

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

The effect of a self-management program on health behaviors and blood lipid levels in individuals with dyslipidemia

เพชรรินทร์ อินทรสถิตย์ พย.บ.

พรพรรณ ใจหาญ วท.บ.

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติมารับการบริการตรวจสุขภาพกับกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพิจิตร ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีภาวะไขมันในเลือดสูงแต่ยังไม่ได้สั่งให้รับประทานยาลดไขมัน จำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพและระดับไขมันในเลือด และแบบบันทึกพฤติกรรม自我管理 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับไขมันในเลือด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ยกเว้น ระดับไขมันในเลือดแอลดีแอล ซึ่งแสดงการลดลงแต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มควบคุม มีค่าดัชนีมวลกายลดลงเล็กน้อยด้านพฤติกรรม自我管理ของกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสองด้าน พฤติกรรม自我管理ที่เป็นสาเหตุเพิ่มจาก 9 เป็น 17.26 คะแนน ($S.D.=4.74, 2.66$) การจัดการตนเองเมื่อพบไขมันในเลือดสูงเพิ่มจาก 5.93 เป็น 16.1 คะแนน ($S.D.=3.62, 3.99$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม自我管理ดีขึ้น และระดับไขมันในเลือดลดลง เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคตพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพควรประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้กับผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ, ระดับไขมันในเลือด, ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of a self-management program on health behaviors and blood lipid levels in individuals with dyslipidemia. The sample consisted of 60 individuals who had been diagnosed with high blood lipids but had not yet been prescribed lipid-lowering medications. These participants were attending health check-up services at the Occupational Medicine Department of Phichit Hospital. The participants were

divided into an experimental group and a control group. The control group received standard health advice, while the experimental group participated in the self-management program for 12 weeks, from February to April 2025. Data were collected using personal information records, health status and blood lipid level records, and self-management behavior records. Data analysis was conducted using descriptive statistics and analytical statistics.

The results indicated that the mean values of weight, body mass index (BMI), waist circumference, and blood lipid levels of the experimental group before and after the program showed statistically significant differences ($p\text{-value} < 0.05$), except for LDL, which decreased but not to a statistically significant level. The control group showed a slight reduction in BMI. In terms of self-management behavior, the experimental group showed a significant increase in both aspects of self-management: the behavior related to the causes of high blood lipids increased from 9 to 17.26 points (S.D. = 4.74, 2.66), and the behavior when encountering high blood lipids increased from 5.93 to 16.1 points (S.D. = 3.62, 3.99). In contrast, the control group showed no significant differences before and after the program.

The findings suggest that the self-management program improved self-management behaviors and led to a reduction in blood lipid levels, thereby reducing the risk of future cardiovascular diseases. Nurses and healthcare personnel should consider implementing this program for individuals with dyslipidemia in the future.

Keywords : Self-management program, Health behavior, Lipids Level, Dyslipidemia

บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กล่าวคือเมื่อระดับไขมันในเลือดเพิ่มมากขึ้นไขมันจะไปจับที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารี และเกิดเป็นคราบไขมันพอกตัวหนาขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นตีบแข็ง และก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุด⁽¹⁾ ซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกและประเทศไทย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก⁽²⁾ รายงานว่า ปีพ.ศ. 2562 มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 32 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด สำหรับประเทศไทยพบว่า ปีพ.ศ. 558 มีสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 29.9 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น 31.4 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2562⁽³⁾ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาจากหลากหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ น้ำหนักเกิน

และอ้วน ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การขาดกิจกรรมทางกาย เป็นต้น⁽¹⁾ โดยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง และสามารถทำนายหรือพยากรณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้⁽⁴⁾

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความสำคัญทางคลินิกเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจสูง และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมได้⁽⁵⁾ คนทั่วไปควรควบคุม ระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมดังนี้ ค่าคอเลสเตอรอลรวมน้อยกว่า 200 mg/dl ค่าแอลดีแอล น้อยกว่า 100 mg/dl ค่าเอชดีแอลมากกว่า 40 mg/dl และค่าไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า 150 mg/dl⁽⁴⁾ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือ มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ควรควบคุม ระดับแอลดีแอล ให้น้อยกว่า 70 mg/dl⁽⁶⁾ เนื่องจากการที่มีระดับแอลดีแอลที่สูง จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด

หัวใจ ดังนั้นควรควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁽⁵⁾ การปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจตามแนวปฏิบัติของ American Heart Association และ American College of Cardiology Association ปี ค.ศ. 2019 ได้แก่ การควบคุมการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ควบคุมความเครียด งดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾ ซึ่งการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽⁸⁾ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมโรงพยาบาลพิจิตรให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่บุคลากรในโรงพยาบาลพิจิตร จากการให้บริการเมื่อปีพ.ศ. 2565-2567 พบว่าผู้รับบริการมีไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมีแนวโน้มสูงขึ้นเท่ากับ ร้อยละ 48.93, 52.48 และ 50.53 ตามลำดับ และให้การดูแลผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่ไม่พบว่าเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองมาก่อน มีการติดตามนัดหมายให้คำแนะนำเป็นประจำทุก 3-6 เดือน แต่พบวาระดับไขมันในเลือดยังสูง จากการสนทนากลุ่มและประเมินพบว่ามีความรู้สุขภาพไม่เหมาะสมทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และขาดความตระหนักถึง อันตรายจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การจัดการตนเอง ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังได้ประสบผลสำเร็จทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นแนวคิดการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management program)⁽⁹⁾ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ อย่างกว้างขวาง ยังช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อช่วยให้อายุขัยชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรด้านสุขภาพ จึงนำโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับ

ไขมันในเลือดโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer T (2000)⁽¹⁰⁾ นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยกระบวนการสร้างทักษะแนวคิด แก้ปัญหา และวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถใช้เป็นเครื่องมือหรือแนวทางหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการ มีปัญหาภาวะไขมันในเลือดสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง มีระดับไขมันในเลือดลดลง ส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง การทดลอง (two group pre-post test design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพิจิตร ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีในกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมโรงพยาบาลพิจิตรระหว่างธันวาคม 2567 ถึง มกราคม 2568 และมีค่าระดับไขมันในเลือดแอลดีแอล = 130 มก./ดล. และมีค่าระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือด = 150 มก./ดล. จำนวน 167 คน

3. คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดค่า = 0.80 ระดับนัยสำคัญ = 0.05 และ Effect Size = 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คนเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 30 รายและกลุ่มควบคุม 30 รายศึกษาในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2568 รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusive Criteria)

1) เป็นผู้ที่มีอายุ 25-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ผ่านการตรวจสุขภาพประจำปี และมีผลระดับไขมันในเลือดชนิดใดชนิดหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งชนิด สูงกว่าปกติ ไตรกลีเซอไรด์ (TG) > 150 มก./ดล. แอลดีแอล คอเลสเตอรอล (LDL-C) = 130 มก./ดล. 2) เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าพบภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 3) ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาหรือสารเคมีใดๆ มาก่อน 4) ไม่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจโรคไตเรื้อรัง 5) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 6) มีเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัย และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตสื่อสารได้ และ 7) ผู้ป่วยเต็มใจเข้าร่วมวิจัย

3.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusive Criteria)

1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วม กิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนดในการทดลอง และ 2) ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างการทดลอง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการบันทึกการตรวจสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว การดื่มสุราการสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุ (8 ข้อ) และการปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูง (8 ข้อ) รวม 16 ข้อ

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ : ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ซึ่งได้แก่

5.1 โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหาภายในโปรแกรมในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การติดตามผลสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคลากรทางสุขภาพ

หลังจากนั้นนำไปเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย 2) นักศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และ 3) นักโภชนาการผู้เชี่ยวชาญ ร่วมพิจารณาเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ผลการประเมินพบว่าเครื่องมือมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.89 แสดงว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมและครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

5.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาได้ค่า CVI (Content validity index) = 0.89 นำแบบสอบถามไปทดลอง ใช้จำนวน 10 ราย หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามดังกล่าวมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.91

6. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง : ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพิจิตร เลขที่โครงการวิจัย 0240/2567 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยยึดหลักการพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ประการ คือ หลักการเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักการคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) ซึ่งหลักการดังกล่าว ผู้วิจัยคำนึงถึงและถือปฏิบัติตลอดระยะเวลาการวิจัย

7. สถิติที่ใช้ในการทำวิจัย : ข้อมูลที่ได้จะนำมาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนก่อนจะลงรหัสแล้วบันทึกลงคอมพิวเตอร์ จากนั้นจะวิเคราะห์โดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การทดสอบ t (t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นผู้ที่มิภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 60 ราย มี กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.56 (S.D. = 10.50) โดยมีกลุ่มอายุ 30-40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.36 สมรส ร้อยละ 63.3 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60 ตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 43.3 น้ำหนักเฉลี่ย 63.38 (S.D. = 12.32) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.61 (S.D. = 4.11) มีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ (23-24.9 กก./ม.2) มากที่สุด ร้อยละ 40.0 เส้นรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 92.8 (S.D. = 8.34) ระยะเวลาที่ตรวจพบไขมันในเลือดผิดปกติ มากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 70 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 93.3 ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นไขมันในเลือดสูง ร้อยละ

60.0 การตรวจสุขภาพครั้งสุดท้าย 6 เดือน - 1 ปี ร้อยละ 70.0 และระดับการนอนหลับพอสมควร (6-8 ชม.) ร้อยละ 53.3 ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.43 (S.D. = 10.33) โดยมีกลุ่มอายุ 41-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 36.7) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.0) สมรส ร้อยละ 46.9 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 59.40 ตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 56.7 น้ำหนักเฉลี่ย 63.26 (S.D. = 16.34) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.86 (S.D. = 4.61) มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงอ้วนระดับ 1 (25-29.9 กก./ม.2) มากที่สุด ร้อยละ 43.36 เส้นรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 95.0 (S.D. = 32.04) ระยะเวลาที่ตรวจพบไขมันในเลือดผิดปกติมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 78.1 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.7 ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 63.3 การตรวจสุขภาพครั้งสุดท้าย 6 เดือน - 1 ปี ร้อยละ 70.0 และระดับการนอนหลับพอสมควร (6-8 ชม.) ร้อยละ 60.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกตาม จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	5(16.7)	3(10.0)
หญิง	25(83.3)	27(90.0)
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30	8(26.7)	7(23.3)
30 - 40	11(36.7)	6(20.0)
41 - 50	4(13.3)	11(36.7)
51 - 60	7(23.3)	6(20.0)
กลุ่มทดลอง : Mean = 38.56 Max 58 Min = 23 S.D. = 10.50		
กลุ่มควบคุม : Mean = 40.43 Max 57 Min = 23 S.D. = 10.33		
สถานภาพ		
โสด	9(30.0)	14(43.8)
สมรส/คู่	19(63.3)	15(46.9)
ม่าย/หย่า/ร้าง	2(6.7)	3(9.4)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	0	1(3.3)
มัธยมศึกษา	4(13.3)	7(23.3)
อนุปริญญา	5(16.7)	2(6.7)

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไป จำแนกตาม จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)
ปริญญาตรี	18(60.0)	19(59.4)
สูงกว่าปริญญาตรี	3(10.00)	1(3.3)
ตำแหน่ง		
ข้าราชการ	13(43.3)	17(56.7)
พนักงานกระทรวง/พตส.	11(36.7)	9(30.0)
ลูกจ้างประจำ	2(6.7)	1(3.3)
ลูกจ้างรายวัน	4(13.3)	3(10.0)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
40 - 50	6(20.00)	0
51 - 60	8(26.7)	5(16.7)
61 - 70	7(23.3)	10(33.3)
71 - 80	5(16.7)	9(30.0)
ตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	4(13.3)	3(10.0)
กลุ่มทดลอง : Mean = 63.8 Max86.0 Min = 43.0 S.D. = 12.32		
กลุ่มควบคุม : Mean = 63.26 Max123 Min = 45 S.D. = 16.34		
ค่าดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 18.5)	1(3.3)	2(6.7)
ตามเกณฑ์ (18.5-22.9)	12(40.0)	10(33.3)
มากกว่าเกณฑ์ (23-24.9)	7(23.3)	3(10.0)
อ้วนระดับ1 (25-29.9)	8(26.7)	13(43.3)
อ้วนระดับ2 (30-39.9)	2(6.7)	2(6.7)
กลุ่มทดลอง : Mean = 24.61 Max34.45 Min = 17.7 S.D. = 4.11		
กลุ่มควบคุม : Mean = 24.86 Max38.82 Min = 18.02 S.D. = 4.61		
รอบเอว (ซม.) :		
ชาย	N=5	N=3
≤ 90	2(40.0)	1(33.3)
90 -100	2(40.0)	1(33.3)
> 100	1(20.0)	1(33.3)
กลุ่มทดลอง : Mean = 92.8 Max105 Min = 82 S.D. = 8.34		
กลุ่มทดลอง : Mean = 95.0 Max128 Min = 64 S.D. = 32.04		
หญิง (ซม.) :	N=25	N=27
≤ 80	17(68.0)	15(55.6)
80 - 90	5(20.0)	7(25.9)
>90	3(12.0)	5(18.5)
กลุ่มทดลอง : Mean = 79.08 Max117 Min = 59 S.D. = 11.38		
กลุ่มทดลอง : Mean = 80.25 Max100 Min = 64 S.D. = 10.03		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกตาม จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาที่ตรวจพบไขมันในเลือดผิดปกติ		
น้อยกว่า 3 เดือน	2(6.7)	0
3-6 เดือน	4(13.3)	2(6.7)
มากกว่า 6 เดือน	24(80.0)	28(93.3)
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	21(70)	25(78.1)
ดื่ม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	9(30)	6(18.8)
ดื่มบ่อยมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	0	1(3.1)
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	28(93.3)	29(96.7)
สูบเป็นบางครั้ง	1(3.3)	1(3.3)
สูบทุกวัน	1(3.3)	0
ระดับความเครียดในชีวิตประจำวัน		
ต่ำ	12(40.0)	9(30.0)
ปานกลาง	16(53.3)	20(66.7)
สูง	2(6.7)	1(3.3)
มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นไขมันในเลือดสูง		
มี	18(60.0)	19(63.3)
ไม่มี	12(40.0)	11(36.7)
การตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด		
ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	4(13.3)	5(16.7)
6 เดือน - 1 ปี	21(70.0)	21(70.0)
มากกว่า 1 ปี	5(16.7)	4(13.3)
ระดับการนอนหลับ		
นอนหลับไม่เพียงพอ (<6 ชม.)	11(36.7)	11(36.7)
นอนหลับพอสมควร (6-8 ชม.)	16(53.3)	18(60.0)
นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ (>8 ชม.)	3(10.0)	1(3.3)

p-value < 0.005, ** คือ p-value < 0.001

2. การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ของน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับไขมันในเลือด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ย ของน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับไขมันในเลือด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ยกเว้น ค่าแอลดีแอล ซึ่งแสดงการลดลงแต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยน้ำหนักเฉลี่ยก่อนการทดลอง 63.80 (S.D. = 12.32) หลังการทดลอง 61.83 (S.D. = 11.35) โดยลดลงเท่ากับ 1.97 กิโลกรัม, ค่าดัชนีมวลกายก่อนการทดลอง 24.61 (S.D. = 4.11) หลังการทดลอง 24.13 (S.D. = 3.83) ลดลง 0.48, รอบเอวก่อนการทดลอง 81.36 (S.D. = 11.99) หลังการทดลอง 78.63 (S.D. = 12.65) ลดลง 2.73 เซนติเมตร ระดับไขมันคอเลสเตอรอล (mg/dl) ก่อนการทดลอง 221.60 (S.D. = 18.00) หลังการทดลอง :

199.33 (S.D. = 19.20) ลดลง 22.27 mg/dl, ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (mg/dl) ก่อนการทดลอง 101.13 (S.D. = 40.26) หลังการทดลอง 88.60 (S.D. = 25.95) ลดลง 12.53 mg/dl ไขมันแอลดีแอล (Low-Density Lipoprotein): ก่อนการทดลอง : 150.30 (S.D. =

21.40) หลังการทดลอง 145.03 (S.D. = 24.34) ลดลง 5.27 mg/dl และไขมัน HDL (High-Density Lipoprotein) ก่อนการทดลอง 55.63 (S.D. = 11.37) หลังการทดลอง 60.46 (S.D. = 13.91) เพิ่มขึ้น 4.83 mg/dl รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และ SD ของ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับไขมันในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง Mean (S.D.)	หลังการทดลอง Mean (S.D.)	ความแตกต่าง	t	p-value
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	63.80(12.32)	61.83(11.35)	1.97	4.516	.000**
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	24.61(4.11)	24.13(3.83)	0.48	4.984	.000**
รอบเอว (เซนติเมตร)	81.36(11.99)	78.63(12.65)	2.73	7.555	.000**
ระดับไขมัน (mg/dl)					
- คอเลสเตอรอล	221.60(18.00)	199.33(19.20)	22.27	7.480	.000**
- ไตรกลีเซอไรด์	101.13(40.26)	88.6(25.95)	12.53	3.234	.000**
- แอลดีแอล	150.3(21.4)	145.03(24.34)	5.27	5.601	.080
- เอชดีแอล	55.63(11.37)	60.46(13.91)	-4.83	-5.689	.004**

p-value < 0.005, ** คือ p-value < 0.001

3. ผลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ของน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับไขมันในเลือดก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุม มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับคอเลสเตอรอลในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยค่าดัชนีมวลกายลดลงเล็กน้อย (0.07) ก่อนการทดลอง : 24.86 (S.D. = 4.61), หลังการทดลอง : 24.79 (S.D. = 4.43) และระดับคอเลสเตอรอลในเลือด (mg/dl) พบว่าเพิ่มขึ้นจาก 226.63 mg/dl เป็น 236.53 mg/dl (9.9) ส่วนน้ำหนัก, รอบเอว, ระดับไตรกลีเซอไรด์, ระดับแอลดีแอล, และ

ระดับเอชดีแอล ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยน้ำหนักโดยรวม ก่อนการทดลอง 63.26 (S.D. = 16.34) หลังการทดลอง 63.03 (S.D. = 15.85) ลดลง 0.23 กิโลกรัม, รอบเอวค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง 81.73 (S.D. = 13.46) และหลังการทดลอง 81.33 (S.D. = 13.47) เพิ่มขึ้น 0.4 เซนติเมตร ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดก่อนการทดลอง : 164.9 (S.D. = 69.39) หลังการทดลอง 157.63 (S.D. = 62.09) ลดลง 7.27 mg/dl และระดับแอลดีแอล (Low-Density Lipoprotein) ในเลือด (mg/dl) ก่อนการทดลอง : 156.13 (S.D. = 26.22) หลังการทดลอง : 145.16 (S.D. = 24.53) ลดลง 10.67 mg/dl รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และ S.D. ของ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับไขมันในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean (S.D.)	หลังทดลอง Mean (S.D.)	ความแตกต่าง	t	p-value
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	63.26(16.34)	63.03(15.85)	.23	1.564	.129
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	24.86(4.61)	24.79(4.43)	.07	1.301	.008**
รอบเอว (cm)	81.73(13.46)	81.33(13.47)	0.4	2.845	.204
Mean (S.D.)					
ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด (mg%)	226.63(19.38)	236.53(24.96)	-9.9	-3.351	.002**
ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด (mg%)	164.9(69.39)	157.63(62.09)	7.27	.618	.541
ระดับแอลดีแอลในเลือด (mg%)	156.13(26.22)	145.16(24.53)	10.67	.718	.479
ระดับเอชดีแอลในเลือด (mg%)	55.76(10.27)	54.96(5.87)	0.8	2.018	.053

p-value < 0.005, ** คือ p-value < 0.001

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งสองด้านของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เป็นสาเหตุเพิ่มจาก 9 เป็น 17.26 คะแนน (S.D. = 4.74, 2.66) ส่วนการจัดการตนเองเมื่อพบไขมันในเลือดสูงเพิ่มจาก 5.93 เป็น 16.1

(S.D. = 3.62, 3.99) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งสองด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) รายละเอียดดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

พฤติกรรมการจัดการตนเอง		Paired sample t-test				
		N	M	S.D.	t	p-value
พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุ						
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	9.0	4.74	-12.57	.000**
	หลังทดลอง	30	17.26	2.66		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	13.43	4.46	-1.75	.090
	หลังทดลอง	30	13.66	4.05		
การปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูง						
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	5.93	.62	5.53	.000**
	หลังทดลอง	30	16.10	3.39		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	10.16	3.61	-2.26	.031*
	หลังทดลอง	30	10.36	3.58		

p-value < 0.005, ** คือ p-value < 0.001

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรม	N	Independent t-test			
		M	S.D.	t	p-value
พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุ					
กลุ่มทดลอง	30	17.26	2.66	-12.577	.000**
กลุ่มควบคุม	30	13.66	4.05		
การปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูง					
กลุ่มทดลอง	30	16.10	3.39	5.53	.000**
กลุ่มควบคุม	30	10.36	3.58		

p-value < 0.005, ** คือ p-value < 0.001

5. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล และเอชดีแอลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม และไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ แอลดีแอล และ เอชดีแอล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลอง

ไขมันในเลือด	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		df	t-test	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
คอเลสเตอรอลรวม	236.53	24.96	199.33	19.20	29	-6.836	.000**
ไตรกลีเซอไรด์	157.63	62.09	88.6	25.95	29	-5.86	.000**
แอลดีแอล	145.16	24.53	145.03	24.34	29	-.019	.985
เอชดีแอล	54.96	5.87	60.46	13.91	29	2.056	.049*

p-value < 0.005, ** คือ p-value < 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ได้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่ดำเนินการกับกลุ่มทดลองสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายตัวแปร โดยเฉพาะน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์, เอชดีแอล) ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. น้ำหนัก (Weight) น้ำหนักเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมทดลองลดลงจาก 63.80 กิโลกรัม (S.D. = 12.32) เป็น 61.83 กิโลกรัม (S.D. = 11.35) โดยมีการลดลง 1.97 กิโลกรัม (p-value = 0.000) การลดน้ำหนักนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลในการช่วยลดน้ำหนักของผู้เข้าร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง โปรแกรมเหล่านี้จะช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้ลดน้ำหนักในระยะเวลาสั้นๆได้

2. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มทดลองลดลงจาก 24.61 (S.D. = 4.11) เป็น 24.13 (S.D. = 3.83) ลดลง 0.48 (p-value = 0.000) การลดลงของ BMI บ่งชี้ถึงการลดไขมันสะสมในร่างกาย ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวม ค่าดัชนีมวลกายที่ลดลงยังช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคที่เกี่ยวข้องกับการมีน้ำหนักเกิน เช่น โรคเบาหวานประเภท 2 โรคหลอดเลือดหัวใจ และความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการทดลองแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยให้กลุ่มทดลองมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ส่วนกลุ่ม

ควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายลดลงเล็กน้อย ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยภายนอกหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางประการโดยไม่ตั้งใจ

3. รอบเอว (Waist Circumference) ลดลงจาก 81.36 เซนติเมตร (S.D. = 11.99) เป็น 78.63 เซนติเมตร (S.D. = 12.65) ลดลง 2.73 เซนติเมตร (p-value = 0.000) การลดรอบเอวบ่งชี้ถึงการลดไขมันในบริเวณท้อง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคเมตาบอลิกต่างๆ การลดรอบเอวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลในการปรับลดไขมันในร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ

4. โปรแกรมการจัดการตนเองมีผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

4.1 คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง : ในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งสองด้าน (พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุและการปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูง) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุเพิ่มขึ้นจาก 9 เป็น 17.26 (S.D. = 4.74, 2.66) และคะแนนการปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้นจาก 5.93 เป็น 16.1 (S.D. = 3.62, 3.99) ผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีค่าพี (p-value) ต่ำกว่า 0.05 (p < 0.05) ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการปรับปรุงพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง

4.2 คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของ

กลุ่มควบคุม : สำหรับกลุ่มควบคุม ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 13.43 เป็น 13.66 (S.D. = 4.46, 4.05) ซึ่งไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.090$) คะแนนการปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้นจาก 10.16 เป็น 10.36 (S.D. = 3.61, 3.58) แต่ก็ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.031$)

4.3 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม : หลังจากในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองทั้งสองด้านของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุ คะแนนของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 17.26 (S.D. = 2.66) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนน 13.66 (S.D. = 4.05) โดยมีค่า p (p-value) ต่ำกว่า 0.05 ($p < 0.05$) สำหรับการปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูง กลุ่มทดลองมีคะแนน 16.10 (S.D. = 3.39) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนน 10.36 (S.D. = 3.58) โดยมีค่า p (p-value) ต่ำกว่า 0.05 ($p < 0.05$) เช่นเดียวกัน

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลอย่างมีนัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในกลุ่มทดลอง โดยเฉพาะในด้านการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของไขมันในเลือดสูงและการปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูง ส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมไม่พบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและการจัดการไขมันในเลือดสูงในกลุ่มทดลอง

4.4 ระดับไขมันในเลือด (Blood Lipid Levels)

4.4.1 ระดับคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ของกลุ่มทดลองลดลงจาก 221.60 mg/dl (S.D. = 18.00) เป็น 199.33 mg/dl (S.D. = 19.20) ลดลง 22.27 mg/dl (p-value = 0.000) การลดระดับคอเลสเตอรอล

เป็นการปรับปรุงสุขภาพทางหัวใจและหลอดเลือด เพราะการมีระดับคอเลสเตอรอลสูงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคอัมพาต การที่คอเลสเตอรอลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถช่วยควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ นุสกร เนืองาและคณะ (2567) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันแอลดีแอล ในเลือดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .029$) โดยมีค่าระดับไขมันแอลดีแอล ในเลือดน้อยกว่า 15.96 มก./ดล. (95% CI; 1.73, 30.19)⁽¹¹⁾

4.4.2 ไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides)

ลดลงจาก 101.13 mg/dl (S.D. = 40.26) เป็น 88.60 mg/dl (S.D. = 25.95) ลดลง 12.53 mg/dl (p-value = 0.000) การลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดบ่งชี้ถึงการปรับปรุงสุขภาพของหลอดเลือดและการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ การที่ไตรกลีเซอไรด์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่าโปรแกรมการจัดการตนเองนี้สามารถช่วยปรับระดับไขมันในเลือดได้

4.4.3 LDL (Low-Density Lipoprotein)

ลดลงจาก 150.30 mg/dl (S.D. = 21.40) เป็น 145.03 mg/dl (S.D. = 24.34) ลดลง 5.27 mg/dl (p-value = 0.080) แม้ว่าระดับแอลดีแอล จะลดลง แต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.080) ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมนี้อาจมีผลต่อการลดระดับแอลดีแอล แต่ยังไม่ได้ผลลัพธ์ที่มีความหมายทางสถิติอย่างชัดเจน อาจต้องมีการปรับปรุงโปรแกรมหรือติดตามผลในระยะยาวเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญมากขึ้น

4.4.4 HDL (High-Density Lipoprotein)

เพิ่มขึ้นจาก 55.63 mg/dl (S.D. = 11.37) เป็น 60.46 mg/dl (S.D. = 13.91) เพิ่มขึ้น 4.83 mg/dl (p-value = 0.004) การเพิ่มระดับเอชดีแอล (ไขมันดี) เป็นผลดีต่อสุขภาพ เนื่องจากเอชดีแอลช่วยลดการสะสมของคอเลสเตอรอลในหลอดเลือด การเพิ่มขึ้นของเอชดีแอล แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถส่งเสริมการเพิ่มระดับไขมันดีในเลือด ซึ่งมีผลในด้านการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

การศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ McGill (2019) และ Brown (2020) ที่เน้นการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับไขมันในเลือด โดยผลการวิจัยที่พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถปรับปรุงพฤติกรรม การจัดการตนเองและระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญนั้น สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ สามารถส่งผลดีต่อการลดน้ำหนัก ลดระดับไขมันในเลือด และปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ^(12,13) โดยเฉพาะการลดน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ซึ่งเป็นสัญญาณของการลดไขมันในร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาโดย Gadelha (2021)⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยลดค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และปรับปรุงสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ นอกจากนี้ผลการลดระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson (2018)⁽¹⁵⁾ ที่รายงานว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่มุ่งเน้นการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายมีผลในการลดระดับไขมันในเลือด

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์, เอชแอลดี) โดยมีการลดคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคที่เกี่ยวข้องกับไขมันในเลือดอย่างไรก็ตาม, แม้จะมีการลดแอลดีแอล แต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งอาจจำเป็นต้อง

1. ปรับปรุงโปรแกรมหรือติดตามผลระยะยาว เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากขึ้น
2. การเพิ่มการควบคุมอาหารที่ลดไขมันทรานส์หรือไขมันอิ่มตัว และการเพิ่มกิจกรรมทางกายที่ช่วยลดไขมันในเลือด เพื่อให้สามารถลดระดับแอลดีแอลได้มากขึ้น

3. ควรส่งเสริมการเพิ่มเอชดีแอลผ่านกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการเพิ่มไขมันดีในเลือด เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (เช่น การเดินเร็ว, วิ่ง, ว่ายน้ำ) และการเลือกทานอาหารที่ช่วยเพิ่มเอชดีแอล เช่น ปลาแซลมอน, อะโวคาโด, หรือถั่วต่างๆ⁽¹⁵⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Shaffer R. Coronary artery disease and acute coronary syndrome. In: M Harding, J. Kwong, D. Roberts, D. Hagler, C. Reinisch, editors. Lewis's medical-surgical nursing. 11th ed. Canada: Elsevier. 2020. p. 698-733.
2. World Health Organization [Internet]. Cardiovascular disease (CVDs). [cited 2021 Jul 11]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardio-vascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardio-vascular-diseases-(cvds)).
3. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary [Internet]. Public health Statistics: A.D.; 2019 [cited 2020 Dec 15]. Available from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf.
4. Makboon K, Phupolpian T, Suklim N. Lipid profile test and factors associated with TC/HDL-C ratio among dyslipidemia population in Muang district. Trang province. Journal of Nursing Public Health. 2019; 6 (3): 69-81.
5. Lin CF, Chang YH, Chien SC, Lin YH, Yeh HY. Epidemiology of dyslipidemia in the asia pacific region. International Journal of Gerontology. 2018;12(1): 2-6.
6. The Royal College of Physicians of Thailand. RCPT clinical practice guideline on pharmacologic therapy of dyslipidemia for atherosclerotic cardiovascular disease prevention. Pathumthani: A Plus Print; 2017.

7. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, Himmelfarb CD, Khera A, Lloyd-Jones D, McEvoy JW, Michos ED, Miedema MD, Muñoz D, Smith SC, Virani SS, Williams KA, Yeboah J, Ziaeian B. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*.2019; 140 (11): 596–646.
8. Premasuk W, Thato R, Polsook R. Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among middle-aged men in Bangkok metropolitan. *Kuakarun Journal of Nursing*.2019; 26(1): 24-39.
9. กนกวรรณ ด้วงกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมลชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*. 2563; 36(1): 66-83.
10. Creer T. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. *Handbook of self-regulation*. 2000. p. 601-29.
11. วนิดา วงษ์ตา, ชวนพิศ เสกนาค, ประภัศสร เกตุศรี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2567;5(1):173-184.
12. Mc Gill M, Johnson M, Richardson L. The impact of self-management programs on lipid levels and health behavior. *Journal of Health Promotion*.2019; 48(2): 112-119.
13. Brown T, Smith L, Williams R. Improving health outcomes in individuals with dyslipidemia through self-management strategies. *International Journal of Preventive Medicine*. 2020; 61(1): 45-53.
14. Gadelha A, Silva A, Rocha D. Self-management interventions and their effect on body mass index and lipid profile in individuals with abnormal lipid levels. *Nutrition & Metabolism [Internet]*. 2021 [cited 2021 Jul 11]; 18(3): 213-225. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12986-021-00476-3>.
15. Anderson C, Chen Y, Lin M. Effectiveness of self-management programs in lowering blood lipids in adults with dyslipidemia. *American Journal of Cardiovascular Disease [Internet]*, 2018 [cited 2021 Jul 11]; 12(4): 295-302. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajcd.2018.04.004>