

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไผ่ต่า อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

ปณณทัต ตันธนปัญญากร¹ อัสฎาวุฒิ โยธาสฎาภา^{2*}

Received : February 18, 2022

Revised : April 27, 2022

Accepted : April 29, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในตำบลไผ่ต่า อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่าง คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 160 คน สุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.9) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 63.1) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.8) โดยมีอายุเฉลี่ย 63.3 ปี และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,028.9 บาท อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือด (ร้อยละ 49.4) ทักษะคติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือด (ร้อยละ 81.9) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน (ร้อยละ 54.4) เกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงอยู่ในระดับปานกลาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง (ร้อยละ 73.8) การรับรู้ความรุนแรง (ร้อยละ 88.8) อยู่ในระดับมาก และส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ 77.5) อยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไขมันในเส้นเลือดสูง และแรงสนับสนุนทางสังคม (p -value = 0.003, p -value = 0.048, p -value = 0.022, p -value = 0.034, p -value < 0.001 ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมที่จะช่วยลดระดับไขมันในเส้นเลือดและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกัน ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี อีเมล: phannathat.tan@vru.ac.th

² อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี อีเมล: aussadawut.yo@vru.ac.th

* ผู้นิพนธ์หลัก อีเมล: aussadawut.yo@vru.ac.th

FACTORS ASSOCIATED WITH PREVENTIVE BEHAVIORS OF HYPERLIPIDEMIA AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN PAITUM SUB-DISTRICT, NONG KHAE DISTRICT, SARABURI PROVINCE

Phannathat Tanthanapanyakorn¹ Aussadawut Yothasupap^{2*}

Abstract

This study was a descriptive cross-sectional study aimed to investigate the preventive behavior of hyperlipidemia and associated factors with preventive behaviors of hyperlipidemia among village health volunteers in Phitum sub-district, NongKhae district, Saraburi province. The participants were 160 village health volunteers recruited by using accidental random sampling. Data were assessed by using questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results showed that most of the village health volunteers had a good level of preventive behaviors. The majority of the sample were female (71.9%), married (63.1%), graduated from primary school (73.1%), average aged at 63.3-year-old, and had average the monthly income of 6,028.9 baht. Most of the village health volunteers had a moderate level of knowledge (49.4%), attitude (81.9%) and perception of barriers to prevention behavior (54.4%) about hyperlipidemia. Moreover, they mostly had a high level of perception on risks (73.8%), perception on severity of hyperlipidemia (88.8%) and the majority of the sample had a moderate level of social support (77.5%). Factors which remained significantly associated with preventive behavior of hyperlipidemia were age, weight, knowledge about hyperlipidemia, perception of risk of hyperlipidemia and social support (p -value = 0.003, p -value = 0.048, p -value = 0.022, p -value = 0.034, p -value < 0.001, respectively). The results can apply to develop the intervention program to reduce the lipidemia and promote better quality of life.

Keywords: Preventive behavior, Hyperlipidemia, Village health volunteers

¹ Lecturer, Department of Public Health, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University Under the Royal Patronage, e-mail: phannathat.tan@vru.ac.th

² Lecturer, Department of Public Health, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University Under the Royal Patronage, e-mail: aussadawut.yo@vru.ac.th

* Corresponding Author, e-mail: aussadawut.yo@vru.ac.th

บทนำ

ปัญหาสุขภาพของประชาชนขณะนี้แนวโน้มมีผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงขึ้นเรื่อย ๆ ประมาณร้อยละ 90 มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะปัญหาการมีไขมันในเลือดสูง หรือที่เรียกว่าไขมันคอเลสเตอรอล (Cholesterol) เกินกว่าค่ามาตรฐาน ซึ่งอาการนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือความพิการ ทั้งนี้ จากรายงานผลการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (วิจัย เอกพลากร, 2557) พบว่า ประชาชนในประเทศไทยมีไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนดคือ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 44 หรือประมาณ 26 ล้านคน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่ทวีความรุนแรงไปทั่วโลก ปัจจุบันสถิติประชากร 1 พันล้านคนมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติถึง 350 ล้านคน และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เสียชีวิตถึง 4.4 ล้านคน หรือร้อยละ 7.9 ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2011) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั้งประเทศมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 35.7 ล้านคนมีระดับ Total cholesterol (TC) สูงมากกว่า 240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ขึ้นไป สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจพบว่าในรอบ 10 ปี ที่ผ่านมา พบว่า ระดับ Total cholesterol สูงขึ้นร้อยละ 31-72 ระดับ Triglyceride (TG) สูงขึ้นร้อยละ 20-43 ระดับ LDL-C สูงขึ้นร้อยละ 11-67 และระดับ High density lipoprotein-cholesterol (HDL-C) ต่ำ ร้อยละ 4-14 เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยพบว่า ครึ่งหนึ่งของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปมีระดับไขมัน TC มากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ขึ้นไป เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค พบว่า ภาคกลางมีความชุกมากที่สุด คือ ร้อยละ 25.5 รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 25.1 และภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบร้อยละ 24.5 ตามลำดับ โดยจังหวัดสระบุรี พบ ผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI) ร้อยละ 42.65 รอบเอวเกิน (ชายมากกว่า 90 เซนติเมตร หญิงมากกว่า 80 เซนติเมตร) ร้อยละ 30.53 และพบผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 24.61 ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 31.53 และมีระดับไขมันในเลือดน้อยกว่า 100 mg/dl ร้อยละ 30.66 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย ความเครียด การป้องกันและควบคุมระดับไขมันในเลือดผิดปกติสามารถทำได้ 2 วิธี คือ วิธีแรกไม่ใช้ยา (Non-pharmacologic intervention) อาจเป็นการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ วิธีที่สอง คือการใช้ยาลดไขมัน (Lipid lowering agents) แต่การใช้ยาลดไขมันเป็นเวลานาน ๆ จะมีผลต่อไต และอาจมีอันตรายและผลแทรกซ้อนจากยาเพิ่มขึ้น การมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้งทางกายจิตใจสังคมและเศรษฐกิจโดยผลกระทบต่อทางกายของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะทำให้ผู้นั้นมีโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น (National Cholesterol Education Program, 2004) ทั้งนี้การมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเกิดจากปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศกรรมพันธุ์ ครอบครัวยมีประวัติ

ปัจจัยด้านการรับประทานอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อระดับไขมันในเลือดซึ่งการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอล และไขมันอิ่มตัวสูงรวมถึงคาร์โบไฮเดรตที่ให้พลังงานเกิน ความต้องการของร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ส่วนการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเท่ากับ 0.6 ($r = 0.6, p < .001$) ในทางตรงข้ามหากรับประทานอาหารไขมันต่ำ มีกากใยสูง และให้พลังงานต่ำจะช่วยลดระดับไขมันในเลือดได้ ส่วนด้านการออกกำลังกาย

พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และการศึกษา กลุ่มตัวอย่างในเพศชายและหญิง จำนวน 65,603 และ 6,914 คน ที่ผ่านสงครามในประเทศอิรักและ อัฟกานิสถาน พบว่า ภาวะซิมเซรั้าและความเครียดมีความสัมพันธ์ต่อไขมันในเลือดผิดปกติใกล้เคียงกัน ทั้งสองเพศเท่ากับ 2.70 และ 2.68 เท่าตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีความเครียดหรือภาวะซิมเซรั้า (OR = 2.70, $p < .05$) (Coughlin, 2011) ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด โดยที่การสูบบุหรี่จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์และแอลดีแอลโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น และทำให้ระดับเฮซีทีแอลโคเลสเตอรอลลดลง (Erem et al., 2008) ปัจจัยด้านการดื่มสุราส่งผลต่อระดับไขมัน ในเลือดเช่นกัน การดื่มแอลกอฮอล์ในขนาดปานกลางจะทำให้ระดับเฮซีทีแอลโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น (Frohlich, 1996) ปัจจัยด้านการรับประทานอาหาร มีผลต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารจึงสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เสียชีวิตหรือความพิการ (สุปราณีย์ พุสุวรรณ, 2559) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือด ที่มีความจำเพาะและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มที่เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชน จึงมีความจำเป็นจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อเป็นแบบอย่างให้แก่คนในชุมชน โดยการศึกษาที่ผ่านมายังไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าพฤติกรรม การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไผ่ดำ อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไผ่ดำ อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรม การป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไผ่ดำ อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

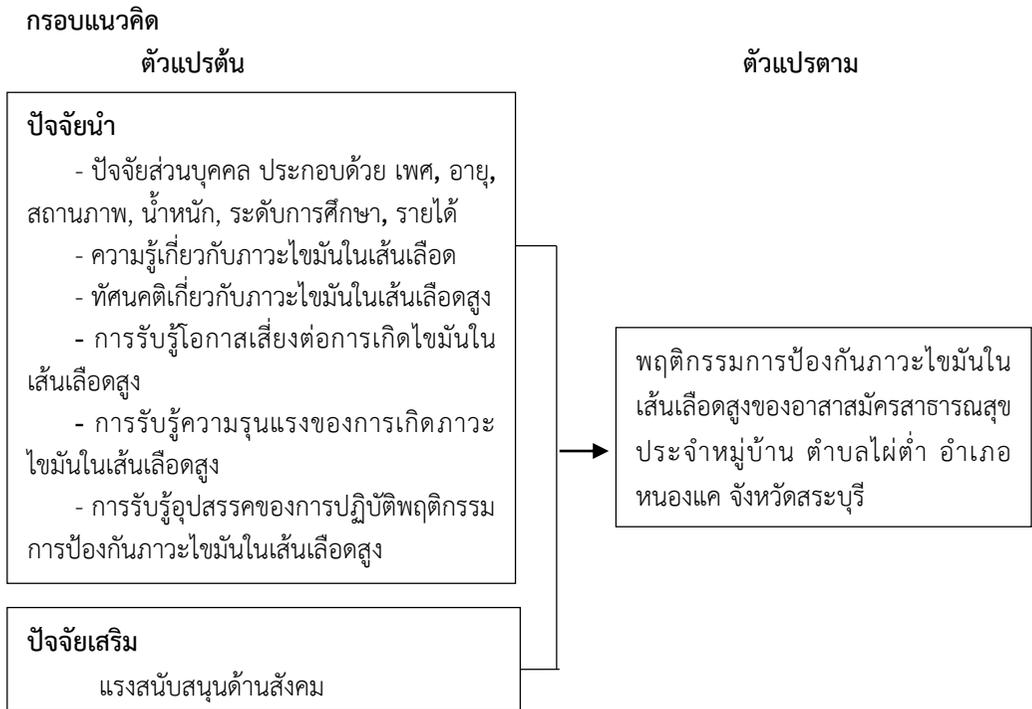
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ณ เวลาใด เวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไผ่ดำ อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี จำนวน 236 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 160 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับแจกแบบสอบถาม (Questionnaire) ผู้วิจัยได้ดำเนินการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่างของ Cochran โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5

(กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2549) เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้นจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 160 คน และทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญจากกลุ่มประชากร 236 คน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ, อายุ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, รอบเอว, ระดับการศึกษา, สถานภาพ, ศาสนา, อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ

ตอบ ถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบ ผิด ได้ 0 คะแนน

จากนั้นนำคะแนนมาแปลความหมายเพื่อคำนวณหาค่าระดับความรู้โดยรวมแบ่ง ออกเป็น 3 ระดับ คือ แปลความหมายตาม (Bloom, 1971) โดยแบ่ง

ระดับความรู้สูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ความรู้ปานกลาง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79.99

ความรู้ต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้	
ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง	ระดับคะแนน 5 คะแนน
ระดับเห็นด้วย	ระดับคะแนน 4 คะแนน
ระดับไม่แน่ใจ	ระดับคะแนน 3 คะแนน
ระดับไม่เห็นด้วย	ระดับคะแนน 2 คะแนน
ระดับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ระดับคะแนน 1 คะแนน

ใช้เกณฑ์แบ่งอันตรายภาคชั้น (Class Interval) จากนั้นนำคะแนนมาแปลความหมายโดยรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ อิงกลุ่มของ (Best, 1977) ดังนี้

ทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี	คะแนนระหว่าง 1.00 - 2.33
ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.66
ทัศนคติอยู่ในระดับดี	คะแนนระหว่าง 3.67 - 5.00

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไขมันในเส้นเลือดสูง มีจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง มีจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 6 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงมีจำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนส่วนที่ 4 - 6 ดังนี้

ระดับการรับรู้มากที่สุด	ระดับคะแนน 5 คะแนน
ระดับการรับรู้มาก	ระดับคะแนน 4 คะแนน
ระดับการรับรู้ปานกลาง	ระดับคะแนน 3 คะแนน
ระดับการรับรู้น้อย	ระดับคะแนน 2 คะแนน
ระดับการรับรู้ที่น้อยที่สุด	ระดับคะแนน 1 คะแนน

การแปลผลในส่วนที่ 4-6 ใช้เกณฑ์แบ่งอันตรายภาคชั้น (Class Interval) จากนั้นนำคะแนนมาแปลความหมายโดยแบ่ง ออกเป็น 3 ระดับ อิงกลุ่มของ (Best, 1977) ดังนี้

ระดับการรับรู้ที่น้อย	คะแนนระหว่าง 1.00 - 2.33
ระดับการรับรู้ปานกลาง	คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.66
ระดับการรับรู้มาก	คะแนนระหว่าง 3.67 - 5.00

ส่วนที่ 7 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับมากที่สุด	ระดับคะแนน 5 คะแนน
ระดับมาก	ระดับคะแนน 4 คะแนน
ระดับปานกลาง	ระดับคะแนน 3 คะแนน
ระดับน้อย	ระดับคะแนน 2 คะแนน
ระดับน้อยที่สุด	ระดับคะแนน 1 คะแนน

จากนั้นนำคะแนนมาแปลความหมายโดยแบ่ง ออกเป็น 3 ระดับ อิงกลุ่มของ Best (1970)

ระดับการรับรู้ที่น้อย	คะแนนระหว่าง 1.00 - 2.33
ระดับการรับรู้ปานกลาง	คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.66

ระดับการรับรู้มาก

คะแนนระหว่าง 3.67 - 5.00

ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง มีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ไม่ได้ปฏิบัติ	1	3

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบสอบถามมีทั้งข้อความที่เป็นเป็นทางบวกและทางลบ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้ (Best, 1977)

พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงไม่ดี	คะแนนระหว่าง 1.00 – 1.67
พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงปานกลาง	คะแนนระหว่าง 1.68 – 2.35
พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงดี	คะแนนระหว่าง 2.36 – 3.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ต่อกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วม หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกลุ่มวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดต่อกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำเสนอในภาพรวมและจะถือเป็นการลับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

- 1) นำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดย ผล IOC จะอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00
- 2) การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ความตรง ตามเนื้อหาและความเหมาะสม ทางด้านภาษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหา Alpha Coefficient (Cronbach, 1974) เพื่อหาความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม ได้ค่าเฉลี่ยความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยปัจจัยนำและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง โดยใช้ Pearson correlation coefficient

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 71.9 อายุเฉลี่ย 60.3 ปี สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 63.1 ศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 98.1 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.8 น้ำหนักเฉลี่ย 61.4 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 155.9 และ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6028.9 บาท ดังตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=160)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	28.1
หญิง	115	71.9
สถานภาพ		
โสด	47	29.4
สมรส	101	63.1
หย่าร้าง	6	3.8
แยกกันอยู่	6	3.8
ศาสนา		
พุทธ	157	98.1
อิสลาม	3	1.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	3	1.9
ประถมศึกษา	118	73.8
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	27	16.9
อนุปริญญาตรี/ปวสหรือเทียบเท่า	9	5.6
ปริญญาตรี	3	1.9
อาชีพ		
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	1.9
เกษตรกร	15	9.4
พนักงานเอกชน	6	3.8
ค้าขาย	31	19.4
รับจ้างทั่วไป	22	13.8
อื่นๆ	83	51.9

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 14.27, S.D. = 3.53) ทักษะคติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.14,

S.D.= 0.51) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไขมันในเส้นเลือดสูง (\bar{X} = 4.15, S.D.= 0.71) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.41, S.D.= 0.73) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.30, S.D.= 0.85) แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.00, S.D.= 0.89) และพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 2.40, S.D.= 1.36) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา

ปัจจัยที่ศึกษา	\bar{X}	SD	แปล
ปัจจัยนำ			
อายุ (ปี)	63.3	9.81	-
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	61.4	9.3	-
ส่วนสูง (ส่วนสูง)	155.9	16.1	-
รายได้ (บาท/เดือน)	6028.9	5254.4	-
ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง	14.27	3.51	ปานกลาง
ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง	3.14	0.51	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไขมันในเส้นเลือดสูง	4.15	0.71	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง	4.41	0.73	มาก
การรับรู้อุปสรรคการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง	2.30	0.85	ปานกลาง
ปัจจัยเสริม			
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสังคม	4.00	0.89	มาก
พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง	2.40	1.36	ดี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง พบว่า

ปัจจัยนำ ได้แก่

เพศ ระดับการศึกษา รอบเอว รายได้ และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง

อายุ น้ำหนัก ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไขมันในเส้นเลือดสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p - value < 0.05$ ดังตารางที่ 3

ปัจจัยเสริม ได้แก่

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p - value < 0.05$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไผ่ดำ อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

พฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง	r	p-value
ปัจจัยนำ		
อายุ	0.981	0.003*
น้ำหนัก	0.737	0.048*
รอบเอว	0.144	0.308
รายได้	0.120	0.395
ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง	0.878	0.022*
ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง	0.696	0.065
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไขมันในเส้นเลือดสูง	0.811	0.034*
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง	0.665	0.650
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกัน	0.265	0.125
ปัจจัยเสริม		
แรงสนับสนุนด้านสังคม	0.690	<0.001**

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

พฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเพราะว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองรวมถึงการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือด โดยเฉพาะการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นประจำ จึงอาจเป็นผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมี พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา (นันธิกา สนรัมย์, 2560) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ปฏิบัติเป็นประจำ และ สอดคล้องกับการศึกษาของ (ทัศนิตา ทรัพย์กรานนท์, 2559) พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.5 ซึ่งพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (นันทวัน ทรัพย์ประเสริฐดี, 2553) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลไผ่ดำ อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษา พบว่า

ปัจจัยนำ ได้แก่

อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p - \text{value} < 0.05$ ($r=0.981$) คือ อายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากขึ้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงก็จะดีขึ้นโดย อาจเพราะว่าเมื่ออายุมากขึ้นก็จะส่งผลต่อระดับของไขมันที่มากขึ้นด้วยเช่นเดียวกันทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรทิพย์ เทพทิพย์ และคณะ(2561) และนันทิตา ชุ่มวิเศษ (2554) เมื่อคนเราอายุมากขึ้นอัตราการเผาผลาญของสารอาหารหลักในร่างกายก็จะลดลง ทำให้เกิดการสะสมของไขมันในอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเพิ่มขึ้น และเมื่ออายุมากขึ้น การตระหนักการให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพก็เพิ่มมากขึ้น เพราะปัจจัยหนึ่งมาจากความเสี่ยงของสังขารร่างกายตามอายุที่มากขึ้น ทำให้มีอาการเจ็บป่วยได้ง่าย

น้ำหนัก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p - \text{value} < 0.05$ ($r=0.737$) คือ น้ำหนักมากขึ้นพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงก็จะดีขึ้น อาจเนื่องมาจาก น้ำหนักที่มากขึ้นเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง เมื่อร่างกายใช้พลังงานน้อย ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ก็จะดีขึ้น อาจเนื่องมาจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทให้การดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่คนในชุมชน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิตา สนแยม (2560) พบว่า ถ้าผู้ป่วยหรือผู้ที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง มีความรู้ความเข้าใจที่ดี จะส่งผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ อารี บินทปัญญา (2543) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงที่มารับบริการที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ พบว่า ความรู้กับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวก อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลค่ายวิวัฒน์โยธิน จังหวัดสุรินทร์ (พรพรรณ ทศนคร และคณะ, 2555) พบว่า ภายหลังการประยุกต์แนวคิดการกำกับบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดผิดปกติ การปฏิบัติตัวในการลดระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับคลอเรสเตอรอลและ ไตรกลีเซอไรด์ลดลง

ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p - \text{value} < 0.05$ ($r=0.878$) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงก็จะดีขึ้น อาจเนื่องมาจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทให้การดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่คนในชุมชน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิตา สนแยม (2560) พบว่า ถ้าผู้ป่วยหรือผู้ที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง มีความรู้ความเข้าใจที่ดี จะส่งผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ อารี บินทปัญญา (2543) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงที่มารับบริการที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ พบว่า ความรู้กับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวก อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลค่ายวิวัฒน์โยธิน จังหวัดสุรินทร์ (พรพรรณ ทศนคร และคณะ, 2555) พบว่า ภายหลังการประยุกต์แนวคิดการกำกับบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดผิดปกติ การปฏิบัติตัวในการลดระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับคลอเรสเตอรอลและ ไตรกลีเซอไรด์ลดลง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไขมันในเส้นเลือดสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p - \text{value} < 0.05$ ($r=0.811$) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไขมันในเส้นเลือดสูงเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงก็จะดีขึ้น อาจเนื่องมาจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทำให้ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ บุคคลนั้นจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกัน

การเกิดปัญหานั้น และถ้ายังมีความเสี่ยงมากจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดปัญหานั้น ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยงมาก จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพนั้นสูงกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความเสี่ยงน้อย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ตำบลชมพู อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไขมันในเส้นเลือดสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ทัศนิตา ทรัพย์ภรณ์านนท์, 2559)

ปัจจัยเสริม ได้แก่

แรงสนับสนุนด้านสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p - \text{value} < 0.001$ ($r=0.690$) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงสนับสนุนด้านสังคมมากขึ้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงก็จะดีขึ้น อาจเนื่องมาจาก การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านได้จากสื่อออนไลน์ รวมถึงแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือได้จากเจ้าหน้าที่นักวิชาการสาธารณสุขเนื่องจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านต้องประสานงานในการลงสำรวจภาวะสุขภาพชุมชนเพื่อให้ความรู้แก่ชาวบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ (ยุภา โภพา, 2558) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สายงานด้านสุขภาพ เช่น นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทสำคัญต่อการรับรู้ และ ป้องกันตัวเองจากภาวะไขมันในเลือดสูงในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและยังสอดคล้องกับ การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ตำบลชมพู อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ทัศนิตา ทรัพย์ภรณ์านนท์ (2559) พบว่า พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะคอยบริการให้สุศึกษา ให้คำปรึกษาคำแนะนำแก่ผู้ที่มาเข้ารับบริการ และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงทำให้เกิดความตระหนัก จนนำไปสู่พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับดี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไขมันในเส้นเลือดสูง และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง จากข้อมูลดังกล่าวควรดำเนินการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงโดยการประยุกต์ใช้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง รวมไปถึงโปรแกรมหรือแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการสร้างเสริมพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดีอยู่แล้วให้คงอยู่หรือดียิ่งขึ้น ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรดำเนินการสร้างแนวทางหรือโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) นำผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้กับส่งเสริมดูแลสุขภาพ ให้กับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลและ

ส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยการส่งเสริมให้มีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์

2) หน่วยงานด้านสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จะช่วยลดระดับไขมันในเลือดและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้เพื่อสร้างแนวทางการปฏิบัติในการนำไปใช้ได้อย่างชัดเจน

2) ควรเพิ่มการศึกษาทั้งหมดลงร่วมด้วยเพื่อที่จะสามารถวัดผลได้เห็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ต่า อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี ที่ได้อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ศึกษาในระหว่างการเก็บข้อมูล จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี พร้อมทั้งขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลไผ่ต่า อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้และได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). สถิติสำหรับงานวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักงานพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
นันทิดา ชุ่มวิเศษ. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดของข้าราชการที่มาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลสันป่าตอง. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 7(1), 25-38
- นันทิกา สนแย้ม. (2560). การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง บริษัท ชีวาครม อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล เฮลท์ รีซอร์ซ จำกัด. สารนิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- นันทวัน ทรัพย์ประเสริฐดี. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. ปริญญาานิพนธ์. วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทัศนิตา ทรัพย์กรานนท์. (2559). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ตำบลชมพู อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พรพรรณ ทศนคร, สมัทนา กลางคาร, และพีรศักดิ์ ผลพุกษา. (2555). รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลค่ายวีรวัฒน์โยธิน จังหวัด สุรินทร์. วารสารพยาบาลทหารบก, 13(2), 49-59.
- วิชัย เอกพลากร. (บก.). (2557) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- สุปรานีย์ พุสุวรรณ. (2559). ปัจจัยทำนายระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในชุมชน. **วารสารพยาบาลสาร**, 43(2), 79 - 89
- ยุภา โภผา, ชฎาภา ประเสริฐทรง, และวนิดา ดุรงฤทธิชัย. (2558). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้**. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- อรทิพย์ เทพพิทย และคณะ. (2554). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะไขมันสูงในเลือดของเจ้าหน้าที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี**, สืบค้นจาก <http://hpc4.anamai.moph.go.th/Articles/abstract/2544/hi%20fat.pdf>
- อารี บินทปัญญา. (2543). **พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มาใช้บริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ กศ.ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Bloom. (1971) **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. New York:McGraw-Hill.
- Best, J. (1977). **Research in Education**. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Cochran, W.G. (1953). **Sampling Techniques**. New York : John Wiley & Sons. Inc.
- Cronbach, Lee J. (1974). **Essentials of Psychological Testing**. 3rd ed. New York : McGraw-Hill.
- Coughlin, S. S. (2011). Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. **The Open Cardiovascular Medicine Journal**, 5, 164-170.
- Erem, C., Deger, O., Hacıhasanoglu, A., Kocak, M., & Topbas, M. (2008). Prevalence of dyslipidemia and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon lipid study. **Endocrine**, 34, 36-51.
- Frohlich, J. J. (1996). Effects on alcohol on plasma lipoprotein metabolism. **Clinica Chimica Acta**, 246, 39-49.
- Rosenstock, Irwin (1974). The health belief model and prevention health behavior. **Health education monograph**, 2(b). 355-385
- National Cholesterol Educational Program. (2004). Implication of recent clinical trials for the national cholesterol education program adult treatment panel III guidelines. **Circulation**, 110, 227-239.
- World Health Organization. (2011). **Data and statistics**. Retrieved from <http://apps.who.int/ghodata/?vid=2469>