

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันแนวโน้มปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไป โดยพบว่าการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคเรื้อรัง ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่กำลังพัฒนา มีการเปลี่ยนแปลงจากระบบเกษตรกรรมเข้าสู่ระบบอุตสาหกรรม มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมากขึ้น ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงไป (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543; สมชาย ลีทองอิน, 2545; เขียวภา ปิ่นทุพันธ์, 2546; กรุณี ขวัญบุญจัน และปณต มิกะเสน, 2547) มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้น เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย และมีความเครียด ขาดการพักผ่อน เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวล้วนเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกายและมีความเครียด ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Wong, Black, & Gardin, 2000; NCEP ATP III, 2001; Aree et al., 2002; AAO, 2003; Smeltzer & Bare, 2004; Zhiyan et al., 2005; วิชัย คันทน์ไพจิตร และคณะ, 2541; พิงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545; อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และศรีณ วรรณประเสริฐ, 2546; มนต์ชัย ชาลาประวรัตน์, 2546; ทศนีย์ ไถ่หนู, 2547) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ตามมา

จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2534-2535 พบว่า มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีระดับโคเลสเตอรอลรวมมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 11.3 และจากการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ.2539-2540 พบว่า มีประชากรอายุ 13-9 ปี ที่มีระดับโคเลสเตอรอลรวม 200-299 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พบร้อยละ 34.4 และที่มีระดับโคเลสเตอรอลรวมมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 1.4 (รวมประชากรที่มีระดับโคเลสเตอรอลรวมมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สูงถึงร้อยละ 35.5) จะเห็นได้ว่าประชากรไทยมีแนวโน้มของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่เพิ่มมากขึ้น (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, 2541)

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ กล่าวคือ มีระดับโคเลสเตอรอลรวม ระดับไตรกลีเซอไรด์ ระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลเพิ่มสูงขึ้น และมีระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลลดลง ซึ่งพบว่า ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุโดยตรงที่จะนำไปสู่โรคภัยไข้เจ็บอีกหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาต โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นสาเหตุโดยอ้อมและมีสัมพันธ์กับอีกบางโรค และส่งผลทำให้โรคเหล่านี้ควบคุมได้ยากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังทั้งสิ้น เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคไต โรคเอสแอลอี เป็นต้น (บรรจบ ชุนทสวัสดิกุล, 2544)

จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ นอกจากจะทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ดังกล่าว การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายยังส่งผลต่อด้านจิตใจ สังคม อารมณ์ และเศรษฐกิจตามมาด้วย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2542; สมจิต หนูเจริญกุล, 2542; 2546; จารุวรรณ มโนสุการ, 2544; Lubkin, 1990) โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ จากการประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพบว่าค่ายาที่ใช้รักษาภาวะไขมัน

ในเลือดผิดปกตินั้นมีราคาสูงถึง 10,800 บาทต่อคนต่อปี ในประเทศไทยขณะนี้ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 50 ของประชากรในเมือง เท่ากับ 12 ล้านคน ถ้าทุกคนที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติต้องกินยาหมดทุกคน จะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการซื้อยาลดไขมันสูงถึง 129,600 ล้านบาทต่อปี เงินจำนวนนี้มากกว่าจำนวนงบประมาณทั้งหมดที่รัฐบาลคิดจะทุ่มให้กับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคทั่วประเทศ ซึ่งคาดไว้เพียง 72,000 ล้านบาทเท่านั้น (บรรจบ ชุณหสวัศกุล, 2544) นับว่าเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นอย่างยิ่ง และในขณะเดียวกันก็ยังมีคนอื่นอีกเป็นจำนวนมากที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แต่ไม่รู้ตัว หรือปล่อยตัวโดยไม่ได้รับการรักษาแต่อย่างใด บุคคลเหล่านี้ ซึ่งเป็นทรัพยากรของประเทศ ถ้าหากจะต้องเจ็บป่วยและเสียชีวิตไปก่อนเวลาอันควรด้วยโรคหัวใจ โรคอัมพาต หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ แล้ว ย่อมจะนำมาซึ่งความสูญเสียและส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลอีกด้วย

บุคลากรโรงพยาบาลก็เช่นกัน นับว่าเป็นทรัพยากรบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญ ถ้าหากบุคลากรโรงพยาบาลเกิดการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต ย่อมจะทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรที่มีความสำคัญไป จึงนับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งที่บุคลากรกลุ่มนี้จะต้องหันมาให้ความสนใจและส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง โดยเฉพาะบุคลากรที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ก็เป็นอีกโรงพยาบาลหนึ่งที่บุคลากรโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากถึง 2,432 คน จากการตรวจสุขภาพประจำปี ในผู้ที่มาตรวจสุขภาพที่มีอายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 1,027 คน พบว่าผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติถึง 399 คน หรือร้อยละ 38.85 ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ที่ได้รับยาลดไขมันในเลือดถึง 122 คน หรือร้อยละ 30.57 ถ้าหากคิดประมาณราคายาที่ใช้ในการรักษาบุคลากรกลุ่มนี้คร่าวๆ ก็พบว่าสูงถึง 1,317,600 บาทต่อปี และอีก 277 คน หรือร้อยละ 69.42 เป็นผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติแต่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยา หากไม่ได้รับการแก้ไข ป้องกัน อาจมีแนวโน้มของไขมันในเลือดสูงจนต้องได้รับการรักษาด้วยยา ถ้าคิดเป็นค่าขาดต้องเสียเงินอีกกว่า 2 ล้านบาทต่อปี ในจำนวนผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติทั้งหมดนี้ แยกเป็นบุคลากรที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจำนวน 134 คน หรือร้อยละ 33.58 (ได้รับยาลดไขมันจำนวน 32 คน หรือร้อยละ 23.88, ยังไม่ได้รับยาลดไขมันจำนวน 102 คน หรือร้อยละ 76.11) และบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจำนวน 265 คน หรือร้อยละ 66.42 (ได้รับยาลดไขมันจำนวน 90 คน หรือร้อยละ 33.96, ยังไม่ได้รับยาลดไขมันจำนวน 175 คน หรือร้อยละ 66.03) จากผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และยังไม่ได้รับยาลดไขมันในเลือดจำนวน 175 คน พบว่าระดับไขมันในเลือดที่มีค่าผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ ระดับแอลดีแอลสูงผิดปกติจำนวน 102 คน หรือร้อยละ 63.53 รองลงมาคือ ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงผิดปกติจำนวน 27 คน หรือร้อยละ 15.42 ระดับโคเลสเตอรอลและแอลดีแอลสูงผิดปกติจำนวน 25 คน หรือร้อยละ 14.28 ระดับไตรกลีเซอไรด์และแอลดีแอลสูงผิดปกติจำนวน 10 คน หรือร้อยละ 5.71 ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์และแอลดีแอลสูงผิดปกติจำนวน 6 คน หรือร้อยละ 3.42 ระดับโคเลสเตอรอลสูงผิดปกติจำนวน 2 คน หรือร้อยละ 1.14 ระดับโคเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์, แอลดีแอลสูงผิดปกติ และระดับเอชดีแอลต่ำผิดปกติจำนวน 2 คน หรือร้อยละ 1.14 และระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงผิดปกติจำนวน 1 คน หรือร้อยละ 0.57 ตามลำดับ (ข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ.2547 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี)

จากการสัมภาษณ์บุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจำนวน 10 ราย พบว่า ปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกตินั้นสรุปได้ 3 ประเด็น ดังนี้คือ 1) พฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง บริโภคอาหารจานด่วนหรืออาหารฟาสต์ฟู้ด การบริโภคอาหารที่มีอนุโมลิอิสระสูง เช่น อาหารประเภทปิ้งย่าง ทอด จนไหม้เกรียม เป็นต้น 2) สภาพการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล บางคนต้องนั่งอยู่กับที่

เกือบตลอดเวลา ทำให้ไม่มีกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยลง และจากความเร่งรีบในการทำงาน ไม่มีเวลา ทำให้ขาดการออกกำลังกาย และ 3) จากการปฏิบัติงานและสภาพการทำงานที่เร่งรีบ เคร่งเครียด การที่ต้องให้บริการประชาชนเป็นจำนวนมาก และปริมาณงานที่มาก ทำให้บุคคล มีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ทราบถึงภาวะเจ็บป่วยต่างๆ ที่อาจตามมาจากการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แต่ก็ไม่ได้ตระหนักถึงคุณค่าของการปรับพฤติกรรมหรือให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเท่าที่ควร และนอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะคิดว่าตนเองอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพ ถ้าหากเกิดการเจ็บป่วยก็สามารถที่จะไปหาแพทย์และรักษาได้ด้วยยา จากการที่บุคคล ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองหรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม คิดพึ่งพาการรักษาจากแพทย์และการรักษาด้วยยาเป็นส่วนใหญ่นี้ ย่อมจะส่งผลเสียให้เกิดกับบุคคลเหล่านั้นได้ เพราะการรักษาด้วยยานั้นถึงแม้ว่าจะสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ก็จริง แต่โอกาสที่บุคคลเหล่านั้นจะกลับมามีระดับไขมันในเลือดผิดปกติซ้ำก็มิได้เช่นเดียวกัน หากยังคงมีพฤติกรรมเดิมๆ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าบุคลากรเหล่านี้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องหาแนวทางหรือวิธีการในการที่จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ตามมา

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสามารถควบคุมได้โดย 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การลดน้ำหนักตัว 4) การงดสูบบุหรี่ 5) การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด เมื่อใช้การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายแล้วระดับไขมันยังคงสูงอยู่ (NCEP, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาและงานวิจัยต่างๆ มากมาย ที่สนับสนุนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Keys & Parlin, 1966; Posner et al, 1991; Woodard & Limacher, 1993; Hunninghake, 1994; Denke, 1994; Frank, et al., 1997; Betteridge, & Morrell, 1998; Sikand, Etherton, & Frank, 2000; Illingworth, 2000; Hooper et al, 2001; Aree et al., 2002; Krummel, 2004; ชิดารัตน์ วิเศษจินดาวัฒน์, 2539; ทักษิณา ธัญญาหาร, 2540; จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์, 2548; ปรีชา ลิ้มกุล และคณะ, 2548) การออกกำลังกาย (Stefanick et al, 1998; Thomas & LaFontaine, 1998; Wong, & Bassin, 2000; ACSM, 1998; Tanasescu et al, 2002; Smeltzer, & Bare, 2004; คำรง กิจกุล, 2534; ยุธิพรรณ ชัยได้สุข, 2539; นพวรรณ อัสวรัตน์ และนายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2544; ภัทรารุณ อินทรกำแหง, 2547) สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ นอกจากวิธีการควบคุมดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น การควบคุมปัจจัยเสี่ยงอีกตัวหนึ่งที่มีส่วนช่วยในการลดระดับไขมันในเลือดได้ ก็คือการจัดการกับความเครียด ถ้าบุคคลสามารถหลีกเลี่ยงหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวนี้ ก็จะลดระดับไขมันในเลือดได้ (บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล, 2544) ซึ่งสามารถลดอัตราการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ (กรมสุขภาพจิต, 2543) อีกทั้งยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ที่เน้นให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพของตนเอง อันเป็นพื้นฐานของการมีภาวะสุขภาพที่ดี (คณะกรรมการจัดทำแผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข, 2544) ซึ่งแนวทางในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดระดับไขมันในเลือดที่มีเป็นจำนวนมากได้นี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลจะต้องมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด เพราะถ้าหากบุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากที่ไม่เหมาะสมไปเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ย่อมจะส่งผลดีต่อทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีได้

แต่ที่ผ่านมามีปัญหาหรือความล้มเหลวของการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตก็คือ การไม่สามารถคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากบุคคลมีการรับรู้แต่ไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม (สุปรียา ดันสกุล, 2544; สติธร เทพระการพร, 2545) ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้บุคลากรมีภาวะสุขภาพที่ดี มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องได้นั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพนเดอร์ (Pender, 2002) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตได้นั้นเป็นผลมาจากโมทัศน์ 3 ด้าน คือ ด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ซึ่งมีความสำคัญในการจูงใจและเป็นแกนสำคัญสำหรับบุคคลที่จะนำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยปัจจัยย่อยๆ 6 ปัจจัยคือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์ และด้านผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ประกอบด้วย การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด และการตัดสินใจในช่วงเวลานั้นที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรกระทำ กับพฤติกรรมที่ชื่นชอบ โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเป้าหมายสุดท้ายของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านโภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมเหล่านี้มีความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เพราะถ้าบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ก็จะทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีตลอดช่วงชีวิต

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้นำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาใช้ในการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางมากมายในบุคคลทั่วไปและบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้สูงอายุ กลุ่มพยาบาลสตรี กลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล (จิราพร ทองดี, 2547; ภัทรจิต นิลราช, 2546; อารักขา ไชยธรรม, 2545; สมจิตร สมหวัง, 2545; สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์, 2541; สุกัญญา ไพทโสภณ, 2540; Shin, Yun, Pender, & Jang, 2005; Kerr, Lusk, & Ronis, 2002; Palank, 1991; Pender, Walker, Sechrist, & Stromborg, 1990; Waller, Crow, Sands, & Becker, 1988) พบว่าโมทัศน์ด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม เป็นตัวที่ทำนายและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้เป็นอย่างดี ในส่วนของปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีผู้ศึกษาวิจัยมากมายในบุคคลกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (มยุรี นิรัตธราคร, 2539; กาญจนา เกษกาญจน์, 2541; ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านนี้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ ซึ่งเพนเดอร์กล่าวถึงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมว่า การที่บุคคลจะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้น บุคคลมักจะคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น ประโยชน์นั้นมีทั้งประโยชน์ภายในและประโยชน์ภายนอก การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคคลเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจะมีอิทธิพลโดยตรงคือเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และโดยอ้อมโดยผ่านการตกลงใจที่จะปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยกำหนดความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามพันธสัญญาเพื่อการวางแผนการกระทำพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดประโยชน์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงวิธีการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) ในส่วนของมโนทัศน์ด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมเลือกปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และเน้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด โดยมุ่งหวังว่าเมื่อบุคคลได้รับความรู้ตาม โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแล้วบุคคลจะมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น และมีระดับไขมันในเลือดคือโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ แอลดีแอลโคเลสเตอรอลลดลง และเอชดีแอลโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น ทั้งนี้จะเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนต่อไป

2. คำถามการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติหรือไม่ อย่างไร

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

3.2 เพื่อเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 บุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจะมีค่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

4.2 บุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจะมีระดับไขมันในเลือด คือ ระดับโคเลสเตอรอลรวม ระดับไตรกลีเซอไรด์ ระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลลดลงจากเดิม และระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้นจากเดิม

5. ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ทำการศึกษาในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ไม่ใช่บุคลากรที่ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ ที่มีอายุอยู่ในช่วง 35-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบเผาผลาญ ระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ โรค

ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติและยังไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันในเลือด ทำการศึกษาในระหว่างวันที่ 24 เมษายน พ.ศ.2549 ถึง วันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ.2549 โดยผู้วิจัยทำการประเมินโดยใช้ แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2002)

6. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

6.1 บุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia)

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง บุคลากรที่มีภาวะโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และแอลดีแอลโคเลสเตอรอล ในเลือดผิดปกติ หรือสูงอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นไป โดยบุคคลจะมีระดับไขมันในเลือดต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม (NCEP ATP III, 2001; พิงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545) ดังนี้

1. ระดับโคเลสเตอรอล (Total Cholesterol, TC) ในเลือดสูงมากกว่า 200 mg/dL
2. ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride, TG) ในเลือดสูงมากกว่า 150 mg/dL
3. ระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (Low Density Lipoprotein-Cholesterol, LDL-C) ในเลือดสูงมากกว่า 130 mg/dL
4. ระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอล (High Density Lipoprotein-Cholesterol, HDL-C) ในเลือดน้อยกว่า 40 mg/dL

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด อุบลราชธานี ยกเว้นแพทย์ เกสเซอร์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ ที่ร่างกายมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ คือมีระดับ โคเลสเตอรอล (Total Cholesterol, TC) ในเลือดสูงกว่า 200 mg/dL, และ/หรือระดับ Low Density Lipoprotein-Cholesterol (LDL-C) ในเลือดสูงกว่า 130 mg/dL, ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดสูงกว่า 150 mg/dL และ/หรือระดับ High Density Lipoprotein-Cholesterol (HDL-C) ในเลือดน้อยกว่า 40 mg/dL และยังไม่ได้ได้รับการ รักษาด้วยยาลดไขมันในเลือด

6.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงสุขภาพที่ดีและเป็น พฤติกรรมที่มุ่งจะเพิ่มศักยภาพของบุคคลด้านบวก อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติ จนเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพและเพิ่มพูน ความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งจะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข (Pender, 1996 ; 2002) โดยพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพนี้ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ดังนี้คือ

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) คือการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง โดยการ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การไปตรวจ ตามแพทย์นัด และการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพเมื่อจำเป็น รวมทั้งการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง
2. การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย (Physical Activity) คือแบบแผนการออกกำลังกาย ทั้ง ทางด้านวิธีการออกกำลังกายและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย หรือการปฏิบัติกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว ส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อเสริมสร้างและฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย

3. พฤติกรรมด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัย และแบบแผนในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค
4. การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Interpersonal Relations) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถและวิธีการในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อทำให้เกิดความพึงพอใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
6. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นการกระทำเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียด การพักผ่อนอย่างเพียงพอ

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กิจกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ การส่งเสริมให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและไม่เหมาะสม โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติหรือลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันนั้นก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านโภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งค่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (HPLP II : Health-Promoting Lifestyle Profile II) (Pender, 2002)

6.3 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีภาวะไข้มันในเลือดผิดปกติ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านโภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีภาวะไข้มันในเลือดผิดปกติ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) โดยเน้นพฤติกรรม 3 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด สำหรับบุคคลที่มีภาวะไข้มันในเลือดผิดปกติ โดยสื่อที่ใช้ประกอบ คือ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีภาวะไข้มันในเลือดผิดปกติ ในเรื่องพฤติกรรมด้านโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด รายละเอียดแต่ละพฤติกรรมมีดังนี้คือ

พฤติกรรมด้านโภชนาการ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ ทั้งระดับ ชนิด จำนวนมื้อของอาหาร และจำนวนแคลอรีที่ควรได้รับในแต่ละวัน ที่เหมาะสมกับบุคคลที่มีภาวะไข้มันในเลือดผิดปกติ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เช่น การส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ และเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล โดยยึดตามหลักของ NCEP และดัดแปลงจากโปรแกรมโภชนบำบัดของปรียา ลิพทกุล (2548)

การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย คือ การส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทั้งทางด้านวิธีการออกกำลังกายและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ซึ่งแตกต่างกันไปตามความสามารถของแต่ละบุคคล โดยมีหลักว่าควรมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยครั้งละประมาณ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยมีระยะเวลาในการอุ่นเครื่องประมาณ

5-10 นาที ระยะออกกำลังกาย 30 นาที และระยะผ่อนคลายกล้ามเนื้ออีกประมาณ 5-10 นาที ซึ่งการออกกำลังกายนั้นเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะๆ แกว่งแขน-แกว่งขา การเดินแอโรบิก รวมไปถึงการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่างๆ เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ การทำงานบ้าน การรดน้ำต้นไม้ เป็นต้น โดยวิธีการออกกำลังกายที่เลือกใช้ คือ การเดินเร็ว (Pender, 2002; ACSM, 1998)

การจัดการกับความเครียด คือ วิธีการที่บุคคลที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีวิธีการที่จะจัดการ เชนิญและผ่อนคลายความเครียดโดยวิธีการต่างๆ อย่างเหมาะสม เช่น การทำสมาธิ การกำหนดลมหายใจ และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การปรึกษา/พูดคุยกับผู้อื่น เป็นต้น วิธีที่เลือกใช้ คือ การผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ ของกรมสุขภาพจิต (2546)

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

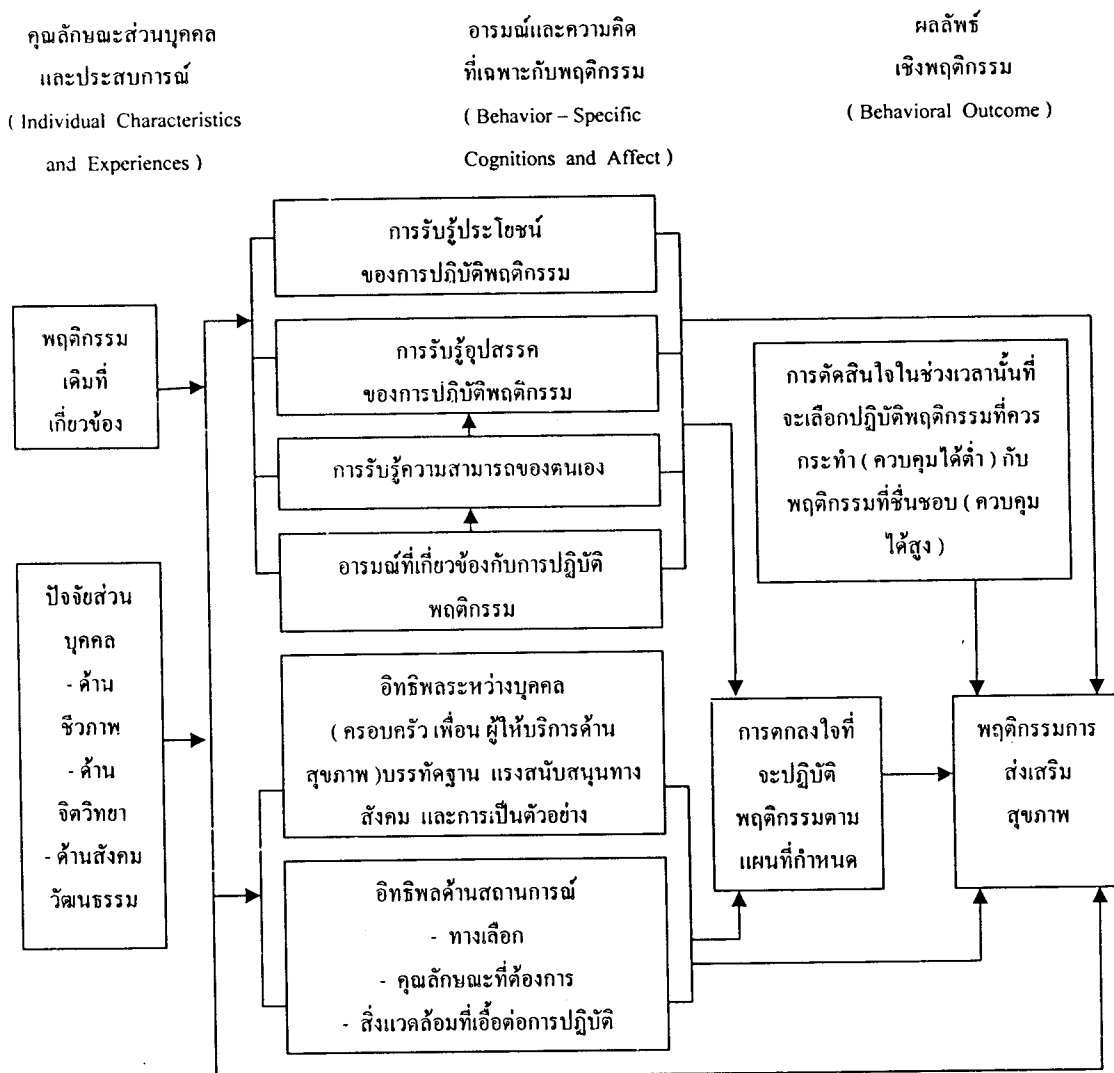
การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในบุคคลที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยผู้วิจัยได้นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเพนเดอร์ (Pender, 2002) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตได้นั้น เป็นผลมาจากมโนทัศน์ 3 ด้าน คือ

1. มโนทัศน์ด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences) ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย คือ 1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior Related Behavior) ซึ่งมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล(Personal Factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านจิตวิทยา และด้านสังคมวัฒนธรรม ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. มโนทัศน์ด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ซึ่งมีความสำคัญในการจูงใจและเป็นแกนสำคัญสำหรับบุคคลที่จะนำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยปัจจัยย่อยๆ 6 ปัจจัยด้วยกันคือ 2.1 ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefit of Action) 2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers of Action) 2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Self-Efficacy) 2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity-Related Affect) 2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ บรรพบุรุษ แรงสนับสนุนทางสังคม และการเป็นตัวอย่าง และ 2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational Influences) ได้แก่ ทางเลือก คุณลักษณะที่ต้องการ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ

3. มโนทัศน์ด้านผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม (Behavior Outcome) ประกอบด้วย การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด (Commitment to a Plan of Action) และการตัดสินใจในช่วงเวลานั้นที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรกระทำ (ควบคุมได้ต่ำ) กับพฤติกรรมที่ขึ้นชอบ (ควบคุมได้สูง) (Immediate Competing Demands and Preferences) โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior) เป็นเป้าหมายสุดท้ายของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) 2) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical Activity) 3) พฤติกรรมด้านโภชนาการ(Nutrition) 4) การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Interpersonal Relations) 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) และ 6) การจัดการกับความเครียด (Stress Management) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีความสำคัญใน

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เพราะถ้าบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจน กลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ก็จะทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีตลอดช่วงชีวิต ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.1



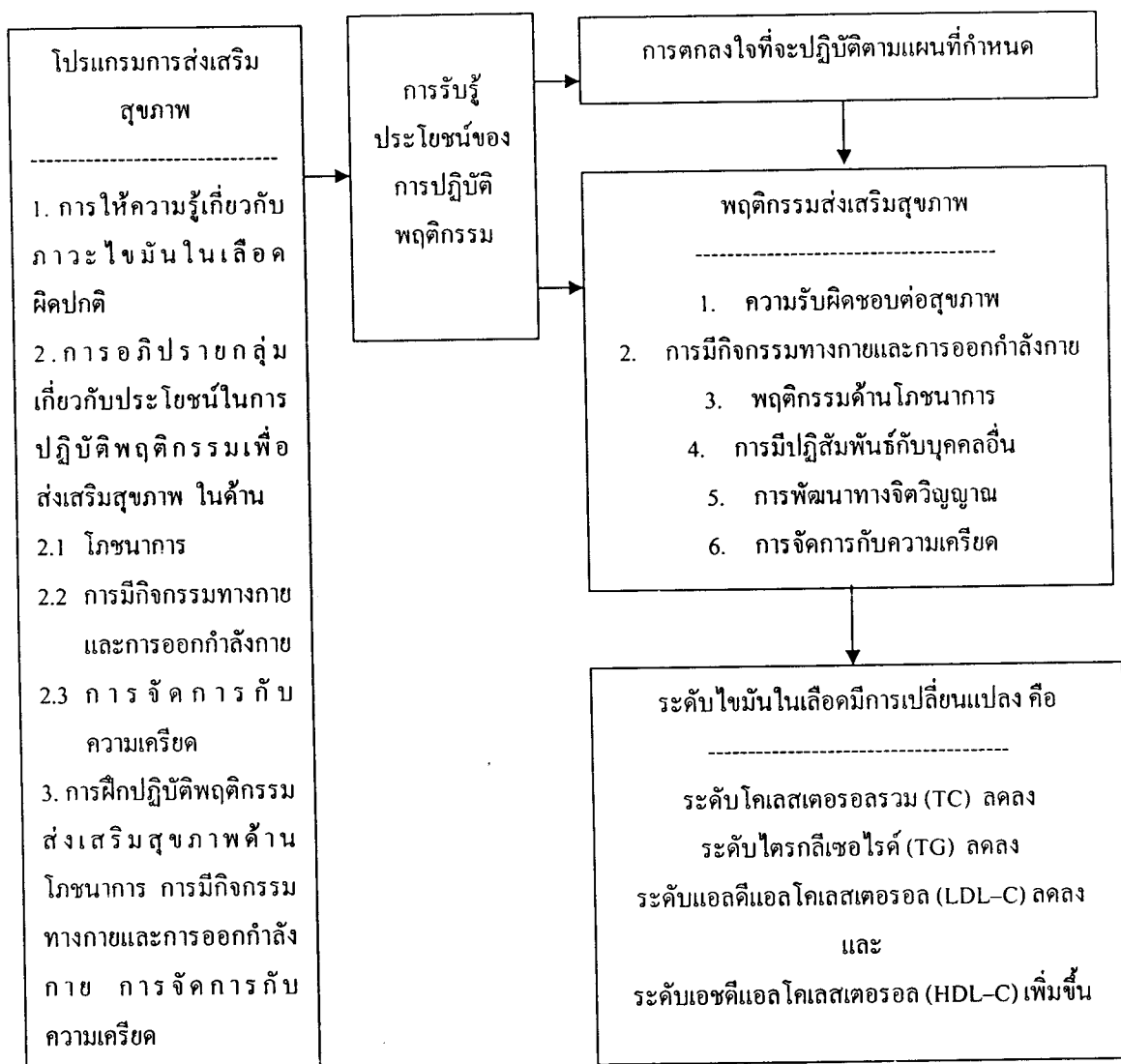
แผนภูมิที่ 1.1 รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002)

เนื่องจากในกลุ่มที่ผู้วิจัยต้องการศึกษานั้นเป็นกลุ่มบุคคลที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และจากผลการสัมภาษณ์บุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจำนวน 10 ราย พบว่ายังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย มีกิจกรรมและการเคลื่อนไหวร่างกายลดน้อยลง และการมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งบุคคลเหล่านี้ยังไม่เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพเท่าที่ควร ไม่ตระหนักถึงคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรม ไม่รับรู้และคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้นการเน้นให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการจัดให้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลดีขึ้นได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาในส่วนของปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมเพื่อให้บุคคลที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการที่บุคคลจะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้น บุคคลมักจะคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น ประโยชน์นั้นมีทั้งประโยชน์ภายในและประโยชน์ภายนอก การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคคลเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจะมีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และโดยอ้อมโดยผ่านการตกลงใจที่จะปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยกำหนดความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามพันธสัญญาเพื่อการวางแผนการกระทำพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดประโยชน์ (Pender, 2002) เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ จนเกิดเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการส่งเสริมให้บุคคลที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม มีภาวะสุขภาพที่ดี จึงได้จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติขึ้น โดยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพนี้มุ่งเน้นถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านโภชนาการ การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด เพื่อให้บุคคลากรได้รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น คือ ระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และแอลดีแอลโคเลสเตอรอลลดลง และมีระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น และเมื่อบุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านตามโปรแกรมแล้ว บุคคลจะเกิดมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งถือว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอีกอย่างหนึ่งในการที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ยั่งยืนได้ ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ เกิดความรู้สึกเป็นหน้าที่ที่จะต้องกระทำ บุคคลจะเกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และเกิดการพัฒนาทางจิตวิญญาณตามมาอีกด้วย

จากกรอบแนวคิดในการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น สามารถแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยได้สรุปเป็น diagram ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.2 ดังนี้



แผนภูมิที่ 1.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคคลที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น
2. ได้สื่อที่เป็นนวัตกรรมคือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
3. เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า วิจัย เกี่ยวกับการพัฒนาและสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบอื่นๆ และในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป