

**ผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มี ต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด ในคลินิกโรคเรื้อรัง
ตำบลหนองไผ่น้อย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ**

จรัสทิพย์ จันทพรหมและคณะ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่น้อย

บทคัดย่อ

ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทย ตลอดจนประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด ของกลุ่มโรคเรื้อรังในคลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่น้อย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีระดับโคเลสเตอรอล ระหว่าง 200 – 239 มก./ดล. สุ่มเลือกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 37 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมควบคุมภาวะไขมันในเลือดทั้งหมด 3 ครั้ง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ สร้างความตระหนักถึงประโยชน์ ของการควบคุมไขมัน วิเคราะห์อุปสรรค หาวิธีจัดการ และ เพิ่มความมั่นใจของตนเอง ในการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง ใน 8 สัปดาห์ และเก็บค่าระดับโคเลสเตอรอล ก่อนและหลังการทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานใช้ Paired t – test และ Independent t – test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติตัว ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย สูงวก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีการรับรู้อุปสรรค ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ลดลง กว่ก่อนทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมี ระดับโคเลสเตอรอลรวม น้อยกว่า ก่อนทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด สามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้

คำสำคัญ: ภาวะไขมันในเลือด ; พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ที่มาและความสำคัญ

ในปัจจุบันประชากร 1 พันล้านคน มีภาวะไขมันในเลือดสูง 350 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากภาวะไขมันในเลือดสูงโดยตรง 4.4 ล้านคน (เปรมใจ สุขศิริ, 2552: 1 อ้างอิงจาก WHO, 2007) ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ของโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อความตาย ความพิการ ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า ในการตายของคนแต่ละปี 56.7 ล้านคน เป็นการตายของโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคมะเร็ง และโรคทางการหายใจถึงร้อยละ 59 และอีก 10 ปีข้างหน้า จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคที่ทำให้เสียชีวิตปีละ 17 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 25 ล้านคน ในปี 2563 (เปรมใจ สุขศิริ, 2552: 1 อ้างอิงจาก WHO, 2007) สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่ในอันดับ 1 ใน 3 มาตลอด ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2545 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้จำนวน 32,903 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็น 40,092 คน ในปี พ.ศ. 2546 เฉลี่ยแล้วคนไทยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 100 คนต่อวัน นอกจากนี้ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่า ผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นมากกว่า 7-17 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549: 4) และจากรายงานสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ. 2548 พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและกระจายไปทั่วภูมิภาคของประเทศเช่นเดียวกัน (ชูศักดิ์ คุปตานนท์, 2551: 1) ปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดนอกจากจะมีผลทางสุขภาพแล้ว ด้านเศรษฐกิจยังพบว่า คนที่รอดตายจากหัวใจวายและเป็นอัมพาตต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง มีการนำเงินหรือทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดสำหรับตนเอง ครอบครัว และสังคมมาใช้มาใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา ในเชิงเศรษฐกิจพบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแต่ละรายประมาณ 500,000 บาทต่อราย คาดว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 150,000 ราย ค่าใช้จ่ายโดยตรงที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง คิดเป็นเงิน 75 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 15-20 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด ของประเทศ (ธนาพร บึงมูม, 2552: 1 อ้างอิงจาก ศุภชัย ธนอมทรัพย์, 2550) จากการเพิ่มขึ้นของผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นของไขมันในเลือดที่มีเพิ่มขึ้นทุกปี ถึงแม้โรคนี้บางครั้งไม่แสดงอาการ แต่การมีไขมันในเลือดที่สูงเกินเกณฑ์ปกติ ถือว่าเป็นสัญญาณอันตรายต่อสุขภาพเป็นอย่างมากทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจและความดันโลหิต หากไม่ได้รับการควบคุมระดับไขมันให้อยู่ในระดับที่ปกติ

จากการตรวจผู้ที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง 2560 พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติโดยภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงมากกว่า 150 mg/dl คิดเป็น ร้อยละ 31.10 และโคเลสเตอรอลรวมสูง มากกว่า 200 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 28.90 โดยที่ในกลุ่มที่มีไขมันในเลือดผิดปกตินี้พบ ระดับ HDL ต่ำกว่า 35 mg/dl คิดเป็น ร้อยละ 18.20 และ ระดับ LDL มากกว่า 100 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 33.30 (ชนิดา มิ่งมูล, 2552: 1)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้ป่วยจำนวน 5,865 คน ในปี 2561 แยกเบาหวาน 2,163 คน ความดันโลหิตสูง 3,252 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.43 ของประชากรทั้งหมด ระดับไขมันในเลือด โคเลสเตอรอลรวม มากกว่า 200mg/dl (ระดับไขมันปกติ น้อยกว่า 200 mg/dl อ้างจาก National Institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services) จำนวน 2,636 คน คิดเป็น ร้อยละ 44.94 ของกลุ่มป่วย โดยที่ในกลุ่มที่มีไขมันในเลือดผิดปกตินี้ พบ ระดับ HDL ต่ำกว่า 40 mg/dl คิดเป็น ร้อยละ 14.20 และ ระดับ LDL มากกว่า 100 mg/dl คิดเป็น ร้อยละ 30.74 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,523 คน คิดเป็นร้อยละ 25.98 พบผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 1,113 คน คิดเป็นร้อยละ 18.97 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.02 (โปรแกรมHosxppcu . สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปทุมราชวงศา, ;2560.) ตำบลหนองข่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่น้อย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ประชากรทั้งหมด 4,408จำนวน แยกชาย 2,283 คน หญิง 2,125 คน ผู้ป่วยทั้งหมด 301 คน ในปี 2561 แยกเบาหวาน 124 คน ความดันโลหิตสูง 177 คน คิดเป็น ร้อยละ 6.82 ของประชากรทั้งหมด ระดับไขมันในเลือด โคเลสเตอรอลรวม มากกว่า 200mg/dl (ระดับไขมันปกติ น้อยกว่า 200 mg/dl อ้างจาก National Institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services) จำนวน 215 คน คิดเป็น ร้อยละ 71.42 โดยที่ในกลุ่มที่มีไขมันในเลือดผิดปกตินี้ พบ ระดับ HDL ต่ำกว่า 40 mg/dl คิดเป็น ร้อยละ 31.42และ ระดับ LDL มากกว่า 100 mg/dl คิดเป็น ร้อยละ 40 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 143คน คิดเป็นร้อยละ 47.50 พบผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 72คน คิดเป็นร้อยละ 23.92 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.01 และ(โปรแกรมHosxppcu . สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปทุมราชวงศา, ;2560.) จากการที่ผู้วิจัยได้สำรวจข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในเขตอำเภอปทุมราชวงศา จำนวน 30 คน พบว่า ร้อยละ 30.00 ยังขาดความตระหนักเรื่องบริโภคอาหาร โดยรับประทานอาหารติดมัน และอาหารที่ใส่กะทิ 5-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 26.66 รับประทานอาหารประเภท ผักทอด 5-6 วันต่อสัปดาห์ และ ร้อยละ 16.66 รับประทานทุกวันด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 26.66 ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และร้อยละ 26.66 ออกกำลังกาย แต่ครั้งน่อยกว่า 30 นาที โดยให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลา ไม่มีเพื่อน หรือ เหนื่อย ฯลฯ พฤติกรรมการบริโภค พบว่าชอบรับประทานอาหารหวานและอาหารมัน ร้อยละ 20.00 รับประทานของหวานและขนมหวาน 5-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 26.66 ดื่มน้ำ กาแฟที่เติมน้ำตาลหรือนมข้นหวาน 5-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 16.66 ดื่มทุกวัน ร้อยละ 10.00 ไม่ตระหนักในการควบคุมไขมันในเลือด โดยให้เหตุผลว่า ยุ่งยาก ไม่มีเวลา และคิดว่าคงไม่ทำให้เกิดอันตรายเพราะร่างกายยังปกติดีอยู่และ ร้อยละ10.00 ยังไม่ทราบว่าตนควรรับประทานอาหารประเภทใดเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด

การควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกตินี้ ทำได้โดยการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น โภชนบำบัด และการออกกำลังกาย (พึงใจ งามอุโฆษและคณะ,2550 ; NCEP, United State Department of Health and Human Service,2005) มีการศึกษาพบว่า การปรับเปลี่ยนระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติโดยการใช้ยาเพียงอย่างเดียวจะสามารถลดระดับไขมันที่ผิดปกติลงได้ ร้อยละ

20 แต่เมื่อรับประทานยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะสามารถลดระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ เพิ่มจากเดิมร้อยละ 19.00 ซึ่งปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่า ภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติสามารถควบคุมได้โดย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การลดน้ำหนักตัว 4) การงดสูบบุหรี่ 5)การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด (National Cholesterol Education Program, 2004)

แต่ที่ผ่านมามีพบว่าปัญหาหรือความล้มเหลวของการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตก็คือ การไม่สามารถคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากบุคคลมีการรับรู้แต่ไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม (ประภัสสร ชาญช้าง, 2549 : 4 อ้างอิงจาก สุปรียา ตันสกุล, 2544) ดังนั้น การที่จะส่งเสริมสุขภาพให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องได้นั้น บุคคลต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพนเดอร์ (ประภัสสร ชาญช้าง, 2549: 4 อ้างอิงจาก Pender, 2002) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตได้นั้น เป็นผลมาจากโมโนทัศน์ 3 ด้านคือ 1) ด้านความรู้ –การรับรู้ 2) ปัจจัยร่วม และ 3) ตัวชี้แนะการกระทำ

นอกจากนี้พบว่า มีผู้นำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ประยุกต์ใช้ในการวิจัยอย่างกว้างขวางผลการศึกษาด้านโมโนทัศน์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมตัว ทำนายและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี ในส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติและสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลได้ (เปรมใจ สุขศิริ, 2552: 6 อ้างอิงจาก สุกัญญา ไพทโสภณ, 2540)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) โดยเลือกปัจจัยด้าน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติ และเน้นพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ในด้านการบริโภคอาหาร การ และการออกกำลังกาย โดยมุ่งหวังว่าเมื่อกลุ่มเสี่ยง ได้รับความรู้ตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้

3 คำถามของการวิจัย

การประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือดของกลุ่มเสี่ยงอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ หรือไม่

4. วัตถุประสงค์

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อการควบคุมระดับไขมันใน

เลือดของกลุ่มเสี่ยง อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้าน ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค การรับรู้ในความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมไขมันในเลือด ภายในกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังการทดลอง

1.3.2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้าน ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมไขมันในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง

13.2.3 เพื่อเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

5. สมมติฐานของการวิจัย

1.4.1 คะแนนเฉลี่ยด้าน ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือด การรับรู้ประโยชน์ ความสามารถของตนเองในการ บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมไขมันในเลือด ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

1.4.2 คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดการรับรู้ประโยชน์ รับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมไขมันในเลือด ระหว่างกลุ่ม กลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1.4.3 คะแนนเฉลี่ยด้าน อุปสรรคในการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ลดลงกว่า ก่อนการทดลองและลดลงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ

1.4.4 ระดับไขมันในเลือด ของกลุ่มทดลอง ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

6. ความสำคัญของการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาวิจัย ที่ผ่านมา พบว่า สถานการณ์การโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหารุนแรง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดในสมองตีบ จึงจำเป็นที่จะต้องทำ การศึกษาค้นคว้าหาแนวทางในการป้องกัน ในกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจคัดกรองพบภาวะไขมันในเลือดสูง และเป็นสิ่งสำคัญ ที่ต้องแก้ปัญหา ด้วยการสร้างการรับรู้อย่างมีเหตุผล เกิดความตระหนักและ ในตนเองที่จะตั้งใจปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยแก่ประชาชน และเป็นการลดผลกระทบหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคมด้านเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

7. ขอบเขตของการวิจัย

1.6.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ เป็นประชาชนกลุ่มที่รับบริการคลินิกโรคเรื้อรังในตำบลหนองข่า อำเภอบุพผราขวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ระดับไขมันในเลือดมากกว่า 200 mg/dl คัดเลือกแบบ สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก Simple Random Sampling และใช้เกณฑ์คัดเข้าจำนวน 74 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงในตำบลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไธน้อย จำนวน 37 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข จำนวน 37 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

1.6.2 ระยะเวลาทดลอง ระหว่าง เมษายน ถึงเดือน มิถุนายน 2556

1.6.3 พื้นที่ดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไธน้อย อำเภอบุพผราขวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

1.6.4 ตัวแปรของการวิจัย

1.6.4.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการอบรมให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค การรับรู้ในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการสาธิต/ฝึกปฏิบัติ เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด

1.6.4.2 ตัวแปรตาม คือ ผลจากการดำเนินงานอบรม เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด

1) ระดับความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด

2) ระดับการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค การรับรู้ในความสามารถของตนเอง

ในการปฏิบัติตัว ด้านการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด

3) พฤติกรรมด้าน การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย

4) ระดับไขมันในเลือด

8. นิยามศัพท์เฉพาะ

1.7.1 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับบุคคลที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ สร้างขึ้นตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (เปรมใจ สุขศิริ, 2552: 9 อ้างอิงจาก Pender, 2006) โดยมุ่งเน้นการสร้างตระหนักให้รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สำหรับบุคคลที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ สอนโดยการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะประเมินสถานการณ์ (Situation Analysis Phase) ระยะปฏิบัติการ (Action Phase) และระยะประเมินผล (Evaluation Phase) ดังนี้

ระยะที่ 1 ประเมินสถานการณ์ เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเสี่ยง ปัญหาสุขภาพ ปัญหาด้านพฤติกรรม ความต้องการในกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ มี 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน(Plan)
2. การปฏิบัติ (Do)
3. การตรวจสอบ(Check)
4. การปรับปรุง แก้ไข (Act)

ระยะที่ 3 การประเมินผล โดยประเมินตามตัวแปรตามที่กำหนด และประเมินจากกระบวนการที่ได้จากการทดลองในการประเมินผลของกิจกรรม เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ระยะเวลา 8 สัปดาห์

1.7.2 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ ทั้งชนิดจำนวนมื้อของอาหาร และจำนวนแคลอรี ที่ควรได้รับในแต่ละวัน ที่เหมาะสมกับบุคคลที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม เช่น การส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ และเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล

1.7.3การออกกำลังกาย หมายถึง การส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทั้งทางด้านวิธีการออกกำลังกายและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายซึ่งแตกต่างกันไปตามความสามารถของแต่ละบุคคล โดยมีหลักว่าควรมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยครั้งละประมาณ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยมีระยะเวลาในการอุ่นเครื่องประมาณ 5-10 นาที ระยะเวลาออกกำลังกาย 30 นาที และระยะเวลาผ่อนคลายกล้ามเนื้ออีกประมาณ 5-10 นาที ซึ่งการออกกำลังกายนั้น ได้แก่ การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ แกว่งแขน แกว่งขา การเต้นแอโรบิก ซึ่งการเลือกออกกำลังกายขึ้นกับความถนัด ความชอบ และศักยภาพของแต่ละบุคคล รวมไปถึงกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่างๆ เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ การทำงานบ้าน การรดน้ำต้นไม้ เป็นต้น

1.7.4 ไขมันในเลือดผิดปกติ หมายถึง ผลการตรวจหาระดับไขมันในเลือดของกลุ่มตัวอย่างอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ หลังจากงดอาหารหรือเครื่องดื่มนาน 12 ชั่วโมง แล้วมีระดับโคเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) ตั้งแต่ 200 mg/dl

1.7.5 กลุ่มคลินิกโรคเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ในอำเภอปทุมราชวงศา ที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ระดับโคเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) ตั้งแต่ 200 -239 mg/dl มีโรคประจำตัว และเคยได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมัน แต่ควบคุมระดับไขมันเลือดสูงไม่ได้

1.7.6ความรู้ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด ชนิดของไขมันในเลือด เกณฑ์ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ อันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหากมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการควบคุมและป้องกันระดับไขมันในเลือดผิดปกติ

1.7.7 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ในการ ควบคุมตนเองในการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย ซึ่งเป็นแรงเสริมทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ประเมินจากคะแนนที่ได้ จากการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ชนิด Rating scale 5 ระดับ

1.7.8 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ตัวเพื่อ ควบคุมระดับไขมันในเลือด หมายถึง การรับรู้สิ่งขัดขวาง ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติตัว ในการควบคุมการบริโภคอาหาร และออกกำลังกาย ได้แก่ ขี้เกียจ ไม่มีเวลา ไม่เข้าใจ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สภาพอากาศ เป็นต้น ประเมินจากคะแนนที่ได้ จากการรับรู้ อุปสรรค ของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ชนิด Rating scale 5 ระดับ

1.7.9 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ซึ่งเป็นการบริหารจัดการ และกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรค และสภาวะต่างๆ ในการปฏิบัติตัวเพื่อ ควบคุมระดับไขมันในเลือด ซึ่ง หมายถึง การที่ผู้มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ รับรู้ มั่นใจว่า ตนเอง จะสามารถควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีความเชื่อว่าถ้าปฏิบัติตนตามนั้นแล้ว ตนเองจะสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ แม้จะอยู่ในเงื่อนไข ภายใต้อุปสรรคต่างๆ ประเมินจาก คะแนนที่ได้ จากการรับรู้ความสามารถตนเอง ของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ชนิด Rating scale 5 ระดับ

1.7.10 การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด หมายถึง การปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยง เพื่อ ควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ทั้งชนิดของอาหาร จำนวนมื้อที่รับประทาน และจำนวนพลังงานที่สมควรได้รับในแต่ละวันและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม และ สม่ำเสมอ เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ประเมินจากคะแนนที่ได้ จากการปฏิบัติตัวเพื่อ ควบคุมระดับไขมันในเลือด ชนิด Rating scale 5 ระดับ

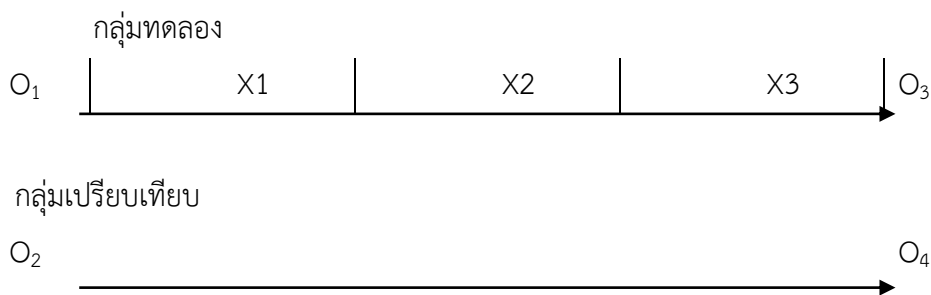
9. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (เฉพาะหัวข้อ)

- 9.1 ความรู้เกี่ยวกับระดับไขมันในเลือด
- 9.2 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)
- 9.3 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(Pender's Hcalth Promotion Model)
- 9.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 9.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

10. วิธีการดำเนินงาน

10.1 รูปแบบของการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและ หลังการทดลอง (Before – after two groups pretest - posttest design) รายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังแผนภาพ ประกอบ



ภาพประกอบ 3.1รูปแบบการวิจัย

- O₁ = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง
- O₂ = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ
- O₃ = การเก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
- O₄ = การเก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ
- X₁ = ให้ความรู้ อภิปราย วิเคราะห์ตนเอง สร้างแรงจูงใจ
- X₂ = สาธิต ฝึกปฏิบัติ เพิ่มความสามารถแห่งตน
- X₃ = สร้างความคาดหวัง ที่ตั้งใจเพื่อการควบคุมระดับไขมัน

10.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

10.2.1 ประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่น้อย อำเภอบุพราขวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ที่มีระดับไขมันในเลือดมากกว่า 200 mg/dl

10.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบ สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก Simple Random Sampling และใช้เกณฑ์คัดเข้าจำนวน 74 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยในคลินิก จำนวน 37 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเสี่ยงในตำบลสื่อ จำนวน 37 คนเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

10.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

10.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

10.3.1.1 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ประกอบด้วยแผนกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ดังนี้

ครั้งที่ 1 แผนการจัดกิจกรรมให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการลดระดับไขมันในเลือดแก่กลุ่มเสี่ยง เรื่อง “ความรู้เรื่องไขมันในเลือดและแรงจูงใจในการลดไขมันในเลือด” ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 แผนการจัดกิจกรรมสาธิต เมนูอาหาร และ ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย
เพิ่มความสามารถของตนเองในการลดไขมันในเลือด เรื่อง “เพิ่มความสามารถตนในการลดไขมัน” ระยะเวลา
3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 แผนการจัดกิจกรรมความตั้งใจของกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติพฤติกรรม เรื่อง “ตั้งใจลด
ระดับไขมันในเลือด” ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

10.3.1.2 คู่มือและ แนวทางการลดไขมันในเลือด

10.3.1.3 แบบบันทึกการปฏิบัติตนเพื่อลดระดับไขมันในเลือด ประกอบด้วยการบริโภคอาหาร
การมีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย

10.3.1.4 สื่อวีดิทัศน์ ความรู้เรื่องไขมันในเลือด เมนูอาหารสาธิต ตัวแบบบุคคล

10.3.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ
ระดับการศึกษา รายได้

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับไขมันในเลือด

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับไขมันในเลือด

ส่วนที่ 5 การรับรู้ในความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับไขมันในเลือด

ส่วนที่ 6 การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับไขมันในเลือด

10.3.3 การสร้างเครื่องมือและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษา ทฤษฎี เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการควบคุมระดับ
ไขมันในเลือด และ แนวคิด การส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดขอบเขตโครงสร้างเนื้อหา และทฤษฎีและครอบคลุมตาม
ประเด็นที่ต้องการแต่ละตัวแปรในการวิจัย และการออกแบบบันทึกกิจกรรม แผนการออกกำลังกาย และการ
รับประทานอาหาร แบบสอบถาม เพื่อประเมินข้อมูลสุขภาพเพื่อคัดเลือกเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 สร้างเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ และแบบประเมินความรู้ โดยศึกษาจาก
เอกสารตำราที่เกี่ยวข้อง

3.2 แบบประเมิน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ในความสามารถ
ของตนเอง ในการควบคุมระดับไขมันในเลือดและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย
การรับประทานอาหาร แบบประเมินระดับไขมันในเลือด โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจาก
เอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 4 เครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ เพื่อให้เครื่องมือมีความสมเหตุสมผลตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเข้าใจของภาษาที่ใช้ ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ความสอดคล้องของข้อความคำถามกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงก่อนนำไปทดสอบ

ขั้นตอนที่ 5 ทดสอบเครื่องมือดำเนินการวิจัย (Try out) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับไขมันสูง จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาที่ ตำบลลือ อำเภอบึงนารางง จ.พิจิตร แล้วนำมาปรับปรุงให้แบบสอบถามมีคุณภาพตามเกณฑ์

10.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. เตรียมแบบสอบถาม แบบบันทึก รายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน ตามกิจกรรม และการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย ให้กับ ทีมที่เกี่ยวข้อง

ขั้นดำเนินการวิจัย

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้
ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลโดย ข้อมูลที่เก็บรวบรวม 6 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด
ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับไขมันในเลือด
ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับไขมันในเลือด
ส่วนที่ 5 การรับรู้ในความสามารถตนเองในการควบคุมระดับไขมันในเลือด
ส่วนที่ 6 การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับไขมันในเลือด
- ระยะที่ 2 การประเมินผลหลังการทดลอง มี 6 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด
ส่วนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับไขมันในเลือด
ส่วนที่ 3 การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับไขมันในเลือด
ส่วนที่ 4 การรับรู้ในความสามารถตนเองในการควบคุมระดับไขมันในเลือด
ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับไขมันในเลือด
ส่วนที่ 6 ระดับไขมันในเลือด

10.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

10.7.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กรณี

10.7.1.1 ข้อมูลแจกแจงได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

10.7.1.2 ข้อมูลต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ค่าความดันโลหิต ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด

10.7.2 สถิติเชิงอนุมาน

10.7.2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง การทดลองในกลุ่มเดียวใน ประเด็นความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ในความสามารถของตนเอง ในการ การดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดและระดับไขมันในเลือด โดย สถิติวิเคราะห์ Paired Sample t – test

10.7.2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ ในประเด็นความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ในความสามารถของตนเองในการ การดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด และระดับไขมันในเลือด Independent Samples t – test

11. ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

11.4.1 ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือด การรับรู้ประโยชน์ ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมไขมันในเลือด

11.4.2 ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดการรับรู้ประโยชน์ รับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมไขมันในเลือด ระหว่างกลุ่ม กลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

11.4.3 ทำให้มีความรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด

11.4.4 ระดับไขมันในเลือด ของกลุ่มทดลอง ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง

12. ผลการศึกษา

12.1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 46-60 ปี (ร้อยละ 3.0) รองลงมา อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 21.6) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ อายุระหว่าง 46-60 ปี (ร้อยละ 54.1) รองลงมาอายุ 35-45 ปี (ร้อยละ 48.6)

2. เพศ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 75.7) และกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ เพศหญิง (ร้อยละ 67.6)

3. สถานภาพสมรส กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.4) รองลงมา มีสถานภาพสมรสหย่า หย่า หรือแยก (ร้อยละ 21.6) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 86.5) รองลงมาคือสถานภาพโสด (ร้อยละ 8.1)

4. ระดับการศึกษา กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 97.3) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.3)

5. อาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 67.6) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 18.9) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 45.9) รองลงมาคือค้าขาย (ร้อยละ 32.4)

6. รายได้ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 2,500-5,000 บาท (ร้อยละ 67.6) รองลงมา รายได้ น้อยกว่า 2,500 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 24.3) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 2,500-5,000 บาท (ร้อยละ 56.8) รองลงมา รายได้ มากกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 32.4)

7. ดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลอง เพศชายส่วนใหญ่ มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 55.6) รองลงมา อยู่ในเกณฑ์ท้วม (ร้อยละ 22.2) เพศหญิง ส่วนใหญ่ มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 60.7) รองลงมา อยู่ในเกณฑ์ท้วม (ร้อยละ 32.1) กลุ่มเปรียบเทียบ เพศชายส่วนใหญ่ มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 58.3) รองลงมา อยู่ในเกณฑ์ผอม (ร้อยละ 25.0) เพศหญิง ส่วนใหญ่ มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 68.0) รองลงมา อยู่ในเกณฑ์ท้วม (ร้อยละ 20.0)

8. เส้นรอบเอว กลุ่มทดลอง เพศชายส่วนใหญ่ มีรอบเอวน้อยกว่าและเท่ากับ 36 นิ้ว (ร้อยละ 88.8) รองลงมา รอบเอวมากกว่า 36 นิ้ว (ร้อยละ 11.1) เพศหญิง ส่วนใหญ่ มีรอบเอวน้อยกว่าและเท่ากับ 32 นิ้ว (ร้อยละ 75.0) รองลงมา รอบเอวมากกว่า 32 นิ้ว (ร้อยละ 25.0) กลุ่มเปรียบเทียบ เพศชายส่วนใหญ่ มีรอบเอวน้อยกว่าและเท่ากับ 36 นิ้ว (ร้อยละ 63.6) รองลงมา รอบเอวมากกว่า 36 นิ้ว (ร้อยละ 33.4) เพศหญิง ส่วนใหญ่ มีรอบเอวน้อยกว่าและเท่ากับ 32 นิ้ว (ร้อยละ 76.0) รองลงมา รอบเอวมากกว่า 32 นิ้ว (ร้อยละ 24.0)

9. ระดับไขมันในเลือด กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับไขมันในเลือด ระหว่าง 220 - 239 มก/ดล (ร้อยละ 62.2) รองลงมา ระดับไขมันในเลือดระหว่าง 200 - 219 มก/ดล (ร้อยละ 37.8) กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ มีระดับไขมันในเลือด ระหว่าง 220 - 239 มก/ดล (ร้อยละ 62.2) รองลงมา ระดับไขมันในเลือดระหว่าง 200 - 219 มก/ดล (ร้อยละ 37.8)

12.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง

การประเมินความรู้เกี่ยวกับไขมันในเส้นเลือด ในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับไขมันในเส้นเลือด เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่ตอบถูกต้อง 3 อันดับแรก คือ อาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงคือผักและปลา (ร้อยละ 97.3) รองลงมาคือ หลอดเลือดตีบเป็นภาวะแทรกซ้อนกับผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 94.6) และ ต้มจืดเต้าหู้เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้มีระดับไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 94.6) และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ เพศไม่ใช่ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือด (ร้อยละ 75.7) รองลงมาคือ การทำงานบ้าน ช่วยเผาผลาญพลังงานได้ (ร้อยละ 75.7) และ กรรมพันธุ์ ภาวะอ้วน และอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยที่ทำให้ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 78.4)

กลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับไขมันในเส้นเลือด เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่ตอบถูกต้อง 3 อันดับแรก คือระดับไขมันในเลือดสูงส่งผลให้เกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 97.3) รองลงมาคือ อาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงคือผักและปลา (ร้อยละ 94.3) และต้มจืดเต้าหู้เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้มีระดับไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 91.9) และตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ เพศไม่ใช่ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือด (ร้อยละ 13.5) รองลงมาคือ อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้มีไขมันในเลือดสูง เช่น ห่อหมกและแกงป่า (ร้อยละ 40.0) และผลของการออกกำลังกายที่ถูกต้องทำให้ระดับไขมันในเลือดลดลง รูปร่างดี สมส่วน ร่างกายแข็งแรง (ร้อยละ 51.4)

12.3 ระดับคะแนนเฉลี่ย หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1. ความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด กลุ่มทดลองมีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.9) มากที่สุด และรองลงมา มีความรู้ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 8.1)

กลุ่มเปรียบเทียบ มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.9) มากที่สุด รองลงมา มีความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 29.7) และมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 24.3)

2. การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับไขมันในเลือด กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ในระดับสูงทั้งหมด (ร้อยละ 100)

กลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง มีระดับการรับรู้ระดับสูง (ร้อยละ 70.3) รองลงมา มีการรับรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 29.7)

3. การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับไขมันในเลือด กลุ่มทดลองมีระดับอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.4) และรองลงมา มีการรับรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 48.6)

กลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง มีระดับอุปสรรคปานกลาง (ร้อยละ 78.4) รองลงมา ระดับต่ำและสูงเท่ากัน (ร้อยละ 10.8)

4. การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับไขมันในเลือด กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 59.5) และรองลงมา มีระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.5)

กลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง มีการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.3)
รองลงมา มีระดับสูง (ร้อยละ 29.7)

5. การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับไขมันในเลือด กลุ่มทดลองมีระดับการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 86.5) และรองลงมา มีการปฏิบัติตัวระดับปานกลาง (ร้อยละ 13.5)

กลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง มีระดับการปฏิบัติตัวระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.6)
รองลงมา มีการปฏิบัติตัวระดับสูง (ร้อยละ 32.4)

6. การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับไขมันในเลือด กลุ่มทดลองมีระดับไขมันในเลือด < 200 มก% (ร้อยละ 54.1) และรองลงมา มีระดับไขมันในเลือดระหว่าง 200 – 239 มก% (ร้อยละ 43.5) และมีระดับไขมันในเลือด < 200 มก% (ร้อยละ 54.1)

กลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง มีระดับไขมันในเลือดระหว่าง 200 – 239 มก% (ร้อยละ 97.3) รองลงมา มีระดับไขมันในเลือด < 200 มก% (ร้อยละ 2.7)

13. สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย สรุปผลได้ ดังนี้

13.1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูล อายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุในช่วงระหว่าง 46 – 60 ปี เพศหญิงมากกว่าเพศชาย สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ สถานภาพคู่ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ เป็นระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,500 – 5,000 บาท ดัชนีมวลกาย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 18.50 -24.99 กก/ตร.ม. ซึ่งเป็นระดับปกติ

13.2 ด้านความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 91.9) และความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 8.1) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 45.9) และมีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 29.7) และพบว่าการประเมินความรู้เกี่ยวกับการควบคุมไขมันในเลือดในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมไขมันในเลือด โดยมีความรู้มากที่สุด 3 อันดับแรกในเรื่อง 1) อาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง คือ ผัก ปลา 2) หลอดเลือดตีบเป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง และ ต้มจืดเต้าหู้ เป็นอาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง 3) การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอในผู้ใหญ่ ควรใช้เวลา 6-8 ชั่วโมง / วัน และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ 1) เพศไม่ใช่ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือด 2) การทำงานบ้าน ช่วยเผาผลาญพลังงานได้ และ 3) กรรมพันธุ์ ภาวะอ้วน และอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยที่ทำให้ไขมันในเลือดสูง

13.3 ด้าน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มี การรับรู้ประโยชน์ สูงกว่าก่อนการและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) พบว่า ภายหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ประโยชน์สูงทั้งหมด (ร้อยละ 100) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.3) รองลงมา มีการรับรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 29.7)

13.4 ด้าน อุปสรรคของการปฏิบัติตัว ด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มี อุปสรรค น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) พบว่า อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.4) และรองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 48.6) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.4) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 10.8) และอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 10.8)

13.5 ด้านการรับรู้ในความสามารถของตนเอง ในการควบคุมระดับไขมันในเลือด ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ในความสามารถของตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความคาดหวังอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 59.5) และรองลงมา มีความคาดหวังระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.5) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับความคาดหวังระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.3) รองลงมา มีความคาดหวังระดับสูง (ร้อยละ 29.7)

13.6 ด้านการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับไขมันในเลือด ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับไขมันในเลือด สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 86.5) และรองลงมา มีการปฏิบัติตัวระดับปานกลาง (ร้อยละ 13.5) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับการปฏิบัติตัวระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.6) รองลงมา มีการปฏิบัติตนระดับสูง (ร้อยละ 32.4)

13.7 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีระดับไขมันในเลือดชนิดโคเลสเตอรอล เฉลี่ยน้อยกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และน้อยกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับไขมันในเลือด < 200 มก% (ร้อยละ 54.1) และรองลงมา มีระดับไขมันในเลือดระหว่าง $200 - 239$ มก% (ร้อยละ 43.2) และมีระดับไขมันในเลือด ≥ 200 มก% (ร้อยละ 2.7) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับไขมันในเลือดระหว่าง $200 - 239$ มก% (ร้อยละ 97.3) รองลงมา มีระดับไขมันในเลือด < 200 มก% (ร้อยละ 2.7)

14 .อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม มีการมีความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด การรับรู้ประโยชน์ ความสามารถของตนเอง การปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ เนื่องจากโปรแกรมการควบคุมระดับไขมันในเลือด เน้นการตระหนักรู้ประโยชน์ของการควบคุมไขมันในเลือด มีวิธีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์พฤติกรรมตนเองว่าอะไร คืออุปสรรค ในการควบคุมไขมันในเลือด ร่วมกับการค้นหาแนวทางลดอุปสรรค ต่อการปฏิบัติตนในเรื่องการบริโภคอาหาร และ การออกกำลังกายทำให้ผู้ร่วมกิจกรรม เกิดการรับรู้ประโยชน์

และอุปสรรคในการควบคุมไขมันในเลือด มีการฝึกประเมินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการสาธิต และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ทำให้กลุ่มทดลองเพิ่มความสามารถในตนเอง และตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสนับสนุนแบบแผนส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ รับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ รับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความมุ่งมั่นต่อแผนปฏิบัติและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ คือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

สมมติฐาน ข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือด การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ในความสามารถของตนเองในการ บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมไขมันในเลือด ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

1. ความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด มีความรู้สูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และสอดคล้องกับการศึกษาของ คณิสันท์ ภูระหงษ์ (2549) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีองค์การเรียนรู้ร่วมกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือดสูงกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของ อาภาพร พัววิไล และคณะ (2554). พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม พัฒนาสุขภาพมีระดับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือด ดีวก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ในความสามารถของตน ในการควบคุมระดับไขมันในเลือด หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด มีการรับรู้ประโยชน์ สูงวก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และสอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร อ่อนอภัย (2551) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ดีกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. การปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด มีการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด สูงวก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพฑูรย์ ดารา (2551) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการพัฒนาความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ กิจกรรมทางด้านร่างกาย สูงวก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สมมติฐาน ข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยด้าน ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือด การรับรู้ประโยชน์

การรับรู้ในความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมไขมันในเลือด ระหว่างกลุ่ม กลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1. ความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด มีความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และสอดคล้องกับการศึกษาของกษพร อ่อนอภัย (2551) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

2. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ในความสามารถของตน ในการควบคุมระดับไขมันในเลือด หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด มีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และสอดคล้องกับการศึกษาของ กษกร อ่อนอภัย (2551) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. การปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด มีการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และสอดคล้องกับการศึกษาของเปรมใจ สุขศิริ (2552) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม การประยุกต์แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการลดภาวะไขมันในเลือดของกำลังพล กองทัพเรือ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเข้าร่วมกิจกรรม การออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร ดีกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ สุทธิ (2553) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยในด้าน ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจร การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถตนเอง ทักษะ และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจร สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สมมติฐานข้อที่ 3 คะแนนเฉลี่ยด้าน อุปสรรคในการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ของกลุ่ม ทดลอง หลังการทดลอง ลดลงก่อนการทดลอง และ ลดลงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ

ด้านอุปสรรค ในการปฏิบัติตัว ด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด พบว่า อุปสรรค ลดลงกว่า ก่อนการทดลอง และลดลงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมใจ สุขศิริ (2552) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม การประยุกต์แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการลดภาวะไขมันในเลือดของกำลังพล กองทัพเรือ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอุปสรรค ด้าน การออก

กำลังกาย การบริโภคอาหาร น้อยกว่า ก่อนทดลอง และน้อยกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สมมติฐานข้อที่ 4 ระดับไขมันในเลือด ของกลุ่มทดลอง ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

ระดับไขมันในเลือด หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด พบว่า ระดับไขมันชนิด โคเลสเตอรอลรวมลดลงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 และสอดคล้องกับการศึกษาของเปรมใจ สุขศิริ (2552) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม การประยุกต์แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการลดภาวะไขมันในเลือดของกำลังพล กองทัพเรือ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มี ระดับไขมัน ชนิดโคเลสเตอรอลรวม น้อยกว่า ก่อนทดลอง และน้อยกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนระดับไขมันในเลือด กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มีระดับไขมันในเลือดเฉลี่ยน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเนื่องมาจาก พื้นที่ในการทดลอง เป็นเขตติดต่อกับเขตเมือง มีความเจริญด้านการคมนาคมที่สะดวก สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย ทำให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพิ่มขึ้น และปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับไขมันในเลือด เป็นผลให้ระดับไขมันในเลือดลดลง

15. ข้อเสนอแนะ

15.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ใน ด้านความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด ด้านการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค ความสามารถของตนเอง การปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ทำให้ระดับไขมันในเลือดลดลง ภายหลังการทดลอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ เช่น การติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง การให้กลุ่มตัวอย่างมารวมกลุ่มกันเพื่อ แลกเปลี่ยน ความคิด และประสบการณ์ การสนับสนุนสื่อ หรือ ความรู้ใหม่ ๆ ให้กับกลุ่มตัวอย่าง และมีการติดตามเป็นระยะ ด้วย

15.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

15.2.1 ควรมี การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ของบุคคลที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาลดไขมันในเลือด กับกลุ่มที่รักษาทางเลือก

15.2.2 ควรมีการพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพ ที่หลากหลาย โดยอาจเพิ่มการมีส่วนร่วม หรือ แรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน เพื่อติดตาม เยี่ยม และกระตุ้นเตือน

15.3.3 ควรนำแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้ ไปศึกษาในบุคคล หรือ กลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อรัง

อ้างอิง

- กขพร อ่อนอภัย. (2551). การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: ม.ป.พ.
- กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกับการรู้คิดของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสาธารณสุขเขต 2 สระบุรี. นนทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- คณิสันท์ ภูระหงษ์. (2549). ผลการส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีองค์การแห่งการเรียนรู้ เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ในชุมชนพัฒนาวิฑูรย์ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2532). การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพขอผู้ป่วยที่ว็บซ้อนกับการวิจัยทางการแพทย์. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 11, 42-48.
- จิราพร ทองดี. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬารณณ์ โสตะ. (2543). การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- _____. (2546). กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนิดา มิ่งมูล. (2552). การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ในผู้ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์อนามัยที่ 7. อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ 7
- ชัยนันต์ บุตรกาล. (2552). ผลของการฝึกอบรมแบบกลุ่ม ร่วมกับ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ของแกนนำนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอ尼คมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชูศักดิ์ คุปตานนท์. (2551). ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ดึงเครือข่ายภาคประชาชนร่วมให้บริการ. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- ธนพร บึงมูม. (2552). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ในบุคลากรที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธิดารัตน์ ทรายทอง. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพล สถานการณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล ความ

มุ่งเน้นต่อการออกกำลังกาย จังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภัสสร ความู้ง. (2549). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประเวศ วะสี. (2541). บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ ชีวิต และสังคม. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน

ปรียา ลิ้มกุลและ คณะ. (2548). หยุดยั้งโคเลสเตอรอล หัวใจไม่พัง : ลดโคเลสเตอรอลด้วยอาหาร. ธรรมศาสตร์ เวชสาร, 15, มกราคม – เมษายน.

เปรมใจ สุขศิริ. (2552). การประยุกต์แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในการลดภาวะไขมันในเลือดของกำลังพล กองทัพเรือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรทิพย์ โลเลขา. (2538). ไลโปโปรตีนและภาวะหลอดเลือดแข็ง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.

พึงใจ งามอุโฆษ และ คณะ. (2545). แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด. สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. 4, 15-20.

_____. (2550). แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด. [ออนไลน์]
ได้จาก: [http:// www.rept.org/rept_office/images_upload](http://www.rept.org/rept_office/images_upload/news/149/files/lipidguideline.pdf.html)
[/news/149/files/lipidguideline.pdf.html](http://www.rept.org/rept_office/images_upload/news/149/files/lipidguideline.pdf.html). [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2552].

ไพฑูรย์ ดารา. (2551). โปรแกรมการพัฒนาคำรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ภัทริดา เอกบรรณสิงห์.(2550). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกำลังพล กองทัพบกตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุจิรา สัมมสุต. (2541). หลักการปฏิบัติด้านโภชนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พรการพิมพ์.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2536). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

วรรษารอง เทพพิพิธ. (2547). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศุภชัย จันทร์คำ. (2548). โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยความหนักของงานแบบเบาและแบบหนัก

- สลับเบาที่มีผลต่อเปอร์เซ็นต์ของไขมันในร่างกายและน้ำหนักตัว. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2548). โคเลสเตอรอล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สมชาย พัฒนอาจกุล. (2548). Update Management of dylipidemia. ใน *pitfallr in internal
Medicine* :
- การอบรมระยะสั้น อายุรศาสตร์เวชปฏิบัติ ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- สิริพร บุรพาเดชะ. (2547). ภาวะโคเลสเตอรอลสูงในโลหิตและการรักษา. เชียงใหม่:
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุกัญญา ไผทโสภณ. (2548). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด
อุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภัทร ชูประดิษฐ์. (2549). พฤติกรรมสุขภาพ. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ. (2553). สรุปข้อมูลการตรวจสุขภาพประชาชน อายุ 35-60 ปี
จาก โปรแกรม Health Check. อุบลราชธานี: ม.ป.พ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2549). สถานการณ์โรคหัวใจและ
หลอดเลือด ปี 2546. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- อภิชาติ สுகนธสรพ. (2545). การวินิจฉัยและการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. ใน *Heart
:CadiacDiagnosis and Treatment*. กรุงเทพฯ: อเคนติตี้กรุ๊ป.
- อรวมน ศรียุกตศุทธ. (2546). การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*,
2(21),8-18.
- อรอนงค์ สุทธิ. (2553). การประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ร่วมกับ
กระบวนการกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจราจรของนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษา ปีที่ 4 โรงเรียนบุญทริกวิทยาการ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี .
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อำภพร พัววิไล. (2554). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และ
สถานะสุขภาพของบุคลากรที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย
มหาวิทยาลัยรังสิต.
- Fritsch, M.A. Montpellier & C. Kussman. (2009). *Worksite Wellness a Cholesterol awanreness
Program*. S.l.: n.d.
- National Cholesterol Education Program. (2004). *Third Report of the Expert Panel on
Detection,
Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adults Treatment
Panel*

///). [Online]. Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/index.htm>.

[accessed 19 August 2010].

National Institute of Health. U.S. (2010). *Department of Health and Human Services*.

[Online]. Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/> [accessed 3 October, 2010].

Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2 nd ed. U.S.A.: Appleton and Lange.

———. *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk : Appleton_Century Crofts, 1987 b.

Pender, NJ, C.L Murdaugh & M.A. Parson. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*.

Norwalk.CT: Appleton & Lange.

Stanley, Lemeshow. (1990). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. S.l.: n.d.