วยในการเคลื่อนไหวและระบายเหงื่อได้ดี

- สภาพร่างกาย เลือกการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับความสามารถ และสุขภาพ

- สถานที่ และเวลา เลือกให้เหมาะสมกับสภาพอากาศเพื่อให้ร่างกายสามารถปรับตัวได้ขณะออกกำลังกาย และทำให้การออกกำลังกายเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องอย่างที่ตั้งใจ

- การรับประทานอาหาร และระบบขับถ่าย ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ก่อนหรือหลังออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ชั่วโมง ในกรณีที่ใช้พลังงานมากๆ เช่น วิ่งมาราธอน กีฬา ประเภททีม ควรทานอาหารที่ย่อยง่าย ให้พลังงานสูง ไม่ควรรับประทานอาหารก่อนและหลังออกกำลังกายทันที เพราะทำให้เป็นผลเสียต่อร่างกาย และการออกกำลังกาย

- การดื่มน้ำ ควรดื่มให้เพียงพอแต่ความต้องการของร่างกาย เพื่อปรับอุณหภูมิของร่างกาย คงไว้ซึ่งสมรรถภาพในการทำงาน โดยแนะนำให้ดื่มน้ำที่ละน้อย แต่บ่อยครั้ง

- หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายเมื่อมีความเจ็บป่วย และระมัดระวังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ในขณะที่ออกกำลังกาย

- ความหนัก ความนาน และความบ่อยของการออกกำลังกาย เลือกประเภทการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของร่างกาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความหนักเบาของการฝึกซ้อม และ ความต่อเนื่องสมรรถภาพสูงสุดในการออกกำลังกายไม่ควรเกิน 90 เปอร์เซ็นต์ ที่นิยมอยู่ระหว่าง 60 หรือ 80 เปอร์เซ็นต์ โดยการนับชีพจรขณะออกกำลังกาย หรือทันทีที่หยุดออกกำลังกาย

2.4.3.2 การรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติโดยใช้ยา (Lipid lowering agents) คือการใช้ยาลดไขมันในเลือด ซึ่งจะพิจารณาให้เมื่อลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารแล้ว 3-6 เดือน เมื่อไม่สามารถลดระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้ ซึ่งในปัจจุบันยาลดไขมันที่ใช้กันอยู่อย่างแพร่หลาย ในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ (อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2549 และ Grundy et al., 2001)

(1) HMG-CoA reductase inhibitors หรือกลุ่ม Statins ได้แก่ ยา Atorvastatin, Simvastatin, Lovastatin, Fluvastatin, Pravastatin, Rosuvastatin ประสิทธิภาพของยาในกลุ่มนี้ เป็นยาที่มี

การใช้มากที่สุดเป็นผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เนื่องจากมีประสิทธิภาพดีในการลด Cholesterol โดยเฉพาะ LDL- C สามารถลดได้ถึงร้อยละ 50 ลด TG และเพิ่ม HDL- C ได้เล็กน้อยถึงพอสมควรขึ้นกับตัวยาที่ใช้ อีกทั้งปัจจุบันมีผลการศึกษายืนยันถึงผลดีของยากลุ่มนี้ว่า สามารถป้องกันโรคแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ และยังช่วยป้องกันการเกิด cardiovascular events และลดอัตราการเสียชีวิต จึงมีการใช้ยากลุ่มนี้อย่างแพร่หลาย (Lin et al., 2010; Grundy et al. (2001)

(2) Bile acid sequestrants (BAS) ได้แก่ ยา Cholestyramine, Colestipol, Colesevelam ประสิทธิภาพของยากลุ่มนี้ลด LDL-C ได้ดี แต่อาจเพิ่มระดับ TG ได้จึงไม่แนะนำให้ใช้ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มีระดับ TG สูง (>200 mg/dl) การใช้ยานี้เป็นเดี่ยวๆ เพื่อลด LDL- C นั้นจะมีบทบาทน้อยกว่า ยากลุ่ม Statins อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ได้รับยา Statins ในขนาดที่เหมาะสมแล้ว แต่ยังไม่สามารถลด LDL-C ลงมายังระดับเป้าหมายได้ อาจพิจารณาใช้ยากลุ่มนี้ร่วม ซึ่งจะช่วยลด LDL-C ได้อีก 10-15% และกรณีผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติไม่สามารถทนต่อยา Statins ได้ ยากลุ่มนี้ก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ใช้เพื่อลด LDL-C

(3) Nicotinic acid หรือ Niacin ประสิทธิภาพของยากลุ่มนี้ เป็นยาที่เพิ่มระดับ HDL- C ได้ดีที่สุดในเมื่อเปรียบเทียบกับยาอื่น ๆ ที่มีใช้ในปัจจุบัน โดยเพิ่ม HDL-C ได้ร้อยละ 15-35 ได้ดีพอๆ กับยากลุ่ม Fibrates ส่วนผลในการลด LDL-C นั้น พบว่าไม่ดีเท่ากับยาอื่น โดยทั่วไปมักใช้เป็นยาเสริมฤทธิ์ของ Statins เพื่อช่วยลด LDL- C ลด TG หรือเพิ่ม HDL-C

(4) Fibric acid derivatives หรือ Fibrates ได้แก่ ยา Fenofibrate, Clofibrate, Gemfibrozil, Bezafibrate, Ciprofibrate ประสิทธิภาพของยากลุ่มนี้ต่อระดับ LDL-C นั้น ไม่ค่อยแน่นอนอน แต่สำหรับผู้ที่ไม่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง ยากลุ่มนี้จะลดระดับ LDL- C ได้ร้อยละ 5-20 ขึ้นอยู่กับตัวยาที่ใช้ แต่ในผู้ที่มี TG สูงอาจพบ LDL-C มีระดับสูงขึ้นได้ เมื่อได้รับยากลุ่ม Fibrates ดังนั้นยากลุ่มนี้ จึงเป็นยาที่ใช้โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลด TG และเพิ่ม HDL มากกว่า การใช้เพื่อลด LDL-C

(5) Cholesterol absorption inhibitors ได้แก่ ยา Ezetimibe ประสิทธิภาพของยากลุ่มนี้ เมื่อใช้เป็นยาเดี่ยวสามารถลด LDL ได้ร้อยละ 15-20 แต่เมื่อให้รวมกันกับยากลุ่ม Statins จะลด LDL-C ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10-20 ดังนั้นจึงอาจใช้ร่วมกับยา Statins ในผู้ที่ยังไม่สามารถลด LDL-C ลงยังระดับเป้าหมายได้ หรืออาจใช้เป็นยาเดี่ยวในกรณีที่ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติไม่สามารถทนยา Statins ได้

สรุปได้ว่า แนวทางในการรักษาผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ประกอบด้วย 2 วิธีหลัก คือการรักษาโดยไม่ใช้ยา ซึ่งก็คือการให้โภชนบำบัด วิธีที่สองคือการรักษาโดยใช้ยาลดไขมัน ซึ่งจะพิจารณาให้เมื่อลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารแล้ว 3-6 เดือนแล้วไม่สามารถลดระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้ ทั้งนี้ได้มีการศึกษาพบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้ เนื่องจากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ก็เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลเข้ามาเกี่ยวข้องนั่นเอง

อ้างอิงใน นันทิกา สนแยม (2560) พงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย ดังนี้

1) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล (นันทวัน ทรัพย์ประเสริฐดี, 2553): จาก งานวิจัยของ นันทวัน ทรัพย์ประเสริฐดี ได้กล่าวไว้ว่า งานวิจัยนี้ได้ศึกษาพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 300 คนโดยใช้แบบสอบถามพบว่า มีพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับ ปานกลาง เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันไขมันในเลือดสูง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สามารถร่วมกันทำนายเจตนา ที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 36.4 เจตนาที่จะ กระทำพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 11.9

2) การศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬา แห่งประเทศไทย (วรรณิภา แก้วยศ, 2549): จากงานวิจัยของ วรรณิภา แก้วยศ ได้กล่าวไว้ว่า งานวิจัย นี้ได้ทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย จำนวน 264 คน โดยใช้ แบบสอบถาม พบว่า บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย ที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนบุคลากรที่มีระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัว ฝ่ายสำนักที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีพฤติกรรม การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง มี ความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะไขมันใน เลือดสูง ไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการ กีฬาแห่งประเทศไทย

3) การศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคที่มีผลต่อ ไขมันในเลือด และโรคที่เกี่ยวข้องโดยใช้ เทคนิคการวิเคราะห์จำแนกประเภทหรือกลุ่ม (นิรมล อุดมอ่าง และคณะ, 2546): จากงานวิจัยของ นิรมล อุดมอ่าง, เพ็ญขวัญ ชมปรีดา, อนุวัตร แจ่มชัดได้ กล่าวไว้ว่า งานวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาโดยทำการสำรวจจากกลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 441 คน อายุ 35-89 ปี พบว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 57.1 และพบว่าระดับ LDL (Low density lipoprotein) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับระดับคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และ HDL (High density lipoprotein) จากผลการวิเคราะห์จำแนกประเภทหรือกลุ่ม พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมการ บริโภคที่มีผลต่อการแบ่งกลุ่มผู้เป็นโรคไขมันในเลือดสูง คือ การบริโภคอาหารทอด ส่วนปัจจัย ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือ การควบคุมอาหาร และสภาวะจิตใจที่ดี ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการ แบ่งกลุ่มผู้เป็นโรคหัวใจขาดเลือด คือ การบริโภคอาหารทะเล การบริโภคธัญพืช การบริโภคนม และการบริโภคปลา นอกจากนี้ยังมี ปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภค และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ที่มีผลต่อ โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ โรค ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน จากการ สำรวจการใช้อาหารเสริมสุขภาพเพื่อลดคอเลสเตอรอล

ของกลุ่มผู้ป่วยนี้พบว่า มีผู้ใช้กระเทียม ร้อยละ 45.5 รองลงมาคือชาเขียวร้อยละ 35.6 แต่ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับโรคไขมันในเลือดสูง แต่กลับพบว่าผลิตภัณฑ์จากกลุ่มเส้นใยอาหารที่ละลายได้มีความสัมพันธ์ กับโรคหัวใจขาดเลือด

4) การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการที่ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (อารี บินทปัญญา, 2543): จากงานวิจัยของ อารี บินทปัญญา ได้กล่าวไว้ว่า จากงานวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 381 คน โดยใช้แบบสอบถามพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพ เพศ สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของ ครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ การ สนับสนุนจากครอบครัวต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีอาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกัน ภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยที่มีรายได้ของ ครอบครัว การสูบบุหรี่ต่างกัน จะมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงไม่ แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีอายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัวต่างกัน จะมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความรู้กับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือด ผิดปกติ โรงพยาบาลค่ายวิวัฒน์โยธิน จังหวัดสุรินทร์ (พรพรรณ ทศนคร และคณะ, 2555): จากงานวิจัยของ พรพรรณ ทศนคร, สุภัทนา กลางคาร, พิศศักดิ์ ผลพุกษา ได้กล่าวไว้ว่า การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการ กำกับตนเองในบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 44 คน พบว่า หลังการดำเนินงาน บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือด ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเอง การ ปฏิบัติในการลดระดับไขมันในเลือด เพิ่มขึ้น อีกทั้งระดับคอเลสเตอรอล และระดับไตรกลีเซอไรด์ ลดลงก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6) การศึกษาผลของการจัดการความรู้ต่อระดับไขมันในเลือดและดัชนีมวลกายของวัยทำงานที่มี ไขมันในเลือดสูง ชุมชนหอมแดง อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ (ชฎาภรณ์ ศรีบุญทอง และคณะ, 2559) พบว่า การได้รับความรู้ที่ถูกต้องในการออกกำลังกายจากวิทยากร การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการออก กำลังกายลดไขมันในเลือด การยึดถือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและกระตุ้นปฏิบัติของกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ พฤติกรรมการออกกำลังกายหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา บัวทองจันทร์ อุบล สุทธิเนียม และเสมอจันทร์ ชีระวัฒน์สกุล ซึ่งพบว่าหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มตัวอย่างมี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ส่วนด้านการบริโภค อาหาร การได้รับองค์ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร การสอน สาธิต กิจกรรมฐานการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดย นักโภชนาการ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการบริโภคอาหารจากบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ การ

สื่อสารระหว่างสมาชิกผ่านไลน์กลุ่มส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารหลังการใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี เกียรติชนก ซึ่งพบว่าหลังการใช้คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารลดพลังงานกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของธัญรัตน์ ภูซังค์ชัย และสุภาพร พลายระหาร ซึ่งพบว่าหลังการได้รับความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น

วิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

1) การบริโภคน้ำตาลฟรุกโตส และน้ำเชื่อมจากข้าวโพดที่มีน้ำตาลฟรุกโตสสูง พบการเพิ่มของระดับไตรกลีเซอไรด์ แอลดีแอลคอเลสเตอรอล และ apolipoprotein B ภายหลัง รับประทานอาหารมื้อกลางวันทั้งเพศชายและหญิง จากงานวิจัยของ Stanhope KL ได้กล่าวไว้ว่า งานวิจัยนี้ได้ทำการเปรียบเทียบผลกระทบของการบริโภคน้ำตาล กลูโคส น้ำตาลฟรุกโตส และน้ำเชื่อมจากข้าวโพดที่มีน้ำตาลฟรุกโตสสูง กับความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด หญิงชาย 48 คนที่มีอายุ 18-40 ปี โดยการบริโภคน้ำตาลเหล่านั้น 25 เปอร์เซ็นต์ของความต้องการพลังงานของร่างกายเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า การบริโภคเครื่องดื่มที่มี น้ำเชื่อมจากข้าวโพดที่มีน้ำตาลฟรุกโตสสูง เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มากกว่าการรับประทานน้ำตาลฟรุกโตส และน้ำตาลกลูโคส

2) การศึกษาความชุก การรักษา และการควบคุมภาวะไขมันสูง ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง สูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Sierra et al., 2015): จากงานวิจัยของ Sierra ได้กล่าวไว้ว่า การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่ถูกลดทอนระหว่างเดือนมกราคม ปี 2010 ถึงเดือนตุลาคม ปี 2014 จำนวน 264 ฉบับ โดยทบทวนฐานข้อมูลทางการแพทย์ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะไขมันในเลือดสูง มี 120 ฉบับที่มีการรวบรวมความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูง พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 30-60 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยเบาหวานหรือความเสี่ยงที่มีคะแนนสูง 64-74 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 40-70 เปอร์เซ็นต์ และผู้ป่วยโรคของหลอดเลือดส่วนปลาย 60-80 เปอร์เซ็นต์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาทางยา และสามารถควบคุมระดับไขมันที่ผิดปกติได้เพียง 15-65 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ ในผู้ที่มี familial hypercholesterolemia heterozygous 95-100 เปอร์เซ็นต์ ที่ได้รับการรักษาทางยา แต่สามารถควบคุมระดับไขมันที่ผิดปกติได้น้อยกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ สรุปได้ว่า การเพิ่มขึ้นของความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูง พบในกลุ่มที่มีความเสี่ยง สูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่นั้นจะได้รับการรักษาทางเภสัชวิทยา พบอัตราของการควบคุมระดับไขมันในเลือดยังคงอยู่ในระดับต่ำทั้งในการป้องกันระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ

3) ประสิทธิภาพของการลดระดับไขมันในเลือดด้วยกระเทียมสด (Ried et al., 2013): จากงานวิจัยของ Ried ได้กล่าวไว้ว่า งานวิจัยนี้เป็น งานวิจัยแบบทดลอง โดยผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง (200 mg/dL) จำนวน 39 คน รับประทาน กระเทียมสด เป็นเวลา 2 เดือน พบว่าสามารถลดระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวมได้ 17-6mg/dL และระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล 916mg/dL เฮชดีแอลคอเลสเตอรอลเพิ่มเล็กน้อยอย่างมี นัยสำคัญ ส่วนระดับไตรกลีเซอไรด์ไม่มีการเปลี่ยนแปลง จึงอาจจะแนะนำกระเทียมสด

เป็น ทางเลือกในการรักษาที่ปลอดภัยกว่ายาลดระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูง เพียงเล็กน้อย

4) การศึกษาปัจจัย ความรู้ การรักษา การควบคุมของภาวะไขมันในเลือดสูงที่มี อิทธิพลต่อผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในจังหวัดจันทบุรี ประเทศจีน : จากงานวิจัยของ He Het ได้กล่าวไว้ว่า จากการศึกษาวิเคราะห์อาสาสมัคร 7138 คน อายุ 18-79 ปี โดย การศึกษาแบบตัดขวางของการเกิดโรคเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยปี 2012 พบว่า ผู้ที่มีภาวะ ไขมันผิดปกติ มีการรับรู้ในการวินิจฉัย 11.6 เปอร์เซ็นต์ ได้รับการรักษา 8.4 เปอร์เซ็นต์ มีการ ควบคุมภาวะไขมันผิดปกติ 34.8 เปอร์เซ็นต์ อีกทั้งยังพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น และค่าดัชนีมวลกายที่ มากกว่าหรือเท่ากับ 24 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และการรักษาที่ดีของภาวะไขมันผิดปกติ อีกทั้งวัยเกษียณมีการรับรู้ถึงภาวะไขมันผิดปกติ และได้รับการรักษามากกว่าวัยทำงาน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับระดับของการรับรู้และ การรักษาที่ต่ำ คนที่สูบบุหรี่และผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่าหรือเท่ากับ 24 ซึ่งได้รับการรักษา มี ความสัมพันธ์กับการควบคุมภาวะไขมันผิดปกติที่ไม่ดี สรุปได้ว่า ผู้ใหญ่อายุระหว่าง 18-79 ปี มีการรับรู้ของภาวะไขมันผิดปกติระดับต่ำ การรักษาและการควบคุมภาวะไขมันผิดปกติไม่ดี จึงควรให้มี การส่งเสริมสุขภาพและกลยุทธ์ของการตรวจคัดกรองรวมทั้งสนับสนุนการรักษาและการควบคุม ของภาวะไขมันผิดปกติของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อลดและป้องกันความเสี่ยงของ โรคหัวใจและหลอดเลือดในจังหวัด จันทบุรี เป็นสิ่งจำเป็น

5) การศึกษาทั่วโลกและเป้าหมายที่มีศักยภาพของภาวะไขมันในเลือดสูงในคนอ้วน: (Klop et al., 2013): จากงานวิจัยของ Klop ได้กล่าวไว้ว่า คนอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น และมี ความสัมพันธ์กับอัตราการตาย โดยส่วนใหญ่เป็นการเกิดโรครวมซึ่งรวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 โรคระบบทางเดินหายใจ และภาวะไขมันในเลือดสูง พบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในคนอ้วน อาทิเช่น ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง, ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอลสูง, ระดับเฮชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำ, ระดับน้ำตาลและอินซูลินสูงหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 3 ชั่วโมง, ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันพอกตับ อีกทั้งพบ กลไกที่สำคัญระหว่าง ความอ้วน กลุ่มอาการเมตาบอลิก และภาวะไขมันในเลือดสูงซึ่งอาจทำให้ เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินในเนื้อเยื่อนำไปสู่การเกิดภาวะไขมันพอกตับ ซึ่งมีสาเหตุมาจากอาหาร การสลายตัวของไขมัน และจากการต่อต้านของเนื้อเยื่อไขมันต่อผลกระทบของแอนตี้ไลโปไลติกของอินซูลิน

จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงข้างต้น สามารถกำหนดสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

H3: ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

2.5 สรุปผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดและทฤษฎีข้างต้น สามารถสรุปรายละเอียดเพิ่มเติมได้ ในตารางที่ 2.3 ดังนี้

ตารางที่ 2.3 สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัย (ปีเผยแพร่)	เรื่อง (Research title)	ตัวแปรตาม (Dependent variable; Y)	ตัวแปรอิสระ (Independent variable; X)	ข้อค้นพบ (Findings)
เบญจวรรณ ชีวะะพันธ์ (2561)	ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรโรงพยาบาลโพธาราม (n=250)	ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	1. ปัจจัยทางชีวสังคม (เพศ อายุ ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต พันธุกรรม) 2. ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์)	<ul style="list-style-type: none"> - ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ คือ รอบเอว ระดับความดันโลหิต ไต แอสโตลิกและพันธุกรรม - รอบเอวเกิน จะมีโอกาสที่ภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติมากกว่ารอบเอวปกติ - ระดับความดันโลหิต ไต แอสโตลิก ที่สูงกว่าเกณฑ์ (80-89 มม.ปรอท) และสูงผิดปกติ (≥ 90 มม.ปรอท) มีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติมากกว่าระดับความดัน ไต แอสโตลิกปกติ - บุคลากรที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัวมีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติมากกว่าบุคลากรที่ทราบว่าบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว

ผู้วิจัย (ปีเผยแพร่)	เรื่อง (Research title)	ตัวแปรตาม (Dependent variable; Y)	ตัวแปรอิสระ (Independent variable; X)	ข้อค้นพบ (Findings)
กฤษภาพร แสงทรัพย์ (2556)	ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้ที่มีภาวะ ไขมันในเลือดผิดปกติ (n=340)	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือด ผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร 2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 3. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะ ไขมันในเลือดผิดปกติ 4. การรับรู้ประโยชน์ของการ บริโภคอาหาร 5. การรับรู้อุปสรรคของการ บริโภคอาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> - ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ทำนายได้ ร้อยละ 23.7 การรับรู้อุปสรรคของการบริโภค อาหารสามารถสามารถร่วมทำนายได้ ร้อยละ 24.9 - ปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันใน เลือดผิดปกติการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมัน ในเลือดผิดปกติและความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ไม่สามารถร่วมทำ นายพฤติกรรมการบริโภค อาหารในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้ - กลุ่มที่มีภาวะของการเกิดโรคแล้วจะทำให้ผู้ป่วยมี การรับรู้และเกิดความตระหนักที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้มากกว่า

ผู้วิจัย (ปีเผยแพร่)	เรื่อง (Research title)	ตัวแปรตาม (Dependent variable; Y)	ตัวแปรอิสระ (Independent variable; X)	ข้อค้นพบ (Findings)
พรพรรณ ทศนศร ,สุมัทนา กลางคาร และ พีรศักดิ์ ผลพฤษา (2555)	รูปแบบการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ในบุคลากรที่มีภาวะ ไขมันในเลือด ผิดปกติ โรงพยาบาลค่าย วีรวัฒน์โยธิน จังหวัดสุรินทร์ (n=160)	รูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ในบุคลากร ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	1. พฤติกรรมสุขภาพในการลด ระดับไขมันในเลือด (ด้านความรู้ เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือด, ความคาดหวังความสามารถของ ตนเอง, การปฏิบัติตัวในการลด ระดับไขมันในเลือด) 2. ระดับไขมันในเลือดที่ เปลี่ยนแปลง (ระดับ คอเลสเตอรอล ลดลง, ระดับไตร กลีเซอไรด์ลดลง)	<ul style="list-style-type: none"> - ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดพบว่า ภายหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับ ไขมันในเลือดเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองใน การลดระดับไขมันในเลือดจากพบว่าภายหลัง ดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังใน ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ - ด้านการปฏิบัติตัวในการลดระดับไขมันในเลือด พบว่า ภายหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติ ตัวในการลดระดับไขมันในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ - เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับไขมันใน เลือดหลังดำเนินการพบว่าระดับคอเลสเตอรอล และระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

ผู้วิจัย (ปีเผยแพร่)	เรื่อง (Research title)	ตัวแปรตาม (Dependent variable; Y)	ตัวแปรอิสระ (Independent variable; X)	ข้อค้นพบ (Findings)
พัทธราภรณ์ อารีย์, อุมามพร ปุณฺณโสพรรณ, วิจิตร ศรีสุพรรณ และ สติത്യ วงศ์สุรประภิต (2556)	ผลของรูปแบบการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการกิน ต่อระดับไขมันและ น้ำตาลในเลือดใน สตรีที่มีภาวะไขมัน ในเลือดสูง (n=30)	ผลของรูปแบบการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรกิน ต่อระดับไขมันและน้ำตาลใน เลือด	1. น้ำหนักตัว 2. ดัชนีมวลกาย 3. ไขมันสะสมในร่างกาย 4. ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด 5. ระดับแอลดีแอล- โคเลสเตอรอลในเลือด 6. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด 7. ระดับกลูโคสในเลือด	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และไขมันสะสมในร่างกายระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน - ระดับโคเลสเตอรอล และแอลดีแอล-โคเลสเตอรอลในเลือดระยะหลังเข้าร่วมโครงการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากระดับระยะก่อนเข้าร่วมโครงการ - ระดับเอชดีแอล-โคเลสเตอรอลในเลือดมีระดับเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากระดับระยะก่อนเข้าร่วมโครงการ - ระดับไตรกลีเซอไรด์และกลูโคสระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน - การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรกินเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดของสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้

ผู้วิจัย (ปีเผยแพร่)	เรื่อง (Research title)	ตัวแปรตาม (Dependent variable; Y)	ตัวแปรอิสระ (Independent variable; X)	ข้อค้นพบ (Findings)
นันทิกา สนรัมย์ (2560)	การศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมัน ในเลือดสูง บริษัท ชีวาศรม อินเตอร์ เนชั่นแนล เฮลท์ รี สอร์ท จำกัด	พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือด สูง (การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การ จัดการความเครียด)	1. ค่าดัชนีมวลกาย 2. ระดับไขมันในเลือด 3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันใน เลือด	<ul style="list-style-type: none"> - ดัชนีมวลกาย และระดับ ไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ แอลดีแอล และเอชดีแอล) ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูง - ระดับความรู้กับพฤติกรรม มีความสัมพันธ์เพียร์สันต่อกันในทางบวก ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความรู้มากขึ้นจะทำให้มีพฤติกรรมดีขึ้น - พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เคยปฏิบัติเลย คือ การรับประทานยาลดไขมันตามแผนการรักษาของแพทย์ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง สอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคล คือ ส่วนใหญ่ไม่รับประทานยาลดระดับไขมันในเลือด

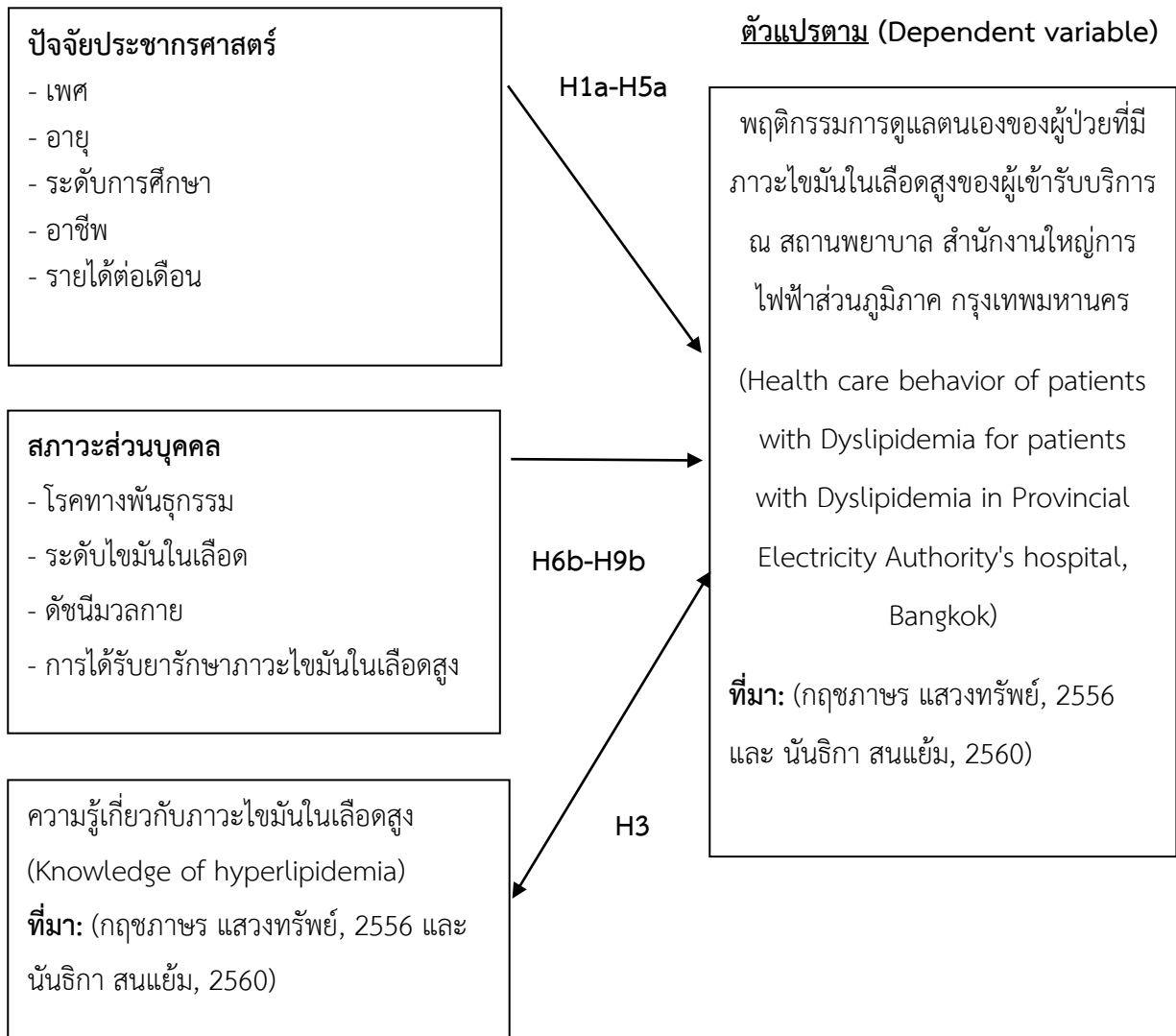
ผู้วิจัย (ปีเผยแพร่)	เรื่อง (Research title)	ตัวแปรตาม (Dependent variable; Y)	ตัวแปรอิสระ (Independent variable; X)	ข้อค้นพบ (Findings)
युภา โภผา, ชฎาภา ประเสริฐทรง และวนิดา ดุรงฤทธิชัย (2558)	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพผู้ที่มี ภาวะไขมันในเลือด ผิดปกติที่ไม่สามารถ ควบคุมได้ (n=65)	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม สุขภาพผู้ที่มีภาวะไขมันใน เลือดผิดปกติที่ไม่สามารถ ควบคุมได้	1. ปัจจัยส่วนบุคคล 2. ปัจจัยด้านความคิด และอารมณ์ 3. ปัจจัยด้านแนวโน้มพฤติกรรม 4. พฤติกรรมสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความ มุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม แรงจูงใจใน การมีพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้สึกที่มีต่อ พฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ และ อิทธิพล ด้านสถานการณ์ เหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์ ทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 - ความเครียด และ ความดันโลหิตตัวล่าง มี ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 - ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

ที่มา: มาจากการทบทวนวรรณกรรม (Literature reviews)

2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยสามารถพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัย และสมมติฐานการวิจัย แสดงดังภาพที่ 2.3

ตัวแปรอิสระ (Independent variable)



ภาพที่ 2.3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร มีระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

3.1 ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ซึ่งไม่ทราบขนาดประชากรที่แน่นอน (Infinity population)

ทั้งนี้ การศึกษานี้ไม่ทราบขนาดประชากรที่แน่นอน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น Z เท่ากับ 1.96 มีความคลาดเคลื่อนสูงสุดไม่เกิน 5% หรือกำหนดให้มีค่าความคาดหวังสูงสุด 5% โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 Pq}{(e)^2} \dots\dots\dots(1)$$

- โดยที่ n = ขนาดตัวอย่าง
- N = ขนาดประชากร
- e = ค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง (สูงสุดได้ไม่เกิน 5%)
- P = ค่าประมาณเปอร์เซ็นต์ที่คาดหวัง
- q = 1 - P

$$Z_{1-\alpha/2}^2 = Z_{0.975}^2 \text{ เพราะฉะนั้น ระดับความเชื่อมั่นจะเท่ากับ 1.96}$$

ดังนั้น สามารถแทนค่าในสูตร (1) ข้างต้น ได้ดังนี้

$$= \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{0.05^2}$$

n = 384.16 หรือ 385 ตัวอย่าง

ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการสำรวจตัวอย่างที่ไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากตัวอย่างไม่น้อยกว่า 400 คน ทั้งนี้ สุ่มตัวอย่างโดยไม่อาศัยทฤษฎีความน่าจะเป็น ด้วยวิธีการสุ่มแบบสะดวก (Convenience sampling) จากขนาดประชากรที่มีความไม่แน่นอน คือ ตัวอย่างผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ที่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามออนไลน์ (Online questionnaire) ที่พัฒนาโดย Google form ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ตอนที่ 1 : ข้อมูลลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (ผู้ตอบแบบสอบถาม)

ตอนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

ระดับความคิดเห็นจะมีการวัดตามค่าน้ำหนักตัวเลข ดังนี้

1. ระดับความคิดเห็น ตอบ ถูกต้อง มีค่าคะแนน เป็น 1
2. ระดับความคิดเห็น ตอบ ไม่ถูกต้อง มีค่าคะแนน เป็น 0

โดยมีเกณฑ์วัดระดับความรู้ ดังนี้

ให้	คะแนน 1 - 5 คะแนน	แสดงถึง มีความรู้น้อย
	คะแนน 6 - 10 คะแนน	แสดงถึง มีความรู้ปานกลาง
	คะแนน 11 - 15 คะแนน	แสดงถึง มีความรู้สูง

ตอนที่ 3 : ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงระดับความคิดเห็นจะมีการกำหนดคะแนน ดังนี้

ข้อเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติมากที่สุด	5	1
ปฏิบัติมาก	4	2
ปฏิบัติปานกลาง	3	3
ปฏิบัติน้อย	2	4
ปฏิบัติน้อยที่สุด/แทบไม่ปฏิบัติ	1	5

โดยมีเกณฑ์วัดระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้

ให้ คะแนนในช่วง 1 - 20 คะแนน แสดงถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง

คะแนนในช่วง 21 - 40 คะแนน แสดงถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่พอใช้

คะแนนในช่วง 41 - 60 คะแนน แสดงถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ดี จากนั้นจึงนำมาหาค่าเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์ของช่วงค่าเฉลี่ย ดังนี้

4.21 – 5.00	หมายถึง	ตัวอย่างให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตัวเองตีมากที่สุด
3.41 – 4.20	หมายถึง	ตัวอย่างให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตัวเองตีมาก
2.61 – 3.40	หมายถึง	ตัวอย่างให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตัวเองปานกลาง
1.81 – 2.60	หมายถึง	ตัวอย่างให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตัวเองน้อย
1.00 – 1.80	หมายถึง	ตัวอย่างให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตัวเองน้อยที่สุด

3.3 การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.3.1 สุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) จากผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ที่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

3.3.2 ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย รวมทั้ง หลักเกณฑ์ในการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถาม มีความเข้าใจในข้อคำถาม และความต้องการของผู้วิจัย

3.3.3 กระจายแบบสอบถามผ่านช่องทางออนไลน์ที่พัฒนาโดย Google form ส่งผ่านช่องทางสื่อสังคมเครือข่าย จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เฟซบุ๊ก QR Code และไลน์ เนื่องจากเป็นการเก็บแบบสอบถามออนไลน์ เวลาที่มีผู้ตอบแบบสอบถามเสร็จจะมีการแจ้งเตือน ผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้องของการตอบแบบสอบถาม ได้ทันที โดยถ้ามีการตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อหรือแบบทิ้งตั้ง จะตัดตัวอย่างดังกล่าวออกทันที เพื่อให้ได้คำตอบที่ครบถ้วนและสมบูรณ์มากที่สุด เมื่อแบบสอบถามครบจึงปิดการตอบแบบสอบถาม

3.3.4 นำแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง เช่น ตรวจสอบข้อมูลสูญหาย ข้อมูลที่ผิดปกติ เป็นต้น

3.3.5 ทำการลงข้อมูล/ปรับปรุงข้อมูล (Data entry) ด้วยโปรแกรม Excel

3.3.6 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา และทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเชิงสถิติ

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าสถิติทดสอบสมมติฐาน ดังต่อไปนี้

3.4.1 ตรวจสอบความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น (Reliability test) ของแบบสอบถาม (โดยไม่ใช้ตัวอย่างที่ตกเป็นประชากรของการศึกษา จำนวน 25-30 คน) จากนั้น นำมาวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Alpha Cronbach's Coefficient โดยใช้หลักเกณฑ์สากล คือ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ต้องไม่น้อยกว่า 0.70 (Cronbach's, 1984) ถึงจะนำไปเก็บข้อมูลจากตัวอย่างที่ตกเป็นประชากรของการศึกษานี้

3.4.2 นำข้อมูลที่ได้ทำการสำรวจตัวอย่าง 400 คน ทำการรวบรวมเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ ได้แก่ ตรวจสอบความถูกต้อง ตรวจสอบข้อมูลที่ผิดปกติ (outlier) ตรวจสอบข้อมูลที่มีการสูญหาย เป็นต้น

3.4.3 ทำการลงรหัสและนำข้อมูลมาบันทึก เพื่อทำการประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์เชิงสถิติ โดยมีการวิเคราะห์ผลการศึกษาให้บรรลุวัตถุประสงค์ ดังนี้

(1) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลหรือลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง หรือปัจจัยประชากรศาสตร์ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร

การศึกษานี้วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

(2) ศึกษาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร

การศึกษานี้วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean : \bar{X}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : S.D.)

(3) ศึกษาอิทธิพลของเพศ (Gender) โรคทางพันธุกรรม ระดับไขมันในเลือด และการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร

การศึกษานี้ ทดสอบสมมติฐาน 2 กลุ่มตัวอย่าง ด้วยค่าสถิติ Independent sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

(4) เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ดัชนีมวลกาย) ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร การศึกษานี้ทดสอบสมมติฐานปัจจัยส่วนบุคคล ตั้งแต่ 3 กลุ่มตัวอย่างขึ้นไป วัดด้วยค่าสถิติ F-test (One way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากนั้น เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบรายคู่ (Multiple comparison) ด้วยวิธี Least Significant Differences (LSD) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

(5) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร

ระดับการศึกษานี้ ข้อ (3) และ (4) ข้างต้น ผู้วิจัยจะทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ของ 2 ตัวแปรเชิงปริมาณ ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient; r) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Wikipedia, 2022)

ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์	
0.81-1.00 หมายถึง	มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก
0.61-0.80 หมายถึง	มีความสัมพันธ์ระดับสูง
0.41-0.60 หมายถึง	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
0.21-0.40 หมายถึง	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
0.01-0.20 หมายถึง	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก
0.00 หมายถึง	ไม่มีความสัมพันธ์ต่อกัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงสำรวจตัวอย่าง (Sample survey research) ซึ่งใช้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 400 คน จากนั้นนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเชิงสถิติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- 4.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลหรือลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (ปัจจัยประชากรศาสตร์)
- 4.2 ผลการทดสอบความเชื่อมั่น
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็น เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง
- 4.4 ผลวิเคราะห์ระดับความคิดเห็น เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 4.5 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติเชิงอนุมาน

4.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลหรือลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (ปัจจัยประชากรศาสตร์)

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยประชากรศาสตร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และ ร้อยละ เพื่ออธิบายถึงลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีเพศชาย จำนวน 219 คน คิดเป็น ร้อยละ 54.8 ซึ่งมีจำนวนมากกว่าเพศหญิง ที่มีจำนวน 181 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 45.2 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	219	54.8
หญิง	181	45.2
รวม	400	100

เมื่อวิเคราะห์อายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 41 - 50 ปี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 ลำดับต่อมาคือ อายุระหว่าง 51 - 60 ปี และ มากกว่า 60 ปี ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน คือ 67 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 และอันดับสุดท้าย คือ อายุน้อยกว่า 30 ปี มีจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 15.3 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 30 ปี	61	15.3
31 - 40 ปี	110	27.5
41 - 50 ปี	95	23.8
51 - 60 ปี	67	16.7
มากกว่า 60 ปี	64	16.7
รวม	400	100

เมื่อวิเคราะห์ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ตัวอย่างมีระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 รองลงมาคือ ระดับสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 18.0 และอันดับสุดท้าย คือ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่าปริญญาตรี	69	17.3
ปริญญาตรี	259	64.7
สูงกว่าปริญญาตรี	72	18.0
รวม	400	100

เมื่อวิเคราะห์ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ตัวอย่างมีอาชีพเป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ พนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 61 คน คิดเป็น

ร้อยละ 15.3 ต่อมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 และลำดับสุดท้ายคือ ประกอบธุรกิจส่วนตัว จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	240	60.0
พนักงานบริษัทเอกชน	61	15.2
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	49	12.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	50	12.5
รวม	400	100

เมื่อวิเคราะห์รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 30,001 – 45,000 บาท จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 ต่อมามีรายได้อยู่ในช่วง 45,001 – 60,000 บาท จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3 ถัดมาคือมีรายได้อยู่ในช่วง 15,001 – 30,000 บาท จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 ลำดับต่อมาคือมีรายได้มากกว่า 60,001 บาท ขึ้นไป จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 และลำดับสุดท้าย คือ มีรายได้ไม่เกิน 15,000 บาท มีจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เกิน 15,000 บาท	16	4.0
15,001 – 30,000 บาท	87	21.7
30,001 – 45,000 บาท	140	35.0
45,001 – 60,000 บาท	117	29.3
มากกว่า 60,001 บาท	40	10.0
รวม	400	100

จากการวิเคราะห์สภาวะส่วนบุคคล ในด้านโรคทางพันธุกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ตัวอย่างที่มีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะไขมันในเลือดสูง มีจำนวน 327 คน คิดเป็นร้อยละ 81.7 ส่วนตัวอย่างที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะไขมันในเลือดสูง มีจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ดังแสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามโรคทางพันธุกรรม

โรคทางพันธุกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะไขมันในเลือดสูง	327	81.7
ไม่มีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะไขมันในเลือดสูง	73	18.3
รวม	400	100

จากการวิเคราะห์สภาวะส่วนบุคคล ในด้านการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ตัวอย่างที่ได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง มีจำนวน 315 คน คิดเป็นร้อยละ 78.7 ส่วนตัวอย่างที่ไม่ได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง มีจำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 21.3 ดังแสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง

โรคทางพันธุกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง	315	78.7
ไม่ได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง	85	21.3
รวม	400	100

จากการวิเคราะห์สภาวะส่วนบุคคล ในด้านภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ส่วนใหญ่ตัวอย่างมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับ อ้วนระดับที่ 1 คือ มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 25.00 – 29.99 จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 รองลงมาคือ มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปกติ คือมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 18.50 - 22.99 จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5 ลำดับต่อมา คือ มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับอ้วน คือ มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 23.00 – 24.99 จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 ถัดมาคือ มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับ อ้วนระดับที่ 2 คือ มีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 30.00 จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 และลำดับสุดท้าย คือ ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ คือ มีค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 18.50 จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ	ดัชนีมวลกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำกว่าเกณฑ์	< 18.50	14	3.5
ระดับปกติ	18.50 – 22.99	130	32.5
ระดับอ้วน	23.00 – 24.99	90	22.5
อ้วน ระดับที่ 1	25.00 – 29.99	149	37.3
อ้วน ระดับที่ 2	≥ 30.00	17	4.2
รวม		400	100

จากการวิเคราะห์สภาวะส่วนบุคคล ในด้านระดับไขมันในเลือดที่ตรวจพบ แล้วได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ของตัวอย่างมีระดับไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol) สูงมากกว่า 200 มก/ดล. จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาคือ ระดับไขมันไม่ดี (LDL-cholesterol) สูงมากกว่า 130 มก/ดล. จำนวน 200 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 และลำดับสุดท้าย คือ ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงมากกว่า 150 มก/ดล. จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามระดับไขมันในเลือดที่ตรวจพบ แล้วได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง

ชนิดของไขมัน	เลือก	ร้อยละ	รวม
LDL-cholesterol	200	50.0	400
Total cholesterol	227	56.8	400
Triglyceride	102	25.5	400

4.2 ผลการทดสอบความเชื่อมั่น

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยผลการวิเคราะห์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.739 จากการทดสอบระดับความเที่ยงหรือระดับความเชื่อมั่น (Reliability test) ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในแบบสอบถาม (ไม่รวมปัจจัยประชากรศาสตร์ ปัจจัยสภาวะส่วนบุคคลและความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา-ครอนบาค (Alpha-Cronbach Coefficient) พบว่าทุกข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการจะวัดถึงร้อยละ 74 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับความเที่ยงหรือระดับความเชื่อมั่นของ Cronbach (1984) ที่

กำหนดไว้ไม่ควรน้อยกว่า 0.70 ถึงจะนำแบบสอบถามไปสำรวจกับตัวอย่างสำหรับงานวิจัยนี้ต่อไป แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ค่า Alpha-Cronbach จากการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ข้อคำถาม	จำนวน	Cronbach's Alpha
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย	12 ข้อ	0.739
รวม	12 ข้อ	0.739

4.3 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็น เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

จากการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็น เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของกลุ่มตัวอย่างพบว่าข้อความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อความรู้เรื่อง การรับประทานยาลดไขมันตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ มีจำนวน 397 คน คิดเป็นร้อยละ 99.3 รองลงมาคือ ข้อความรู้เรื่อง การรับประทานอาหารทอดทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง มีจำนวน 395 คน คิดเป็นร้อยละ 98.8 ส่วนข้อความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกมากที่สุดคือ ข้อความรู้เรื่อง การรับประทานน้ำตาลจากผลไม้และผลไม้รสหวานจัด ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง มีจำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 รองลงมาคือ ภาวะไขมันในเลือดสูงเมื่อเป็นแล้วไม่สามารถควบคุมได้ มีจำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 42.0 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของตัวอย่าง

ประเด็นความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง	จำนวน (ร้อยละ) (N = 400)	
	ตอบถูก	ตอบไม่ถูก
1. การรับประทานอาหารทอดทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง	395 (98.8)	5 (1.2)
2. การรับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น	282 (70.5)	118 (29.5)
3. การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น พืช ผัก ผลไม้ ทุกวัน ช่วยลดระดับไขมันในเลือดสูง	336 (84.0)	64 (16.0)
4. การรับประทานไขมันแปรรูป เช่น เครื่องดื่มพร้อมซง ทรีอินวัน, นมข้นหวาน, ครีมเทียม ทำให้ระดับไขมันชนิดที่ไม่ดีสูงขึ้น	388 (97.0)	12 (3.0)

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ประเด็นความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง	จำนวน (ร้อยละ) (N = 400)	
	ตอบถูก	ตอบไม่ถูก
5. การรับประทานน้ำตาลจากผลไม้และผลไม้รสหวานจัด ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง	220 (55.0)	180 (45.0)
6. การรับประทานอาหารจานเดียวที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวผัด, ข้าวมันไก่ ทำให้ไขมันในเลือดสูง	389 (97.3)	11 (2.7)
7. การออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง การปั่นจักรยาน อย่าง ต่อเนื่อง ครั้งละ 30-40 นาที ช่วยลดระดับไขมันในเลือด	388 (97.0)	12 (3.0)
8. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ช่วยเพิ่มระดับไขมันชนิดที่ดีในเลือด	385 (96.3)	15 (3.7)
9. การเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือดนั้นจะเกิดขึ้น หลังจากออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยประมาณ 12 สัปดาห์	373 (93.3)	27 (6.7)
10. การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ทำได้ง่ายกว่าการรักษา	282 (70.5)	118 (29.5)
11. คนอ้วนมีโอกาสมีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าคนที่น้ำหนักปกติ	249 (62.3)	151 (37.7)
12. ถ้าคนในครอบครัวของท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูง ท่านมีโอกาสที่จะเกิดภาวะดังกล่าวได้	241 (60.3)	159 (39.7)
13. ภาวะไขมันในเลือดสูงเมื่อเป็นแล้วไม่สามารถควบคุมได้	232 (58.0)	168 (42.0)
14. ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูงสามารถแก้ไขได้ด้วยการงดอาหารที่มีไขมัน	390 (97.5)	10 (2.5)
15. การรับประทานยาลดไขมันตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้	397 (99.3)	3 (0.7)

และจากการวิเคราะห์ เมื่อรวบรวมคะแนนเพื่อจัดกลุ่มระดับความรู้ เกี่ยวกับความคิดเห็นด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สูง มีจำนวน 352 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงมา คือ มีระดับความรู้ปานกลาง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 11.7 และ ลำดับสุดท้าย คือ มีระดับความรู้ต่ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของตัวอย่าง

ระดับคะแนน	ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน 1 - 5 คะแนน	มีความรู้น้อย	1	0.3
คะแนน 6 - 10 คะแนน	มีความรู้ปานกลาง	47	11.7
คะแนน 11 - 15 คะแนน	มีความรู้สูง	352	88.0
รวม		400	100

4.4 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็น เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผลวิเคราะห์ระดับความคิดเห็น เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การรับประทานยาลดไขมันตามแผนการรักษาของแพทย์ ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง มีจำนวน 341 คน คิดเป็นร้อยละ 85.3 รองลงมาคือ รับประทานไขมันแปรรูป เช่น เครื่องดื่มพร้อมชงหรืออินวัน, นมข้นหวาน, ครีมเทียม จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 37.7 ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ที่ปฏิบัติน้อยที่สุดหรือแทบไม่ปฏิบัติเลย คือ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์ มีจำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 รองลงมาคือ การรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น พืช ผัก ผลไม้ ทุกวัน มีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของตัวอย่าง

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน ร้อยละ (N = 400)					Mean	S.D.	ระดับความสำคัญ
	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติปานกลาง	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติที่น้อย/แทบไม่ปฏิบัติเลย			
1. ท่านรับประทาน อาหารที่ทอดหรือ ผัด	61 (15.3)	213 (53.3)	107 (26.7)	15 (3.7)	4 (1.0)	3.78	0.78	มาก
2. ท่านรับประทาน อาหารจรรู้อิ่ม มาก	6 (1.5)	67 (16.7)	215 (53.8)	105 (26.3)	7 (1.7)	2.90	0.74	ปานกลาง

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน ร้อยละ (N = 400)					Mean	S.D.	ระดับ ความ สำคัญ
	ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อย ที่สุด/ แทบ ไม่ ปฏิบัติ เลย			
3. ท่านรับประทานอาหารที่มี กากใย เช่น พืช ผัก ผลไม้ ทุกวัน	11 (2.8)	69 (17.3)	111 (27.7)	155 (38.7)	54 (13.5)	3.43	1.01	มาก
4. ท่านรับประทานไขมันแปรรูป เช่น เครื่องดื่มพร้อมชงทรีอินวัน, นมข้นหวาน, ครีมเทียม	149 (37.3)	168 (42.0)	49 (12.3)	21 (5.2)	13 (3.2)	4.05	1.00	มาก
5. ท่านดื่มน้ำผลไม้และ รับประทานผลไม้รสหวานจัด เช่น ทุเรียน	87 (21.7)	165 (41.3)	108 (27.0)	27 (6.7)	13 (3.3)	3.71	0.99	มาก
6. ท่านรับประทานอาหารจาน เดียว จานด่วน ที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวผัด, ข้าวขาหมู, ข้าวมันไก่, พิซซ่า, แฮมเบอร์เกอร์, ไก่ทอด	140 (35.0)	184 (46.0)	49 (12.3)	19 (4.7)	8 (2.0)	4.07	0.92	มาก
7. ท่านออกกำลังกาย เช่น การ วิ่ง การปั่นจักรยานอย่างต่อเนื่อง ครั้งละ 30-40 นาที	27 (6.8)	65 (16.3)	159 (39.7)	110 (27.4)	39 (9.8)	2.83	1.03	ปาน กลาง
8. ท่านออกกำลังกายอย่าง ต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์	11 (2.8)	34 (8.5)	100 (25.0)	152 (38.0)	103 (25.7)	2.25	1.02	น้อย
9. หากแพทย์พิจารณาสั่งยาลด ไขมันให้ท่าน ท่านจะรับประทาน ยาตามที่แพทย์สั่ง	341 (85.3)	42 (10.5)	12 (3.0)	3 (0.7)	2 (0.5)	4.79	0.57	มาก ที่สุด

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน ร้อยละ (N = 400)					Mean	S.D.	ระดับ ความ สำคัญ
	ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อย ที่สุด/ แทบ ไม่ ปฏิบัติ เลย			
10. ท่านควบคุมน้ำหนักให้อยู่ใน เกณฑ์มาตรฐาน	48 (12.0)	105 (26.3)	177 (44.3)	58 (14.4)	12 (3.0)	3.30	0.96	ปาน กลาง
11. ท่านจะดื่มน้ำเปล่า แทน น้ำหวาน น้ำอัดลม ชา กาแฟ	43 (10.7)	104 (26.0)	123 (30.7)	117 (29.3)	13 (3.3)	3.12	1.05	ปาน กลาง
12. ท่านรับประทานอาหารหวาน เช่น ของหวาน น้ำหวาน ไอศกรีม	71 (17.7)	189 (47.3)	109 (27.3)	27 (6.7)	4 (1.0)	3.74	0.86	มาก
รวม						3.49	0.36	มาก

และจากการวิเคราะห์ผล เมื่อรวบรวมคะแนนเพื่อจัดกลุ่มระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ดี จำนวน 257 คน คิดเป็นร้อยละ 64.3 รองลงมา คือ มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 และไม่มีตัวอย่างใดเลยที่มีการดูแลตนเอง อยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของตัวอย่าง

ระดับคะแนน	ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน 1 - 20 คะแนน	ระดับที่ต้องปรับปรุง	0	0.0
คะแนน 21 - 40 คะแนน	ระดับที่พอใช้	143	35.7
คะแนน 41 - 60 คะแนน	ระดับที่ดี	257	64.3
รวม		400	100

4.5 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

จากการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยและคำถามการวิจัย ผู้วิจัยได้ทดสอบสมมติฐานการวิจัยตามลำดับตัวแปร ดังนี้

(1) การศึกษาปัจจัยประชากรศาสตร์ ด้านเพศที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร

Ho: ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน

Ha: ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

ผลการทดสอบด้วยสถิติ t-test พบค่า p เท่ากับ 0.034 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกัน มีความแตกต่างในพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ระหว่างเพศชายและเพศหญิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 โดยที่พฤติกรรมการดูแลตนเองของเพศชาย สูงกว่าเพศหญิง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 การทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	Sig.
ชาย	219	3.53	0.36	2.13	0.034*
หญิง	181	3.45	0.37		

หมายเหตุ *แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 0.05

(2) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ

Ho: ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน

Ha: ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญยิ่ง 0.01 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ

	แหล่งความแปรปรวน	SS	DF	MS	F	Sig.
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง	ระหว่างกลุ่ม	3.85	4	0.96	7.65	0.000**
	ภายในกลุ่ม	49.73	395	0.13		
	รวม	53.58	399			

หมายเหตุ **แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญยิ่ง 0.01

จากนั้น ทำการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่า กลุ่มอายุต่าง ๆ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 จำนวน 5 คู่ ได้แก่ อายุไม่เกิน 30 ปี กับ อายุ 51 – 60 ปี ถัดมาคือ อายุไม่เกิน 30 ปี กับ อายุมากกว่า 60 ปี ต่อมาคือ อายุ 31 – 40 ปี กับ อายุมากกว่า 60 ปี ตามมาด้วย อายุ 41 – 50 ปี กับ อายุมากกว่า 60 ปี และ อายุ 51 – 60 ปี กับ อายุมากกว่า 60 ปี ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอายุ

อายุ	Mean	ไม่เกิน 30 ปี	31 – 40 ปี	41 – 50 ปี	51 – 60 ปี	มากกว่า 60 ปี
		3.63	3.55	3.52	3.45	3.31
ไม่เกิน 30 ปี	3.63				0.005*	0.000**
31 – 40 ปี	3.55					0.000**
41 – 50 ปี	3.52					0.000**
51 – 60 ปี	3.45					0.022*

หมายเหตุ **แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญยิ่ง 0.01

(3) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา

Ho: ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน

Ha: ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง	แหล่งความแปรปรวน	SS	DF	MS	F	Sig.
		ระหว่างกลุ่ม	0.12	2	0.06	0.44
	ภายในกลุ่ม	53.46	397	0.13		
	รวม	53.58	399			

หมายเหตุ: ns หมายถึง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

(4) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ

Ho: ผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน

Ha: ผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ 0.05 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอาชีพ

	แหล่งความแปรปรวน	SS	DF	MS	F	Sig.
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง	ระหว่างกลุ่ม	1.43	3	0.48	3.62	0.013 [*]
	ภายในกลุ่ม	52.15	396	0.13		
	รวม	53.58	399			

หมายเหตุ *แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 0.05

จากนั้น ทำการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่า อาชีพต่าง ๆ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 จำนวน 3 คู่ ได้แก่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ กับ พนักงานบริษัทเอกชน ถัดมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ กับ ประกอบธุรกิจส่วนตัว และ ไม่ได้ประกอบอาชีพ กับ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามอาชีพ

อายุ	Mean	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	พนักงานบริษัทเอกชน	ประกอบธุรกิจส่วนตัว	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
		3.36	3.54	3.59	3.50
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.36				0.018*
พนักงานบริษัทเอกชน	3.54				0.010*
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	3.59				0.002*
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3.50				

หมายเหตุ *แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 0.05

(5) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้ต่อเดือน

Ho: ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน

Ha: ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามรายได้ต่อเดือน

	แหล่งความแปรปรวน	SS	DF	MS	F	Sig.
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง	ระหว่างกลุ่ม	0.47	4	0.12	0.87	0.480 ^{ns}
	ภายในกลุ่ม	53.11	395	0.13		
	รวม	53.58	399			

หมายเหตุ: ns หมายถึง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

(6) การศึกษาปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ด้านประวัติโรคทางพันธุกรรมในครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร

H₀: ผู้ป่วยที่มีโรคทางพันธุกรรมมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน

H_a: ผู้ป่วยที่มีโรคทางพันธุกรรมมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

ผลการทดสอบด้วยสถิติ t-test พบค่า *p* เท่ากับ 0.005 แสดงว่า มีความแตกต่างในพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ระหว่างตัวอย่างที่มีโรคทางพันธุกรรม กับ ตัวอย่างที่ไม่มีโรคทางพันธุกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 โดยที่พฤติกรรมการดูแลตนเองของตัวอย่างที่มีโรคทางพันธุกรรมสูงกว่า ตัวอย่างที่ไม่มีโรคทางพันธุกรรม ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 การทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามโรคทางพันธุกรรม

โรคทางพันธุกรรม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	Sig.
มีโรคทางพันธุกรรม	327	3.52	0.37	2.83	0.005*
ไม่มีโรคทางพันธุกรรม	73	3.39	0.35		

หมายเหตุ *แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 0.05

(7) การศึกษาปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ด้านระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL-cholesterol) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลสำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร

Ho: ผู้ป่วยที่มีระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL-cholesterol) มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน

Ha: ผู้ป่วยที่มีระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL-cholesterol) มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

ผลการทดสอบด้วยสถิติ t-test พบค่า p เท่ากับ 0.454 แสดงว่า มีความแตกต่างในพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ระหว่างตัวอย่างที่มีระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL-cholesterol) กับ ตัวอย่างที่ไม่มีระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL-cholesterol) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 การทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL-cholesterol)

ระดับไขมันในเลือด	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	Sig.
มีระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL-cholesterol)	200	3.51	0.36	0.75	0.454 ^{ns}
ไม่มีระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL-cholesterol)	200	3.48	0.37		

หมายเหตุ: ns หมายถึง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

(8) การศึกษาปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ด้านระดับไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลสำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร

Ho: ผู้ป่วยที่มีระดับไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol) มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน

Ha: ผู้ป่วยที่มีระดับไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol) มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

ผลการทดสอบด้วยสถิติ t-test พบค่า p เท่ากับ 0.011 แสดงว่า มีความแตกต่างในพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ระหว่างตัวอย่างที่มีระดับไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol) กับตัวอย่างที่ไม่มีระดับไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.24 การทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol)

ระดับไขมันในเลือด	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	Sig.
มีระดับไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol)	227	3.46	0.38		
ไม่มีระดับไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol)	173	3.55	0.34	-2.57	0.011*

หมายเหตุ *แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 0.05

(9) การศึกษาปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ด้านระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร

Ho: ผู้ป่วยที่มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน

Ha: ผู้ป่วยที่มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

ผลการทดสอบด้วยสถิติ t-test พบค่า p เท่ากับ 0.929 แสดงว่า ไม่มีความแตกต่างในพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ระหว่างตัวอย่างที่มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) กับตัวอย่างที่ไม่มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 การทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)

ระดับไขมันในเลือด	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	Sig.
มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)	102	3.49	0.40	-0.09	0.929 ^{ns}
ไม่มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)	298	3.50	0.36		

หมายเหตุ: ns หมายถึง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

(10) การศึกษาปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ด้านประวัติการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร

Ho: ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน

Ha: ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

ผลการทดสอบด้วยสถิติ t-Test พบค่า p เท่ากับ 0.023 แสดงว่า มีความแตกต่างในพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ระหว่างตัวอย่างที่ได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง กับ ตัวอย่างที่ไม่ได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 การทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง

การได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	Sig.
ได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง	315	3.48	0.36	-2.29	0.023*
ไม่ได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง	85	3.58	0.39		

หมายเหตุ *แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05

(11) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับดัชนีมวลกาย

Ho: ผู้ป่วยที่มีระดับดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน

Ha: ผู้ป่วยที่มีระดับดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่าง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับดัชนีมวลกาย แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.27

ตารางที่ 4.27 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามระดับดัชนีมวลกาย

	แหล่งความแปรปรวน	SS	DF	MS	F	Sig.
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง	ระหว่างกลุ่ม	1.22	4	0.31	2.31	0.058 ^{ns}
	ภายในกลุ่ม	52.36	395	0.13		
	รวม	53.58	399			

หมายเหตุ: ns หมายถึง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

(12) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงกับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร

Ho: ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงกับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่สัมพันธ์กัน

Ha: ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงกับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร สัมพันธ์กัน

จากผลการวิเคราะห์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.28 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงกับค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง	ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง	
	ค่าสหสัมพันธ์	-0.087 ^{ns}
	Sig.	0.083
	ระดับความสัมพันธ์	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

หมายเหตุ: ns หมายถึง ไม่สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร เป็นวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 400 ตัวอย่าง ผู้วิจัยโดยใช้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.739 ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป PSPP ในการวิเคราะห์หาค่าทางข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency), ค่าร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean : \bar{X}), ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : S.D.), Independent sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05, F-test (One way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient; r) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร สรุปได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร พบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีเพศชาย จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 54.8 เพศหญิง จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 45.2 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 31 – 40 ปี จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 41 – 50 ปี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 และน้อยที่สุด คือกลุ่มอายุ ต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 15.3 ในด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 ถัดมาคือระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 18.0 และลำดับสุดท้ายคือ ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี มีจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 สำหรับด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ พนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 ต่อมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 และลำดับสุดท้าย คือ ประกอบธุรกิจส่วนตัว จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 ในด้านรายได้ต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 30,001 – 45,000 บาท จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 รองลงมาคือ 45,001 – 60,000 บาท จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3 และลำดับสุดท้ายคือ ไม่เกิน 15,000 บาท จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลสภาวะส่วนบุคคล จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค

กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีประวัติโรคทางพันธุกรรม คือ มีบุคคลในครอบครัวมีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 327 คน คิดเป็นร้อยละ 81.7 ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 อีกทั้งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีประวัติได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 315 คน คิดเป็นร้อยละ 78.7 ส่วนกลุ่มตัวอย่างมีประวัติไม่ได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง มีจำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 21.3 ต่อมาในด้านดัชนีมวลกาย พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 25.00 – 29.99 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มีภาวะโภชนาการอ้วน ระดับที่ 1 จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 รองลงมาคือ มีดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 18.50 – 29.99 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มีภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5 และลำดับสุดท้ายคือ มีดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 23.00 – 24.99 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มีภาวะโภชนาการอ้วน จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 ต่อมาในด้านระดับไขมันในเลือดจำแนกชนิดของไขมันในเลือดที่ตรวจพบ แล้วได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีไขมันชนิดคอเลสเตอรอล (Total cholesterol) สูงมากกว่า 200 มก/ดล จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาคือ ไขมันชนิดไม่ดี (LDL-cholesterol) สูงมากกว่า 130 มก/ดล. จำนวน 200 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 และลำดับสุดท้ายคือ ไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงมากกว่า 150 มก/ดล. จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ส่วยใหญ่ข้อความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อความรู้เรื่อง การรับประทานยาลดไขมันตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ มีจำนวน 397 คน คิดเป็นร้อยละ 99.3 รองลงมาคือ ข้อความรู้เรื่อง การรับประทานอาหารทอดทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง มีจำนวน 395 คน คิดเป็นร้อยละ 98.8 ส่วนข้อความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกมากที่สุดคือ ข้อความรู้เรื่อง การรับประทานน้ำตาลจากผลไม้และผลไม้รสหวานจัด ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง มีจำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 รองลงมาคือ ภาวะไขมันในเลือดสูงเมื่อเป็นแล้วไม่สามารถควบคุมได้ มีจำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 42.0 และจากการวิเคราะห์ เมื่อรวบรวมคะแนนเพื่อจัดกลุ่มระดับความรู้ เกี่ยวกับความคิดเห็นด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สูง มีจำนวน 352 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงมา คือ มีระดับความรู้ปานกลาง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 11.7 และลำดับสุดท้าย คือ มีระดับความรู้น้อย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จากการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็น เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การรับประทานยาลดไขมันตามแผนการรักษาของแพทย์ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง มีจำนวน 341 คน คิดเป็นร้อยละ 85.3 รองลงมาคือ รับประทานไขมันแปรรูป เช่น เครื่องดื่มพร้อมชงทรีอินวัน, นมข้นหวาน, ครีมเทียม จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 37.7 ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดหรือแทบไม่ปฏิบัติเลย คือ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์ มี

จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 รองลงมาคือ การรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น พืช ผัก ผลไม้ ทุกวัน มีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 และจากการวิเคราะห์ผล เมื่อรวบรวมคะแนนเพื่อจัดกลุ่มระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ดี จำนวน 257 คน คิดเป็นร้อยละ 64.3 รองลงมา คือ มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 และไม่มีตัวอย่างใดเลยที่มีการดูแลตนเอง อยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง

5.2 อภิปรายผล

จากการทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 1 ผู้เข้ารับบริการที่มีปัจจัยประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน) แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกัน พบว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน ผลการศึกษาวิจัยได้สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณิภา แก้วยศ (2549) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย พบว่า เพศต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของนันทิตา ชุ่มวิเศษ (2552) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะไขมันผิดปกติในเลือดของข้าราชการครูที่มาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลสันป่าตอง ปี2552 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันผิดปกติในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ต่อมาปัจจัยประชากรศาสตร์ ด้านอายุ อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ อาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ อารี บินทปัญญา (2543) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการที่ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน อาชีพต่างกัน จะมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยประชากรศาสตร์ ด้านระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปณิทัต ดันธนปัญญากร และ อัมภิวุฒิ โยธาสุภาพ (2565) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไม้ต่า อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง

จากการทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 2 ผู้เข้ารับบริการที่มีปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล (โรคทางพันธุกรรม ระดับไขมันในเลือด ดัชนีมวลกาย และการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง) แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกัน พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคทางพันธุกรรมมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุปรานีย์ พุสุวรรณ และคณะ (2559) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายระดับ

ไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในชุมชน ที่กล่าวว่าภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ คือสาเหตุหนึ่งเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมซึ่งส่งผลทำให้ร่างกายเกิดความผิดปกติในการเผาผลาญไขมัน ต่อมาปัจจัยสภาวะส่วนบุคคลด้านระดับไขมันในเลือด ดัชนีมวลกาย พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือด ระดับไขมันไม่ดี (LDL-cholesterol) และ ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนันธิกา สนแยม (2560) ที่ได้ศึกษาการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง บริษัท ซีวาCRM อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล เฮลท์ รีซอร์ซ จำกัด พบว่าดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในเลือด (ไตรกลีเซอไรด์ และ แอลดีแอล) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูง บริษัท ซีวาCRM อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล เฮลท์ รีซอร์ซ จำกัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่กลับขัดแย้งในส่วนของระดับไขมันในเลือดไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol) ที่ผู้วิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ต่อมาปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ด้านการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนันธิกา สนแยม (2560) ที่ได้ศึกษาการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง บริษัท ซีวาCRM อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล เฮลท์ รีซอร์ซ จำกัด พบว่า ประเด็นความรู้เรื่องการรับประทานยาลดไขมันตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้เหมาะสมกับพฤติกรรมการรับประทานยาลดไขมันตามแผนการรักษาของแพทย์ถูกต้องตามที่ของแพทย์สั่งให้กับพนักงานที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีบริษัท ซีวาCRM อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล เฮลท์ รีซอร์ซ จำกัด

จากการทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กัน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอรพรรณ ชีระตระกูลชัย และ อรพรรณ ชัยมณ (2560) ที่ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติในบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า บุคลากรที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี มีแอลดีแอลคอเลสเตอรอลผิดปกติสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของนันธิดา ชุ่มวิเศษ (2552) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะไขมันผิดปกติในเลือดของข้าราชการครูที่มาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลสันป่าตอง ปี2552 จะเห็นได้ว่า แม้จะมีระดับการศึกษาที่สูง แต่ก็ยังพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดีเท่าที่ควร จนทำให้ตนเองเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงนั่นเอง

การวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงปริมาณหรือ

เชิงสำรวจตัวอย่าง (Sample survey research) โดยใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาไปทำการทดสอบ (Pilot test) จำนวน 25 ชุด โดยไม่ใช่ตัวอย่างที่ตกเป็นประชากรของการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสถิติ Alpha Cronbach's Coefficient โดยใช้หลักเกณฑ์สากล คือ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามต้องไม่น้อยกว่า 0.70 (Cronbach's, 1984) ถึงจะนำไปเก็บข้อมูลจากตัวอย่างที่ตกเป็นประชากรของการศึกษานี้ การหาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient; α) ที่ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่าทุกข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการจะวัดเท่ากับร้อยละ 73.90 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับความเที่ยงหรือระดับความเชื่อมั่นของ Cronbach (1984) ที่กำหนดไว้ไม่ควรน้อยกว่า 0.70 ถึงจะนำแบบทดสอบไปสำรวจกับตัวอย่างที่ตกเป็นประชากรสำหรับงานวิจัยนี้ต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร มีข้อที่น่าสนใจและต้องมีการปรับปรุง ดังนี้

5.3.1 ด้านปัจจัยประชากรศาสตร์ จากผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย พบว่า อิทธิพลของเพศ อายุ อาชีพ โรคทางพันธุกรรม ระดับไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol) และการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง มีผลต่อระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่า แผนกรักษาพยาบาล กองสถานพยาบาลควรพิจารณาเพิ่มความตระหนักและความใส่ใจในการให้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคอื่นๆ ที่มีผลมาจากไขมันในเลือดสูง และลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในกองสถานพยาบาล การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค

5.3.2 ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาข้อมูล พบว่า แม้ระดับความรู้จะอยู่ในช่วงคะแนนสูงเป็นส่วนใหญ่ แต่พบว่าข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุด คือ การรับประทานน้ำตาลจากผลไม้และผลไม้รสหวานจัด ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง มีจำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 รองลงมาคือ ภาวะไขมันในเลือดสูงเมื่อเป็นแล้วไม่สามารถควบคุมได้ มีจำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 42.0 ดังนั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่า แผนกรักษาพยาบาล กองสถานพยาบาลจึงเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จึงควรมีการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการ โดยอาจกำหนดมาตรฐานการให้บริการให้เป็นรูปธรรม จัดทำสื่อ

ประชาสัมพันธ์ รมรงค์หรือจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องทั้งในรูปแบบผ่านออนไลน์และออฟไลน์ เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชฎาภรณ์ ศรีบุญทอง และคณะ (2559) ที่ศึกษาผลของการจัดการความรู้ต่อระดับไขมันในเลือดและดัชนีมวลกายของวัยทำงานที่มีไขมันในเลือดสูง ชุมชนหอมแดง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ด้านการบริโภคอาหาร การได้รับองค์ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร การสอน สาธิต กิจกรรมฐานการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยนักโภชนาการ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการบริโภคอาหารจากบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ การสื่อสารระหว่างสมาชิกผ่านไลน์กลุ่มส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อยู่ในระดับมาก นำมาซึ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีเพิ่มขึ้นได้ ทำให้หน่วยงานลดงบประมาณในการดูแลรักษาค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ภาวะแทรกซ้อนและอุบัติการณ์ที่เกิดจากภาวะไขมันในสูงไปได้นั่นเอง

5.3.3 ด้านระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาข้อมูล พบว่า แม้มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ที่ดี เป็นส่วนใหญ่ แต่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ที่ปฏิบัติน้อยที่สุดหรือแทบไม่ปฏิบัติเลย คือ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์ มีจำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 รองลงมาคือ การรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น พืช ผัก ผลไม้ ทุกวัน มีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ดังนั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่า แผนกรักษาพยาบาล กองสถานพยาบาลเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จึงควรมีการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการ โดยอาจกำหนดมาตรฐานการให้บริการให้เป็นรูปธรรม เช่น จัดให้มีการออกกำลังกาย จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ รมรงค์หรือจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ทั้งในรูปแบบผ่านออนไลน์และออฟไลน์ เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจให้แก่ผู้รับบริการ นำมาซึ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชฎาภรณ์ ศรีบุญทอง และคณะ (2559) ที่ศึกษาผลของการจัดการความรู้ต่อระดับไขมันในเลือดและดัชนีมวลกายของวัยทำงานที่มีไขมันในเลือดสูง ชุมชนหอมแดง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การได้รับความรู้ที่ถูกต้องในการออกกำลังกายจากวิทยากร การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการออกกำลังกายลดไขมันในเลือด การยึดถือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและกระตุ้นปฏิบัติของกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้พฤติกรรมการออกกำลังกายหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ดังนั้นวิธีเหล่านี้จะช่วยให้หน่วยงาน จัดสรรงบประมาณได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดงบประมาณด้านค่ารักษาพยาบาล ค่ายา และอุบัติการณ์ที่เกิดจากภาวะไขมันในสูงไปได้นั่นเอง

5.3.4 ด้านระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาข้อมูล พบว่า แม้มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ที่ดี เป็นส่วนใหญ่ แต่พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการ อยู่ที่ระดับอ้วนระดับที่ 1 มากที่สุด คือ มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 25.00 – 29.99 จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 ดังนั้น แผนกรักษาพยาบาล กองสถานพยาบาลจึงควรมีการพัฒนาและปรับปรุง จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ รมรงค์หรือจัด

กิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบผ่านออนไลน์และออฟไลน์ โดยอาจเน้นไปที่การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์นั่นเอง ส่งผลให้หน่วยงานลดงบประมาณด้านค่ารักษาพยาบาล ค่ายา และอุบัติเหตุที่เกิดจากภาวะไขมันในสูงไปได้

5.4 ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

จากการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.4.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยภาวะส่วนบุคคลเพิ่มมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด การนอนหลับพักผ่อน และโรคประจำตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มเติม

5.4.2 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

5.4.3 ขยายขอบเขตการศึกษาไปยังกลุ่มตัวอย่างที่กว้างขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ทั่วประเทศไทย ที่มีอัตราการป่วยด้วยภาวะไขมันในเลือดสูง อัตราการใช้จ่ายรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงและค่าใช้จ่ายด้านยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง

5.4.4 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มเติม เช่น ด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อไป

5.4.5 ควรปรับปรุงแบบสอบถามให้มีเนื้อหากระชับ เพื่อลดความยุ่งยากและระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีความสนใจในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงมากที่สุด

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กฤษภากร แสงทรัพย์. (2556). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกำรบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา]. BUU LIBRARY.
http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/52920241.pdf
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2561). *สถิติสำหรับงานวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 12). สามลดา.
- การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค. (2564). *รายงานประจำปีการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค 2564*. ผู้แต่ง.
<https://bit.ly/3YF8NsN>
- ชฎาภรณ์ ทรบุญทอง, มุกดา หนูศรี, และ วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2559). *ผลของการจัดการความรู้ต่อระดับไขมันในเลือดและดัชนีมวลกายของวัยทำงานที่มีไขมันในเลือดสูง ชุมชนหอมแดง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช].
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. <http://ir.stou.ac.th/handle/123456789/833>
- จิตติมา ภูริทัตกุล. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].
Chiang Mai University Library. <https://bit.ly/3XnpMik>
- เฉลียว ปิยะชน. (2549). *หลอดเลือดแข็งตีบตัน ป้องกันได้*. สุขภาพใจ.
- ณัฐจิรพรรณ พันธุ์มุง, อลิสรดา อยู่เลิศลบ, และ สราญรัตน์ ลัทธิต. (2561). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2561*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. <https://bit.ly/3HTAiYS>
- นลินี แซงสาริกิจ. (2551). *ผลของการออกกำลังกายแบบพอนเจจ มช. ต่อระดับไขมันในเลือดในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].
Chiang Mai University Library. <https://bit.ly/3xfuELL>
- นันทิกา สนแย้ม. (2560). *การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง บริษัท ชีวาครม อินเตอร์เนชั่นแนล เฮลท์ รีซอร์ซ จำกัด* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต]. ศูนย์เรียนรู้และหอสมุด มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
<https://libdoc.dpu.ac.th/thesis/Nantika.Son.pdf>
- นันทวัน ทรัพย์ประเสริฐดี. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
[http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Hea_Ed\(M.S.\)/Nantawan_S.pdf](http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Hea_Ed(M.S.)/Nantawan_S.pdf)
- นันทิดา ชุ่มวิเศษ. (2552). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะไขมันผิดปกติในเลือดของข้าราชการครูที่มาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลสันป่าตอง ปี 2552*. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 7(1), 25-38.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- นิรมล อุตมอ่าง, เพ็ญขวัญ ชมปรีดา, และ อนุวัตร แจ่มชัด. (2546). การศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่มีผลต่อไขมันในเลือดและโรคที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิค *discriminant analysis*. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เบญจวรรณ ชีวยะพันธ์. (2561). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรโรงพยาบาลโพธาราม. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*, 3(1), 36-45. <https://bit.ly/3IfWP3D>
- ปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจันบาน, และ วิโรจน์ วรรณภีระ. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(3), 17-28.
- ปิ่นนัตต์ ตันธนปัญญากร และ อัมภาวุฒิ โยธาสุภาพ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไผ่ต่า อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 17(1), 85-98.
- ปรียา ลีพหกุล, บรรหาร กอนันตกุล, เจริญทัศน์จินตนาเสรี, รพีพล กุชร ณ อยุธยา, และ ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2548). หยุดยั้งโคเลสเตอรอลหัวใจไม่พัง: ลดโคเลสเตอรอลด้วยอาหาร. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 5(2), 117-124. <https://bit.ly/3HTqzSl>
- พรพรรณ ทศนศร, มัทนา กลางคาร, และ พีรศักดิ์ ผลพฤกษา. (2555). รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลค่ายวิวัฒน์โยธิน จังหวัดสุรินทร์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(2), 49-59. <https://bit.ly/3xhh6iS>
- พัชราภรณ์ อารีย์, อูมาพร ปุญญ, โสพรรณ, วิจิตร ศรีสุพรรณ, และ สติത്യ วงศ์สุรประภิต. (2556). ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินต่อระดับไขมันและน้ำตาลในเลือดในสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. *พยาบาลสาร*, 40, 14-22.
- พัฒนา เต็งอำนวย. (2553). กินอยู่อย่างไรห่างไกลโรค. *Srinagarind Medical Journal* 25, 137-143. <https://bit.ly/3YCZYQc>
- พารุณี วงษ์ศรี และ ทิปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเริ่มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 209-219. <https://bit.ly/40NPv6n>
- พิมลรัตน์ เตโชพิทยากุล และ วิทยา ศรีดามา. (2544). อาหารกับภาวะไขมันในเลือดสูง ใน *วิทยาศรีดามา (บ.ก.), โรคต่อมไร้ท่อ และเมตะบอลิซึม (น. 443-450)*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พึงใจ งามอุโฆษ, บรรหาร กอนันตกุล, ปิยะมิตร ศรีธรา, เกரியไกร เสงรัมย์, กัมมันต์ พันธุมจินดา, และ
สามารถ นิธินันท์. (2545). แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด.
สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 19(6), 15-33.
- ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, และ สุธิดา แก้วทา. (2563). รายงานสถานการณ์โรค
NCDs: เบาดหวน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กองโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
- ยุภา โฟพา, ชฎาภา ประเสริฐทรง, และ วนิดา ดุรงฤทธิชัย. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ที่มี
ภาวะ ไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(1), 123-130.
<https://bit.ly/3XsLIIm>
- รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร. (2550). *โรคอ้วน: การเปลี่ยนแปลงทางด้านโภชนาการและชีวเคมี*.
คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณิภา แก้วยศ. (2549). *พฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของบุคลากรสังกัดการกีฬาแห่ง
ประเทศไทย* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ].
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
[http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Hea_Ed\(M.S.\)/Wannipa_K.pdf](http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Hea_Ed(M.S.)/Wannipa_K.pdf)
- วชิรวัชร งามละม่อม. (2558). *ทฤษฎีการมีส่วนร่วม*. สถาบันวิชาการไทยวิจัยพัฒนาการจัดการ TRDM.
- วิชัย ต้นไพจิตร, อภิชาติ วิชญาณรัตน์, ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์, อัมพา สุทธิจำรูญ, และ วิทยา ศรีดามา.
(2544). แนวทางในการวินิจฉัยและรักษาโรคอ้วน. ใน *วิทยา ศรีดามา*, (บก.),
ตำราอายุรศาสตร์ 2 (หน้า 426-439). ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม, สุศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, หทัยชนก พรระเจริญ,
วารารณ สติยรณพแก้ว, และ กนิษฐา ไทยกล้า. (2553). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการ
ตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิทยา ศรีมาดา. (2548). *การดูแลเบาหวานแบบองค์รวม*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยา ศรีมาดา. (2553). *Clinical practice guideline 2010*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไลลักษณ์ พิมรินทร์. (2549). *การรับรู้ภาวะไขมันในเลือด และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
หัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
หัวใจโคโรนารี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยรังสิต]. มหาวิทยาลัยรังสิต

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช. (ม.ป.ป.). *สถานการณ์ปัจจุบันของโรคหลอดเลือดสมอง*.
ผู้แต่ง. https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/1256_1.pdf
สถาบันประสาทวิทยา. (2556). *คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน*
(พิมพ์ครั้งที่ 3). ผู้แต่ง. <https://bit.ly/3YZyyEH>
- สมรัตน์ ขำมาก. (2559). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลนางเหล้า อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ
การสาธารณสุขภาคใต้ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1,*
3(3), 153-169. <https://bit.ly/3DZPgeU>
- สุณิสา ตรงจิตร์. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าออนไลน์ผ่านช่องทางตลาดกลาง
พาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-Marketplace) [การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]*. Thammasat University Library. <https://bit.ly/2vFA7fF>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559*
(ฉบับปรับปรุง แก้ไขเดือนกุมภาพันธ์ 2551). โรงพิมพ์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุปราณีย์ พุสุวรรณ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, และ จรัส สิงห์แก้ว. (2559). ปัจจัยทำนายระดับไขมันในเลือดของ
ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในชุมชน. *พยาบาลสาร*, 43(2), 79-89. <https://bit.ly/3xblqjQ>
- สุวสา ชัยสุรัตน์. (2537). *หลักการตลาด*. ภูมิบัณฑิตการพิมพ์.
- อรพรรณ อีระตระกูลชัย และ อรพรรณ ชัยมณ. (2560). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับไขมันในเลือด
ที่ผิดปกติในบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 17(1), 9-17.
- อรธเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุธิดา แก้วทา. (2562). *รายงานสถานการณ์โรค
NCDs: เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง*. อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์.
- อัจฉโรบล แสงประเสริฐ และ สุกัญญา ปานเจริญ. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออก
กำลังกายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวรรคประชาธิราช จ.นครสวรรค์.
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 22(1-3), 162-175.
- อัจฉโรบล แสงประเสริฐ และ สุกัญญา ปานเจริญ. (2564). ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
ปรับตัวของสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*
,
6(9), 397-409. <https://bit.ly/3HVwGG5>
- อารมณ เจษฎาญาณเมธา. (2549). *หลักการจ่ายยาบำบัดในโรคความดันเลือดสูง Principles of
Pharmacotherapy in Hypertension*. ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อารี บินทปัญญา. (2543). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มาใช้บริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์* [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Cronbach, L. J. (1984). *Essentials of psychological testing* (4th ed.). Harper & Row.
- Dustrine, J. L., & Thompson, P. D. (2001). Exercise in the treatment of lipid disorders. In G. J. Balady (Ed.), *Cardiology clinic: Exercise in secondary prevention and cardio rehabilitation* (471-488). Lippincott.
- Genest, C., Remillard, B., & Beaudoin, D. (2009). Goodness of fit tests for copulas: A review and a power study. *Insurance: Mathematics and Economics*, 44(2), 199-213. <https://bit.ly/3xcH6fx>
- Grundy, S., Becker, D., Clark, L., Cooper, R., Denke, M., Howard, J. H., Hunninghake, D., Illingworth, D., Luepker, R., McBride, P., Mckenney, J., Pasternak, R., Stone, N., & Horn, L. (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. <https://bit.ly/3JTWncC>
- Hanucharornkul, S. (2001). Self-care and Orem's theory. In S. Hanucharornkul (Ed.), *Nursing: Science of practice* (2nd ed.). V.J. Printing.
- Insull, W. (2009). The pathology of atherosclerosis: plaque development and plaque responses to medical treatment. *Am J Med*, 122(1), 3-14.
- Klop, B., Elte, J. W., & Cabezas, M. C. (2013). Dyslipidemia in Obesity: Mechanisms and Potential Targets. *Nutrients*, 5(4), 1218-1240.
- Kotler, P., (2009). *Marketing Management*. Pearson Education International.
- Lin, Y., Mousa, S. S., Elshourbagy, N., & Mousa, S. A. (2010). Current status and future directions in lipid management: emphasizing low-density lipoproteins, high-density lipoproteins, and triglycerides as targets for therapy. *Vascular Health and Risk Management*, 10(6), 73-85. <https://bit.ly/3XpKXQK>
- Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., & Brown, T.M. (2010). Executive summary: heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 121(7), 948-954.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- McEwen, M., & Wills, E. M. (2014). *Theoretical basis for nursing* (4th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing : development and progress* (4th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Pender, N. J. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd. ed.). Appleton and Lange.
- Pichayapinyo, P. (2013). The theory of self-care deficit of Orem's nursing. In P. Pichayapinyo, P. Lapvongwattana, P. Kerdmongkol, & A. Powwattana (Eds.), *Nursing theory and application: Person, family, and community*. Danex Intercorporation.
- Pradka, L. R. (2000). Lipid and their role in Coronary heart disease. *Nursing Clinics of North American*, 35(4), 981-991.
- Ried, K., Toben, C., & Fakler, P. (2013). Effect of garlic on serum lipids: an updated meta-analysis. *Nutrition Reviews*, 71(5), 282-99.
- Sierra, A., Gorostidi, M., Banegas, J. R., Segura, J., Vinyoles, E., Cruz, J., & Ruilope, L. M. (2015). Ambulatory Blood Pressures in Hypertensive Patients Treated With One Antihypertensive Agent: Differences Among Drug Classes and Among Drugs Belonging to the Same Class. *The Journal of Clinical Hypertension*, 17(11), 857-865.

ภาคผนวก

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล สำนักงานใหญ่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร**

แบบสอบถามฉบับนี้ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการทำวิจัยของนักศึกษาหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต (MBA) มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน ทั้งนี้ แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน โปรดตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด และคำถามแต่ละข้อ สามารถเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1.1 ปัจจัยประชากรศาสตร์

1) เพศ

() ชาย () หญิง

2) อายุ

() ไม่เกิน 30 ปี () 31 - 40 ปี () 41 - 50 ปี () 51 - 60 ปี

() มากกว่า 60 ปี

3) ระดับระดับการศึกษา

() ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี

4) อาชีพ

() ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ () พนักงานบริษัทเอกชน

() ประกอบธุรกิจส่วนตัว () ไม่ได้ประกอบอาชีพ

5) รายได้ต่อเดือน

() ไม่เกิน 15,000 บาท () 15,001 - 30,000 บาท () 30,001 - 45,000 บาท

() 45,001 - 60,000บาท () มากกว่า 60,001 บาท

1.2 ปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล

6) สมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

() มี () ไม่มี

7) ระดับไขมันในเลือดที่ตรวจพบแล้วได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ระดับไขมันไม่ดี (LDL-cholesterol) สูงมากกว่า 130 มก/ดล.
- () ระดับไขมันคอเลสเตอรอล (Total cholesterol) สูงมากกว่า 200 มก/ดล
- () ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงมากกว่า 150 มก/ดล.

8) ประวัติการได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง

() รับประทาน () ไม่รับประทาน

9) น้ำหนัก..... กิโลกรัม

10) ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 สอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และ **ขอความกรุณาตอบคำถามแต่ละข้อได้เพียงคำตอบเดียว**

ประเด็นความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง	ใช่	ไม่ใช่
1. การรับประทานอาหารทอดทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง		
2. การรับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น		
3. การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น พืช ผัก ผลไม้ ทุกวัน ช่วยลดระดับไขมันในเลือดสูง		
4. การรับประทานไขมันแปรรูป เช่น เครื่องดื่มพร้อมชง ทรีอินวัน, นมข้นหวาน, ครีมเทียม ทำให้ระดับไขมันชนิดที่ไม่ดีสูงขึ้น		
5. การรับประทานน้ำตาลจากผลไม้และผลไม้รสหวานจัด ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง		
6. การรับประทานอาหารจานเดียวที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวผัด, ข้าวมันไก่ ทำให้ไขมันในเลือดสูง		

ประเด็นความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง	ใช่	ไม่ใช่
7. การออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง การปั่นจักรยาน อย่าง ต่อเนื่อง ครั้งละ 30-40 นาที ช่วยลดระดับไขมันในเลือด		
8. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ช่วยเพิ่มระดับไขมันชนิดที่ดีในเลือด		
9. การเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือดนั้นจะเกิดขึ้น หลังจากออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยประมาณ 12 สัปดาห์		
10. การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ทำได้ง่ายกว่าการรักษา		
11. คนอ้วนมีโอกาสมีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าคนที่น้ำหนักปกติ		
12. ถ้าคนในครอบครัวของท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูง ท่านมีโอกาสที่จะเกิดภาวะดังกล่าวได้		
13. ภาวะไขมันในเลือดสูงเมื่อเป็นแล้วไม่สามารถควบคุมได้		
14. ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูงสามารถแก้ไขได้ด้วยการงดอาหารที่มีไขมัน		
15. การรับประทานยาลดไขมันตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้		

ส่วนที่ 3 สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และขอความกรุณา

ตอบคำถามแต่ละข้อได้เพียงคำตอบเดียว โดยพิจารณาให้คะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้

5	หมายถึง	ปฏิบัติมากที่สุด
4	หมายถึง	ปฏิบัติมาก
3	หมายถึง	ปฏิบัติปานกลาง
2	หมายถึง	ปฏิบัติน้อย
1	หมายถึง	ปฏิบัติน้อยที่สุด/แทบไม่ปฏิบัติเลย

พฤติกรรมดูแลตนเอง	ระดับการปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1
1. ท่านรับประทานอาหารที่ทอดหรือผัด					
2. ท่านรับประทานอาหารจรรู้สึกอึดอัดมาก					
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น พืช ผัก ผลไม้ ทุกวัน					
4. ท่านรับประทานไขมันแปรรูป เช่น เครื่องดื่มพร้อมชงทรีอินวัน, นมข้นหวาน, ครีมเทียม					
5. ท่านดื่มน้ำผลไม้และรับประทานผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน					

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ระดับการปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1
6. ท่านรับประทานอาหารจานเดียว จานด่วน ที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวผัด, ข้าวขาหมู, ข้าวมันไก่, พิซซ่า, แฮมเบอร์เกอร์, ไก่ทอด					
7. ท่านออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง การปั่นจักรยานอย่างต่อเนื่อง ครั้งละ 30-40 นาที					
8. ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์					
9. หากแพทย์พิจารณาสั่งยาลดไขมันให้ท่าน ท่านจะรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง					
10. ท่านควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน					
11. ท่านจะดื่มน้ำเปล่า แทนน้ำหวาน น้ำอัดลม ชา กาแฟ					
12. ท่านรับประทานอาหารหวาน เช่น ของหวาน น้ำหวาน ไอศกรีม					

ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณที่กรุณาใช้เวลาตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

ที่มา: แบบสอบถามได้รับการดัดแปลงจาก (นันทวัน ทรัพย์ประเสริฐดี, 2553 และ กฤษาพร แสงวงทรัพย์, 2555 และ ทักษิณา ทรัพย์กรานนท์, 2559 และ นันธิกา สนรัมย์, 2560)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – นามสกุล

มลฤดา รอดสัน

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2565 - ปริญญาโท หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ
วิทยาลัยบริหารธุรกิจนวัตกรรมและการบัญชี มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
- พ.ศ. 2555 - ปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลและ
การผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง มหาวิทยาลัยมหิดล
- พ.ศ. 2555 - มัธยมศึกษา โรงเรียนสภาราชนี่ จังหวัดตรัง

ประสบการณ์ทำงาน

- พ.ศ. 2559 - พยาบาลปฏิบัติการ แผนกรักษาพยาบาลกองสถานพยาบาล สำนักงานใหญ่
การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรุงเทพมหานคร
- พ.ศ. 2555 - พยาบาลปฏิบัติการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลศิริราช
กรุงเทพมหานคร