

ฉบับสมบูรณ์

(ตามมติ ครั้งที่ 7 / 2568 เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2568)

ฉบับ

ลงชื่อประธาน/กรรมการ

นางสาวดวงพร โต๊ะนา
(นางสาวดวงพร โต๊ะนา)



ผลงานวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อ
พฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวรัชฎ์กัญญ์ กันทะวงศ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11792)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11792)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



ผลงานวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อ
พฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวรัชฎ์กัญญ์ กันทะวงศ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11792)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11792)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนอย่างดียิ่งจากที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นางทัศนีย์ กฤดากร ณ อยุธยา หัวหน้างานสร้างเสริมสุขภาพที่ได้สนับสนุนการเติบโตทางวิชาชีพและมอบแนวทางที่สำคัญอันเป็นพื้นฐาน แก่การพัฒนาผลงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ นางสาวณัฐพิมล วงศ์เชษฐา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล และนางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์ ผู้ซึ่งเปรียบเสมือนพี่เลี้ยงทางความคิด ที่ได้มอบคำชี้แนะอันทรงคุณค่า ถวายทอดประสพการณ์สำคัญและให้การสนับสนุนที่ช่วยกำหนดแนวทางการดำเนินการวิจัย นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชวนันท์ สุมนะเศรษฐกุล อาจารย์ ดร.แพทย์หญิงไพรยาภัก สกุลวาทัญญู แพทย์หญิงบุญสิตา จิรนนทาส อาจารย์พรธิรา บุญฉวี และนางสาวพิมพ์ลดา เปี่ยมสุขวิสัย ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยอย่างรอบคอบและสนับสนุนกำลังใจในทุกขั้นตอน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความราบรื่นและมีคุณภาพ

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างยิ่งต่อ นายแพทย์นุชชาติ ชีรสรเดช และนายกัมพล อินทรทะกุล ผู้ร่วมวิจัยที่ได้อุทิศตนและสนับสนุนกระบวนการดำเนินงานในทุกขั้นตอนด้วยความมุ่งมั่นและความวิริยะอุตสาหะ ในส่วนของการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้ดำเนินไปได้ด้วยราบรื่นและสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายและท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวที่ได้มอบทั้งกำลังใจและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง อันเป็นแรงผลักดันสำคัญตลอดระยะเวลาของการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

วรัชญ์กัญญ์ กันทะวงศ์

ตุลาคม 2567

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมและความรู้ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรม และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 และ .91 การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนเมษายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t - test และ independent t - test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.39, p < .001$ และ $t = 10.00, p < .001$ ตามลำดับ) 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.52, p < .001$ และ $t = 7.36, p < .001$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย บุคลากรทางการแพทย์ควรนำโปรแกรกดังกล่าวไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และเพิ่มความรู้ในการจัดการภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งอาจช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

คำสำคัญ : โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้, แอปพลิเคชันไลน์, พฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

The effect of a support and education program via the LINE application on self - care behaviors and knowledge in patients with dyslipidemia

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a support and education program delivered via the LINE application on self-care behaviors and knowledge among patients with hyperlipidemia. The sample consisted of patients with hyperlipidemia who received health check-up services at the Vajira Hospital Health Screening Center. Participants were divided into an experimental group and a control group, each comprising 30 individuals. The experimental group participated in the program for 12 weeks, while the control group received standard nursing care. The research instruments included a personal information questionnaire, a self-care behavior assessment, and a self-care knowledge assessment. These instruments were validated for content validity, with reliability coefficients of .78 and .91, respectively. Data collection was conducted from October 2024 to April 2025. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test.

The results revealed the following 1) After the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores in self-care behavior and self-care knowledge than before ($t = 4.39, p < .001$ and $t = 10.00, p < .001$, respectively) 2) The experimental group exhibited significantly higher mean scores in self-care behavior and self-care knowledge than the control group ($t = 3.52, p < .001$ and $t = 7.36, p < .001$, respectively)

Based on the research findings, it is recommended that nursing personnel implement the program for patients with hyperlipidemia to promote self-care behaviors and enhance their knowledge in managing the condition. This approach has the potential to reduce the risk of future complications.

Keyword: Support and Education Program, LINE Application, Self-Care Behaviors and Knowledge, Patients with dyslipidemia

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญแผนภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูง	12
พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง	18
การใช้เทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ	26
ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง	32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
กรอบแนวคิดการวิจัย	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52
การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	54
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	56
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	69
อภิปรายผลการวิจัย	70
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้	71
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	72
บรรณานุกรม	73
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	83
ภาคผนวก ข เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	91
ภาคผนวก ค หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	97
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองโครงร่างการวิจัย	100
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	104
ภาคผนวก ฉ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	111
ภาคผนวก ช e - book ความรู้เรื่องไขมันในเลือด	117
ภาคผนวก ซ แสดงหลักฐานการตรวจสอบการคัดลอกงาน	119
	(Plagiarism) by Akarawisut
ประวัติผู้วิจัย	121

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่ (Matched pair) ตาม ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา	50
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพปัจจุบัน ระดับการศึกษาล่าสุด อาชีพ รายได้ส่วนตัวต่อเดือน สิทธิการรักษา ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และประวัติการสูบบุหรี่	60
ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมัน ในเลือดสูงในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	63
ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมัน ในเลือดสูงในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	64
ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมัน ในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	65
ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมัน ในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	66

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

47

แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนดำเนินงานวิจัย

58

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรง ข้อมูลสถิติของ World Health Organization (2022) รายงานว่า ประชากรทั่วโลก 39% ได้รับผลกระทบจากภาวะไขมันในเลือดสูง โดยพบว่าจากจำนวนของประชากรโลกที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงนั้น มีอัตราความชุกในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย นอกจากนี้ยังพบภาวะไขมันในเลือดสูง พบได้เกือบทุกช่วงอายุของประชากร สำหรับประเทศไทยพบว่า ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความชุกมาก โดยมีการประเมินว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของคนไทยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี มีระดับไขมันในเลือดสูงเกินกว่ามาตรฐานที่กำหนด ซึ่งหมายถึงระดับคอเลสเตอรอลที่สูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) นอกจากนี้พบการศึกษาของ Pootong et al. (2023) นำเสนอถึงความชุกในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปพบถึงร้อยละ 30.4 ซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสมเพียงพอ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะอ้วน และการบริโภคไขมันสูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะไขมันในเลือดสูง และมีแนวโน้มของการเกิดสูงขึ้น

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรงจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ของศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี และพบว่าภาวะไขมันในเลือดสูงจัดเป็นกลุ่มโรค TOP 5 และจัดเป็นโรคที่พบบ่อยอันดับ 1 ของผู้ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีในปี พ.ศ. 2563 - พ.ศ. 2565 มีจำนวน 230, 567, 826 ตามลำดับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล, 2566) ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการพร่องความรู้ และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมจึงเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ (Yao et al., 2020) ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นภาวะที่มีระดับไขมันในเลือดเกินกว่าปกติ ซึ่งรวมถึงคอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ ภาวะนี้ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากเมื่อระดับไขมัน ในเลือดสูงขึ้น ไขมัน จะเริ่มสะสมตามผนังหลอดเลือด เกิดเป็นคราบไขมัน (Plaque) ซึ่งเป็นต้นเหตุให้หลอดเลือดแข็ง และแคบลง ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดลดลง และเมื่อเลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ ย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อ

หัวใจขาดเลือดและภาวะสมองขาดเลือด (Mosa et al., 2021) การสะสมของไขมันในหลอดเลือดยังส่งผลกระทบต่อกระบวนการอักเสบในร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้คราบไขมันในหลอดเลือดแตกออก เมื่อเกิดการแตกของคราบไขมัน การเกิดลิ่มเลือดอาจตามมา และทำให้หลอดเลือดอุดตันอย่างสมบูรณ์ ผลที่ตามมาคือภาวะหัวใจวาย หรือภาวะสมองขาดเลือดฉับพลันที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (Lusis, 2000) นอกจากนี้ การสะสมของไขมัน ยังส่งผลให้หลอดเลือดเสื่อมสภาพผนังหลอดเลือดจะสูญเสียความยืดหยุ่น ทำให้การขยายตัวของหลอดเลือดลดลง ซึ่งเป็นเหตุให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนได้อย่างมีประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่ต้องพึ่งพาการไหลเวียนของเลือดจะเริ่มเสื่อมลง อาทิ เช่น หัวใจ สมอง และไต เป็นต้น (Park & Park, 2015)

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ต่อการเกิดโรคภัยแรงหลายประการ ซึ่งการรับรู้ และเข้าใจถึงวิธีการดูแลตนเอง และมีความรู้เพียงพอสำหรับการดูแลตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถป้องกัน และดูแลรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นภาวะไขมันในเลือดสูง มีผลกระทบที่หลากหลายและรุนแรงต่อหลายด้านของชีวิต ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้ง และยาวนานต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลกระทบด้านร่างกายที่ชัดเจนที่สุดคือ ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเมื่อระดับไขมันในเลือดสูง ไขมันที่สะสมในผนังหลอดเลือดสามารถทำให้หลอดเลือดแข็งและแคบลง การสะสมของไขมันนี้ทำให้เลือดไหลเวียนได้ยากขึ้น ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง และภาวะสมองขาดเลือด การลดลงของการไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายสามารถส่งผลให้เกิดความเสียหายต่ออวัยวะสำคัญได้ (Sakboonyarat et al., 2023) ผลกระทบด้านจิตใจ เมื่อทราบว่าตนเองมีภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถสร้างความกังวลและความเครียดให้กับผู้ป่วยได้อย่างมาก การต้องเผชิญกับความเสี่ยง ของโรคภัยแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด อาจทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกสิ้นหวังหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเองการต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้าและท้อแท้ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (Kennedy & Date, 2022) ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากภาวะไขมันในเลือดสูงยังมีผลกระทบในด้านเศรษฐกิจอย่างมาก เนื่องจากการรักษาภาวะนี้มักต้องใช้เวลาานาน และมีค่าใช้จ่าย แม้ว่าผู้ป่วยอาจมีสิทธิการรักษาพยาบาล แต่ค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการครอบคลุม เช่น ค่ายา ค่าตรวจสุขภาพ หรือค่าพาหนะ อาจเป็นภาระหนักทางการเงินได้ นอกจากนี้ ความเครียดจากปัญหาสุขภาพ และการเงินอาจทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น หรือรู้สึกแยกตัวจากสังคม ความรู้เรื่องนี้สามารถทำให้

ความสัมพันธ์กับครอบครัว และเพื่อนฝูงลดลง นอกจากนี้ การขาดการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจ และส่งผลกระทบต่อสังคมรอบข้างอีกด้วย (Husain et al., 2022)

ภาวะไขมันในเลือดสูง หากละเลยก็อาจจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้นปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะไขมันในเลือดสูงนี้ เกิดจากสภาพทางคลินิกที่มีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Abera et al., 2024) ซึ่งปัจจัย และสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงเกิดจากพฤติกรรม และการพร่องความเกี่ยวข้องการดูแลตนเองในการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และไขมันทรานส์ในปริมาณสูง เป็นหนึ่งในปัจจัย ที่สำคัญที่สุดในการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง อาหารฟาสต์ฟู้ด และขนมอบที่มีไขมันสูงสามารถทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไขมันชนิด LDL (Low - Density Lipoprotein) (Abera et al., 2024) พันธุกรรมมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและควบคุมระดับไขมันในเลือด การศึกษาพบว่า มีความผิดปกติทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับระดับไขมัน เช่น Hypercholesterolemia และ Hypertriglyceridemia ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การไม่ออกกำลังกาย หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายต่ำมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือด จากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถช่วยลดระดับไขมันในเลือดโดยการเพิ่มระดับไขมัน HDL (High - Density Lipoprotein) และลดระดับไขมัน LDL และไตรกลีเซอไรด์ (Nouh et al., 2019) โรคบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง สามารถทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้นความผิดปกติทางสุขภาพเหล่านี้มีผลกระทบโดยตรง ต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง และการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน เช่น การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนในผู้หญิงที่มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงวัยหมดประจำเดือน สามารถมีผลกระทบต่อระดับไขมันในเลือด การศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนสามารถทำให้ระดับไขมัน LDL เพิ่มขึ้น และระดับไขมัน HDL ลดลง (Nouh et al., 2019)

จากปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง มีปัจจัยที่สามารถให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะไขมันในเลือดสูงได้คือการให้ความรู้ และการส่งเสริมการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม (เพ็ญพร ทวีบุตร และคณะ, 2560) การจัดการภาวะไขมันในเลือดสูง และผลกระทบที่เกี่ยวข้องสามารถทำได้ผ่านการส่งเสริมด้านความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง โดยการใช้โปรแกรมการสนับสนุนที่มีการให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (สุกัลลักษณ์ ทองขาว และคณะ, 2564) ซึ่งมีการศึกษาหลายฉบับที่สนับสนุนความสำเร็จ

ของวิธีการเหล่านี้ในการปรับปรุงพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและความรู้ของผู้ป่วย อันได้แก่ การส่งเสริมด้านความรู้ การให้ความรู้ที่ถูกต้อง และทันสมัยเกี่ยวกับไขมันในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาพของตน และมีข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ และคณะ, 2555) การศึกษาพบว่า การให้ข้อมูล และการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการไขมันในเลือดสูง ช่วยลดระดับไขมันในเลือดและลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหารการออกกำลังกาย และการติดตามระดับไขมันในเลือดเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง โปรแกรมที่รวมการฝึกทักษะเหล่านี้มักมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ (วินิตา ประทีปวัฒนพันธ์ และคณะ, 2564) การใช้แอปพลิเคชันในการส่งเสริมการศึกษา และสนับสนุนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ต้องการอย่างสะดวกและทันเวลา ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแอปพลิเคชันที่มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มระดับความรู้ และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วย การสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับการสนับสนุน และการติดตามจากผู้เชี่ยวชาญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการปรับปรุงสุขภาพของผู้ป่วย (Khademian et al., 2020)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการ และแก้ไขปัญหาผ่านการให้การศึกษา และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ด้วยการให้ความรู้ และคำแนะนำ เกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบ และการจัดการไขมันในเลือดสูง ซึ่งช่วยเพิ่มความรู้ และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามระดับไขมันในเลือดเป็นส่วนสำคัญในการจัดการภาวะนี้ (คณินิจ เพชรรัตน์ และคณะ, 2561) การสนับสนุนจากพยาบาล ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง รวมถึงการใช้แอปพลิเคชันในการติดตามและการสื่อสาร สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรับข้อมูลที่จำเป็น และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง พยาบาลสามารถใช้แอปพลิเคชันออนไลน์เพื่อส่งข้อมูล คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจช่วยปรับปรุงพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและระดับความรู้ของผู้ป่วยในการติดตามผลการรักษา และการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้การจัดการไขมันในเลือดสูงมีประสิทธิภาพมากขึ้น การใช้แอปพลิเคชันเพื่อการติดตามอาจช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินผลและปรับปรุงกลยุทธ์การรักษาได้อย่างเหมาะสม (คณินิจ เพชรรัตน์ และคณะ, 2561; ศุภลักษณ์ ทองขาว และคณะ, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (กัมพล อินทรทะกุล และคณะ, 2563; คณิงนิจ เพชรรัตน์ และคณะ, 2561; จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ, 2555; ณัฏฐา ศิริมาสกุล, 2565; เพ็ญพร ทวีบุตร และคณะ, 2560; มลิวัดย์ ชัยโคตร, 2561; ลัคนา กองเมือง, 2563; วินิตา ประทีปวัฒนพันธ์ และคณะ, 2564) และมีการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผสมผสานกับการนำแอปพลิเคชันไลน์มาร่วมให้ความรู้กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วันทนิย์ งามวงศ์ และสุริพร ธนศิลป์, 2564) และในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ใหญ่ออนตั้น ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม (MEAN = 137.5, S.D= 10.91) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (MEAN = 149.30, S.D= 10.39) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังได้รับโปรแกรม (MEAN = 85.03, S.D=9.59) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (MEAN = 95.83, S.D= 8.62) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ ทั้งนี้โปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ถือเป็นเทคโนโลยีการสื่อสารที่ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง และควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (ศุภลักษณ์ ทองขาว และคณะ, 2564) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงซึ่งผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต่างกันย่อมมีพฤติกรรม และองค์ความรู้ที่แตกต่างกัน จึงเป็นช่องว่างในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าส่วนใหญ่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจ และหลอดเลือด (Al-Sutari & Ahmad, 2017; Daniali et al., 2017; Khademian et al., 2020; Lagampan & Mayurasakorn, 2020; Ma et al., 2022; Naeemi et al., 2022) ที่มีการใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ เช่น เว็บไซต์ มือถือ และแอปพลิเคชันต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งอาจมีการศึกษาที่ยังไม่ชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงด้วยการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ นอกจากนี้พบว่าการศึกษาในต่างประเทศมีบริบทการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม รูปแบบของอาหาร ความเชื่อต่าง ๆ ที่แตกต่างจากประเทศไทย ข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยที่ได้ใน

ต่างประเทศ บางครั้งไม่อาจถ่ายโอนมาใช้กับบริบทของสังคมไทยได้อย่างสอดคล้องทั้งหมด จึงอาจกล่าวได้ว่าเป็นช่องว่างของการศึกษาในครั้งนี้

ผู้วิจัยหลักในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์ตรวจสุขภาพพวยพวยพยาบาล จึงสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ โดยการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ตามแนวคิดของ Orem (2001) ซึ่งเป็นกระบวนการช่วยเหลือของพยาบาลอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อเสริมสร้างความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง โดยใช้การสร้างสิ่งแวดล้อมถือเป็นการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้ป่วย ผู้วิจัยเลือกใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสมรวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และการให้เห็นคุณค่าต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยคาดว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดสูงได้ และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไขมันในเลือดสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

1. ระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นอย่างไร
2. ระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมและคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมและคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในด้านสุขภาพร่างกาย ต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยร้ายแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงผลกระทบจากการสะสมไขมันในผนังหลอดเลือด ที่อาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว และเสื่อมสภาพส่งผลให้เลือดไหลเวียนได้ยาก เกิดความเสียหายต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ สมองและไต นอกจากนี้ การละเลยการจัดการภาวะดังกล่าวอาจเพิ่มความเสี่ยงของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจถึงขั้นเป็นอันตรายถึงชีวิต หนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้ภาวะไขมันในเลือดสูงไม่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพคือ การขาดความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การเสริมสร้างความรู้ และการสนับสนุนด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง จึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดของ Orem (2001) ที่เน้นการสนับสนุนการดูแลตนเองผ่านการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โปรแกรมนี้ออกแบบมาเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงและควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

โปรแกรมหวังว่าจะช่วยเพิ่มระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง และสามารถลดระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อีกทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน ดังนั้น ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์น่าจะมีระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลแบบปกติ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในลักษณะนี้ไม่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่ยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระยะยาวได้อีกด้วย (Heikkilä et al., 2019)

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมและคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมและคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยใช้รูปแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest Control Groups Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรม และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพที่ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไขมันในเลือดสูง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพที่ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไขมันในเลือดสูงมีระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL - cholesterol, LDL) > 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride, TG) > 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรที่ยังไม่ได้รับยาลดไขมันในเลือด

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

ตัวแปรตาม คือ ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) หมายถึง ภาวะที่ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ คอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ และ LDL สูงเกินค่ามาตรฐาน หรือระดับ HDL ต่ำกว่าปกติ ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารไขมันสูงและการขาดการออกกำลังกาย โดยไขมันในเลือดที่วัดได้ประกอบด้วยหลายประเภทที่มีบทบาทและผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่

1. ไขมันชนิดดี (HDL - cholesterol) เป็นไขมันที่มีความหนาแน่นสูง ซึ่งมีบทบาทในการขนส่งไขมันชนิดไม่ดี (LDL) จากหลอดเลือดไปยังตับเพื่อขจัดออกจากร่างกาย ค่า HDL มีค่าปกติมากกว่า 60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

2. ไขมันชนิดไม่ดี (LDL - cholesterol) เป็นไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ ไขมันมีระดับสูงในเลือดจะสะสมที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบและแข็งตัว ค่าปกติ LDL ต่ำกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

3. ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) เป็นไขมันที่เกิดจากการสังเคราะห์ในตับและลำไส้ รวมถึงจากการรับประทานอาหาร ค่าไตรกลีเซอไรด์ปกติไม่เกิน 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

4. คอเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) เป็นการวัดไขมันทั้งหมดในเลือด ซึ่งรวมถึง HDL, LDL และไขมันอื่น ๆ ไขมันคอเลสเตอรอลรวมมีค่าผิดปกติอาจทำให้เกิดการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือดและเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจ ค่า Total cholesterol ปกติ ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ หมายถึง กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Orem (2001) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงสามารถปรับปรุงพฤติกรรมดูแลตนเองได้ กิจกรรมมีดังนี้ การใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นตัวจัดกระทำที่ช่วยในการสื่อสาร การสนับสนุนรวมถึงการให้ข้อมูลทางการแพทย์ ติดตามทุกสัปดาห์ ทางช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ สนับสนุนคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้กำลังใจผ่านการสื่อสารแบบทันที

พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมและการกระทำที่ผู้ป่วยทำเพื่อควบคุมและจัดการกับไขมันในเลือดสูง ซึ่งรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร การลดการบริโภคไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล การออกกำลังกายเป็นประจำ ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ การติดตามระดับไขมันในเลือด การตรวจสอบระดับไขมันในเลือดเป็นระยะ ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ

ระดับความรู้ในการดูแลตนเอง หมายถึง ความเข้าใจในข้อมูลเกี่ยวกับไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบของไขมันในเลือดสูง วิธีในการดูแลตนเอง การจัดการ และการควบคุมไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินความรู้ จำนวน 20 ข้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงที่เข้าร่วมโครงการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดลดลงและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน
2. โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง เพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปสาระสำคัญ และนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูง
 - 1.1 ความหมายของโรคไขมันในเลือดสูง
 - 1.2 กลไกการเกิดโรคไขมันในเลือดสูง
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไขมันในเลือดสูง
 - 1.4 ผลกระทบของโรคไขมันในเลือดสูง
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.2 ความสำคัญของการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง
 - 2.3 พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการควบคุมไขมันในเลือด
 - 2.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง
3. การใช้เทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ
 - 3.1 บทบาทของเทคโนโลยีในงานสุขภาพ
 - 3.2 บทบาทของปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - 3.3 แนวทางการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการใช้ปัญญาประดิษฐ์
4. ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง
 - 4.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem
 - 4.2 ระบบการพยาบาลในแนวคิดของ Orem
 - 4.3 การประยุกต์ใช้แนวคิด Orem ในการวิจัย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูง

ความหมายของโรคไขมันในเลือดสูง

Pengpid & Peltzer (2022) กล่าวว่า ภาวะที่ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โดยอาจเกิดจากการมีคอเลสเตอรอลรวมสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง หรือระดับ LDL - C สูงกว่ามาตรฐาน รวมถึง การมีระดับ HDL - C ซึ่งเป็นไขมันชนิดดีต่ำกว่าค่าปกติ ภาวะนี้แสดงถึงความไม่สมดุลในการเผาผลาญไขมันของร่างกาย อันอาจมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย หรือจากปัจจัยทางพันธุกรรม ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการสะสมไขมันในหลอดเลือดและนำไปสู่โรคภัยร้ายแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ณัฐพล สถาวโรดม (2566) กล่าวว่า ภาวะที่ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ เช่น คอเลสเตอรอลรวมและไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าค่ามาตรฐาน หรือระดับ HDL - C ต่ำกว่าค่าที่กำหนด ภาวะนี้เกิดจากความไม่สมดุลในกระบวนการเผาผลาญไขมันในร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดการสะสมของไขมันในหลอดเลือด อาจนำไปสู่โรคหลอดเลือดแดงแข็งและภาวะหัวใจขาดเลือด

Pootong et al. (2023) กล่าวว่า การที่ระดับไขมันในเลือด เช่น คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์และ LDL สูงเกินค่ามาตรฐาน หรือระดับ HDL ต่ำกว่าปกติ ภาวะนี้เกิดจากความผิดปกติในการเผาผลาญไขมันของร่างกาย และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง การป้องกันและจัดการภาวะดังกล่าวเน้นการปรับพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

Motuma et al. (2023) กล่าวว่า ภาวะที่ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นการเพิ่มขึ้นของไขมันชนิดไม่ดี เช่น คอเลสเตอรอล LDL หรือไตรกลีเซอไรด์ในกระแสเลือด หรือการลดลงของไขมันชนิดดี (HDL) อันเป็นผลจากความไม่สมดุลในกระบวนการเผาผลาญไขมันของร่างกาย ภาวะนี้ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารไขมันสูง การขาดการออกกำลังกายและพฤติกรรมอื่น ๆ ที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (2567) กล่าวว่า ความผิดปกติของกระบวนการเมแทบอลิซึมของไลโปโปรตีนในร่างกาย ซึ่งทำให้ระดับไขมันชนิดต่าง ๆ ในเลือดเปลี่ยนแปลงจนกลายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis)

สรุป ไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) หมายถึง ภาวะที่ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ เช่น คอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ และ LDL สูงเกินค่ามาตรฐาน หรือระดับ HDL ต่ำกว่าปกติ สาเหตุเกิดจากความไม่สมดุลของกระบวนการเผาผลาญไขมันในร่างกาย และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมองและหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) โดยมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารไขมันสูงและการขาดการออกกำลังกาย โดยไขมันในเลือดที่วัดได้ประกอบด้วยหลายประเภทที่มีบทบาทและผลกระทบต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน ได้แก่

1. ไขมันชนิดดี (HDL - cholesterol) ไขมันที่มีความหนาแน่นสูง ซึ่งมีบทบาทในการขนส่งไขมันชนิดไม่ดี (LDL) จากหลอดเลือดไปยังตับเพื่อขจัดออกจากร่างกาย ค่า HDL มีมากกว่า 60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เพื่อให้มีความเสี่ยงต่ำต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ไขมันชนิดไม่ดี (LDL - cholesterol) ไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ ซึ่งหากมีระดับสูงในเลือดจะสะสมที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดตีบและแข็งตัว เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ค่า LDL ต่ำกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
3. ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ไขมันที่เกิดจากการสังเคราะห์ในตับและลำไส้ รวมถึงจากการรับประทานอาหาร หากมีระดับสูงอาจทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่าไตรกลีเซอไรด์ปกติไม่เกิน 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
4. คอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) เป็นการวัดไขมันทั้งหมดในเลือด ซึ่งรวมถึง HDL, LDL และไขมันอื่น ๆ ระดับสูงของคอเลสเตอรอลรวมอาจทำให้เกิดการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือดและเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจ ค่า Total cholesterol ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

กลไกการเกิดโรคไขมันในเลือดสูง

ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) เกิดจากความผิดปกติในกระบวนการเมแทบอลิซึมของไลโปโปรตีนในร่างกาย ซึ่งส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ เช่น คอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ หรือ LDL สูงกว่ามาตรฐานและระดับ HDL ต่ำกว่าค่าปกติ กลไกสำคัญที่เกี่ยวข้อง (Alves - Bezerra & Cohen, 2017; Nair, 2013) ดังนี้

1. การเพิ่มการสร้างและลดการกำจัด LDL - C ดับมีบทบาทสำคัญในการผลิตและกำจัด LDL - C ผ่านตัวรับ LDL (LDL receptor) หากตับลดการแสดงออกของตัวรับนี้

หรือหากการทำงานของตัวรับถูกยับยั้ง เช่น ในภาวะที่มีการกลายพันธุ์ของยีนที่เกี่ยวข้อง (Familial hypercholesterolemia) จะส่งผลให้ LDL - C ในเลือดเพิ่มขึ้น

2. การเพิ่มการสะสมไตรกลีเซอไรด์ การที่ร่างกายบริโภคไขมันและน้ำตาลในปริมาณสูงเกินไป จะกระตุ้นให้เกิดการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ในตับเพิ่มขึ้นและเมื่อรวมกับการขนส่งไขมันที่ผิดปกติผ่านไลโปโปรตีนชนิด VLDL (Very Low - Density Lipoprotein) จะทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเพิ่มขึ้น

3. การลดลงของ HDL - C ทำหน้าที่ขนส่งคอเลสเตอรอลจากเนื้อเยื่อกลับไปยังตับ (Reverse Cholesterol Transport) หากกลไกนี้บกพร่อง เช่น การลดการสังเคราะห์อะพอลิโพรตีน A1 (Apolipoprotein A1) ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของ HDL จะส่งผลให้ระดับ HDL - C ในเลือดลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการสะสมไขมันในหลอดเลือด

4. การอักเสบในหลอดเลือด ภาวะไขมันในเลือดสูงจะกระตุ้นการอักเสบในหลอดเลือด โดยโมเลกุลไขมันที่สะสมในหลอดเลือดจะเกิดการออกซิไดซ์ (Oxidized LDL) และกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้เกิดการสะสมของโฟมเซลล์ (Foam cells) และเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis)

สรุป ภาวะไขมันในเลือดสูงเกิดจากความผิดปกติในกระบวนการเผาผลาญไขมันในร่างกาย โดยส่งผลให้ระดับไขมันในเลือด เช่น คอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ และ LDL สูงกว่ามาตรฐาน ขณะที่ระดับ HDL ซึ่งเป็นไขมันชนิดดี มีค่าต่ำกว่าปกติ กลไกการเกิดภาวะนี้เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น การที่ตับลดความสามารถในการกำจัด LDL - C เนื่องจากการแสดงออกของตัวรับ LDL ในตับลดลง หรือความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น Familial Hypercholesterolemia ทำให้ LDL - C สะสมในเลือด อีกทั้งการบริโภคอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง ยังทำให้ระดับสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้น การลดลงของ HDL ซึ่งทำหน้าที่ขนส่งคอเลสเตอรอลส่วนเกินกลับไปที่ตับ ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการสะสมไขมันในหลอดเลือดและไขมันที่สะสมในหลอดเลือดมักถูกออกซิไดซ์ ทำให้เกิดการอักเสบในหลอดเลือด ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญของการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) นอกจากนี้ ภาวะไขมันในเลือดสูงยังสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์เกินขนาด และภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ระดับ LDL และไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันยังลดระดับ HDL ที่มีบทบาทในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ในทางตรงกันข้าม

ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น เพศและพันธุกรรม ก็มีผลสำคัญในความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้ โดยเฉพาะในผู้ชายและผู้หญิงหลังหมดประจำเดือนที่ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงทำให้ HDL ซึ่งช่วยป้องกันการสะสมไขมันในหลอดเลือดลดลงตามไปด้วย ความเข้าใจในกลไก และปัจจัยเหล่านี้ช่วยให้สามารถวางแผนป้องกันและจัดการภาวะไขมันในเลือดสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไขมันในเลือดสูง

ภาวะไขมันในเลือดสูงเกิดจากปัจจัยหลายประการ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (Mannu et al., 2013; Shi et al., 2024; วริษา กันบัวลา และคณะ, 2564) ดังนี้

ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable Factors)

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน น้ำมันปาล์ม ไขมันทรานส์ในอาหารแปรรูปและคอเลสเตอรอล เช่น อาหารทะเลและไข่แดง ในปริมาณมากเกินไป จะทำให้ระดับไขมันในเลือด โดยเฉพาะ LDL และไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการสะสมของไขมันในหลอดเลือดแดง ซึ่งอาจพัฒนาเป็นโรคหลอดเลือดแดงแข็งได้

2. การขาดการออกกำลังกาย การไม่มีการออกกำลังกายหรือการดำเนินชีวิตแบบนั่งนิ่ง (Sedentary Lifestyle) จะลดการเผาผลาญพลังงานส่วนเกินในร่างกาย ทำให้ไขมันสะสมเพิ่มขึ้น ทั้งในรูปของไตรกลีเซอไรด์และLDL ในทางตรงกันข้าม การออกกำลังกายสามารถเพิ่ม HDL ซึ่งช่วยกำจัดคอเลสเตอรอลส่วนเกินออกจากร่างกาย

3. การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ส่งผลลดระดับ HDL ซึ่งเป็นไขมันชนิดดีที่มีหน้าที่จัดไขมันส่วนเกิน นอกจากนี้สารเคมีในควันบุหรี่ยังกระตุ้นกระบวนการอักเสบในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวเร็วขึ้น ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

4. น้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน โดยเฉพาะผู้ที่มีไขมันสะสมบริเวณช่องท้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง เนื่องจากการทำงานของตับในกระบวนการเผาผลาญไขมันถูกรบกวน ทำให้ LDL และไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น ในขณะที่ HDL ลดลง

5. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป การบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณสูงทำให้ตับเพิ่มการสร้างคอเลสเตอรอล ซึ่งส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้การบริโภคแอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อการเพิ่มคอเลสเตอรอล LDL และลด HDL ในบางกรณี

ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (Non-modifiable Factors)

1. อายุ เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายจะเผาผลาญไขมันได้ช้าลง ซึ่งส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น ความเสี่ยงนี้สูงขึ้นในผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 45 ปี และในผู้หญิงหลังหมดประจำเดือน (มากกว่า 55 ปี) เนื่องจากระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลง

2. เพศ ผู้ชายมีแนวโน้มเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ง่ายกว่าผู้หญิงในวัยก่อนหมดประจำเดือน เนื่องจากเอสโตรเจนในผู้หญิงช่วยเพิ่มระดับ HDL ซึ่งป้องกันการสะสมไขมันในหลอดเลือด

3. พันธุกรรม ความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น Familial Hypercholesterolemia (FH) ซึ่งเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ทำให้เกิดระดับ LDL สูงผิดปกติตั้งแต่วัยเด็ก แม้ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ก็ยังมีโอกาสเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง

ผลกระทบของโรคไขมันในเลือดสูง

ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) มีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด ทั้งในเชิงโครงสร้างและการทำงาน ผลกระทบเหล่านี้สามารถอธิบายได้อย่างละเอียด (Kong et al., 2022; ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2567) ดังนี้

1. การสะสมของไขมันในหลอดเลือด (Atherosclerosis) ภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดการสะสมของไขมันชนิดไม่ดี เช่น LDL ในผนังหลอดเลือด กระบวนการนี้เริ่มต้นจากการที่ LDL ถูกออกซิไดซ์ (Oxidized LDL) และกระตุ้นการอักเสบในหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดจะหนาขึ้น และแข็งตัวจากการสะสมของคราบไขมัน (Plaque) การสะสมนี้นำไปสู่การตีบแคบของหลอดเลือด ซึ่งลดการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจและสมอง

2. โรคหัวใจขาดเลือด (Coronary Artery Disease - CAD) เมื่อหลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบแคบจนเลือดไหลผ่านไม่เพียงพอ ผู้ป่วยอาจเกิดอาการเจ็บหน้าอก หรือรุนแรงถึงขั้นเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Heart Attack) โรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นในกลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

3. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้หลอดเลือดในสมองเกิดการตีบตันจากคราบไขมัน หรือหลอดเลือดอาจแตก จากการสะสมไขมันในผนังหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic Stroke) หรือหลอดเลือดแตก (Hemorrhagic Stroke) ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือทำให้ผู้ป่วยมีความพิการในระยะยาว

4. ภาวะตับไขมันสะสม (Non - Alcoholic Fatty Liver Disease - NAFLD) ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดที่สูงส่งผลให้มีการสะสมไขมันในเซลล์ตับ การสะสมนี้อาจพัฒนาเป็นตับอักเสบเรื้อรัง (Non - Alcoholic Steatohepatitis - NASH) และเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับแข็งหรือมะเร็งตับในที่สุด

5. โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease - CKD) ไขมันในเลือดสูงทำให้หลอดเลือดในไตเกิดการตีบตัน (Renal Artery Stenosis) ซึ่งลดการไหลเวียนเลือดไปยังไต การที่ไตไม่ได้รับเลือดเพียงพอทำให้การกรองของเสียลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไตวายในระยะยาว

6. ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) ภาวะไขมันในเลือดสูง ส่งผลต่อการดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) โดยเฉพาะในผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง ซึ่งเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาโรคเบาหวานชนิดที่ 2

7. คุณภาพชีวิตลดลง ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงต้องเผชิญกับโรคร่วม เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคไต ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการใช้จ่ายและการดูแลสุขภาพในระยะยาว

สรุป ภาวะไขมันในเลือดสูงมีผลกระทบที่สำคัญต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะในระบบหัวใจและหลอดเลือด การสะสมของไขมันในหลอดเลือด (Atherosclerosis) เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้หลอดเลือดตีบและแข็งตัว ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจและสมองลดลง ภาวะนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งอาจนำไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมองที่อาจรุนแรงจนทำให้เสียชีวิต หรือเกิดความพิการในระยะยาว นอกจากนี้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดที่สูงยังส่งผลให้เกิดภาวะตับไขมันสะสม (Non - Alcoholic Fatty Liver Disease) ซึ่งอาจพัฒนาเป็นตับอักเสบหรือตับแข็งได้ ขณะเดียวกันไขมันในเลือดสูงยังส่งผลต่อหลอดเลือดที่ไต ทำให้เกิดภาวะไตเสื่อมและเพิ่มความเสี่ยงต่อไตวายเรื้อรัง อีกทั้งภาวะดื้อต่ออินซูลินที่สัมพันธ์กับไขมันในเลือดสูงยังนำไปสู่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลกระทบเหล่านี้ไม่เพียงทำให้เกิดโรคร้ายแรง แต่ยังลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวทั้งในด้านร่างกาย เศรษฐกิจและจิตใจ การจัดการระดับไขมันในเลือดด้วยการปรับพฤติกรรมสุขภาพและการใช้ยาที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันผลกระทบเหล่านี้และลดภาระของโรคในอนาคต

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมระดับไขมันในเลือดและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด การดูแลตนเองไม่เพียงช่วยป้องกันการเกิดโรคเพิ่มเติม แต่ยังช่วยส่งเสริมสุขภาพโดยรวมผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการตรวจสุขภาพ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงถือเป็นเป้าหมายสำคัญในกระบวนการรักษา ดังจะนำเสนอหัวข้อดังต่อไปนี้

ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง

Scott (2001) ได้ให้ความหมายว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลตัดสินใจและกระทำโดยอาศัยความรู้และการสนับสนุนจากแหล่งข้อมูลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การดูแลตนเองนี้ครอบคลุมถึงการเรียนรู้วิธีการจัดการสุขภาพ เช่น การลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารไขมันสูง การเพิ่มการออกกำลังกายและการปฏิบัติตามแนวทางที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งล้วนมีเป้าหมายในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด

Zimmerman & Schunk (2011) ได้ให้ความหมายว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในบริบทของโรคเรื้อรังอย่างโรคไขมันในเลือดสูงเกี่ยวข้องกับการวางแผน การตั้งเป้าหมายและการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ป่วยต้องพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเอง เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติและการปรับพฤติกรรม เพื่อสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น พฤติกรรมดังกล่าวต้องอาศัยแรงจูงใจจากภายในและการสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์

Khademian et al. (2020) ได้ให้ความหมายว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองคือการปรับใช้ความรู้และการสนับสนุนเชิงระบบ เช่น การใช้โปรแกรมพยาบาลที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูงผ่านแอปพลิเคชันและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถจัดการภาวะไขมันในเลือดสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ พฤติกรรมดังกล่าวครอบคลุมถึงการปรับพฤติกรรมการกิน การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

Fan & Zhao (2021) ได้ให้ความหมายว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงสามารถเสริมสร้างได้ผ่านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพที่ช่วยติดตามพฤติกรรม การบันทึกข้อมูลสุขภาพ และการรายงานผลการเปลี่ยนแปลงการใช้เทคโนโลยีช่วยให้

ผู้ป่วยสามารถติดตามเป้าหมายด้านสุขภาพของตนเองได้ง่ายขึ้น พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยง

Abera et al. (2024) ได้ให้ความหมายว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น การลดการบริโภคไขมันทรานส์และไขมันอิ่มตัว รวมถึงการเพิ่มกิจกรรมทางกายที่ช่วยกระตุ้นการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย การดูแลตนเองยังรวมถึงการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่หรือดื่มสุราและการพัฒนากลยุทธ์เพื่อลดความเครียดที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับไขมันในเลือด

ศุภลักษณ์ ทองขาว และคณะ (2564) ได้ให้ความหมายว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ครอบคลุมการเลือกปฏิบัติที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การติดตามผลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาล การดูแลตนเองนี้ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ

วินิตา ประทีปวัฒนพันธ์ และคณะ (2564) กล่าวถึงพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวัน เช่น การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง การเพิ่มการออกกำลังกาย การตรวจระดับไขมันในเลือดอย่างสม่ำเสมอและการมีแรงจูงใจที่จะบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพที่ดีขึ้น พฤติกรรมเหล่านี้ต้องอาศัยการเรียนรู้ ความเข้าใจและความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์

สรุป พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการตัดสินใจที่ผู้ป่วยดำเนินการด้วยตนเอง เพื่อควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยง โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมดังกล่าวครอบคลุมหลายด้าน เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายเป็นประจำ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นอันตราย เช่น การสูบบุหรี่หรือการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง รวมถึงการจัดการความเครียดที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับไขมันในเลือด นอกจากนี้พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองยังเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ เช่น การตรวจติดตามผลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลตามข้อมูลใหม่และการใช้เทคโนโลยีช่วยติดตามผล เช่น แอปพลิเคชันที่ช่วยจัดการข้อมูลสุขภาพ ผู้ป่วยที่สามารถพัฒนาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองได้ดี จะมีโอกาสควบคุมระดับไขมันในเลือด ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาพในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความสำคัญของการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง

การดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงสามารถควบคุมอาการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลตนเองไม่ได้จำกัดเพียงการปฏิบัติตามคำแนะนำ ยังครอบคลุมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว เช่น การปรับอาหาร การออกกำลังกาย และการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคอย่างต่อเนื่องซึ่งมีความสำคัญดังนี้

1. ลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดแดงแข็งและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การดูแลตนเอง เช่น การลดปริมาณไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ในอาหาร ช่วยลดการสะสมของคราบไขมันในหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้น ลดโอกาสการอุดตันในหลอดเลือดและภาวะหัวใจล้มเหลว (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2567)

2. ควบคุมระดับไขมันในเลือด พฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืช การออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น เดินเร็ว หรือว่ายน้ำ ช่วยลดระดับไขมัน LDL และเพิ่ม HDL ในร่างกาย ส่งผลให้การควบคุมระดับไขมันในเลือดมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Babadagli et al., 2023)

3. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไขมันในเลือดสูงหากไม่ได้รับการควบคุม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรังและภาวะหลอดเลือดอุดตัน การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจระดับไขมันในเลือดอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะเหล่านี้และรักษาการทำงานของอวัยวะสำคัญในร่างกาย (Babadagli et al., 2023)

4. เพิ่มคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยที่ดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกายเป็นประจำ และการจัดการความเครียดจะรู้สึกมีพลังงานและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่มีข้อจำกัดมาก การปรับพฤติกรรมที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรักษาสุขภาพได้ในระยะยาวและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค (Babadagli et al., 2023)

5. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การดูแลตนเองช่วยลดความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือการใช้จ่ายราคาแพง ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ด้วยตนเองจะลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาภาวะแทรกซ้อนและการติดตามสุขภาพในระยะยาว (Babadagli et al., 2023)

6. ส่งเสริมการตระหนักรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเองกระตุ้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับโรคของตนเอง เช่น การรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของภาวะไขมันในเลือดสูง และการตัดสินใจในการเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสม การเรียนรู้เหล่านี้ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการสุขภาพ และลดความเสี่ยงในอนาคต (Zimmerman & Schunk, 2011)

7. สร้างความมั่นใจในการจัดการสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง เช่น ระดับไขมันในเลือดลดลงหรือสุขภาพโดยรวมดีขึ้น จะช่วยสร้างความมั่นใจว่าพวกเขาสามารถควบคุมโรคได้ การสร้างความมั่นใจนี้ช่วยลดความเครียด และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพต่อไป (Ismail et al., 2023)

8. ลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ การที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เช่น การจัดการพฤติกรรม การกินและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม จะช่วยลดความจำเป็นในการเข้าพบแพทย์บ่อยครั้ง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนมากขึ้น (Ismail et al., 2023)

9. ส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว การดูแลตนเองเป็นรากฐานสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีในระยะยาว การปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมช่วยลดโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และยังส่งผลให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้นในระยะยาว แม้ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว (Ismail et al., 2023)

10. สนับสนุนเป้าหมายด้านสาธารณสุข การที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอัตราการเกิดโรคเรื้อรังในชุมชน ส่งผลให้ประชากรมีสุขภาพที่ดีขึ้น ลดภาระด้านการจัดการสุขภาพในระดับประเทศ และช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขโดยรวม (Ismail et al., 2023)

สรุป การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในระดับบุคคลและระดับสาธารณสุข ผู้ป่วยที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด จะลดความเสี่ยงของโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง การดูแลตนเองยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และลดความจำเป็นในการพึ่งพาศูนย์การแพทย์ในระยะยาว นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงสุขภาพของตนเอง มีความมั่นใจในการจัดการโรคและส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว ทั้งยังช่วยสนับสนุนเป้าหมายของสาธารณสุขในการลดอัตราการเกิดโรคเรื้อรังในชุมชน การดูแลตนเองจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ส่งเสริมสุขภาพและลดภาระต่อระบบสุขภาพในระดับประเทศได้อย่างยั่งยืน

พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการควบคุมไขมันในเลือด

พฤติกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด เนื่องจากส่งผลโดยตรงต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ โดยพฤติกรรมสำคัญที่มีผลต่อการควบคุมไขมันในเลือด ได้แก่

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์สูง เช่น อาหารทอด ผาสต์ฟู้ดและขนมอบ เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ระดับ LDL และไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้นในทางกลับกัน การบริโภคอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช และอาหารที่มีไขมันดี เช่น ปลาแซลมอน น้ำมันมะกอก และถั่ว ช่วยลด LDL และเพิ่ม HDL ได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การจำกัดปริมาณน้ำตาลและเกลือยังช่วยป้องกันการสะสมไขมันในหลอดเลือด (Wazir et al., 2023)

2. การออกกำลังกายช่วยเพิ่มการเผาผลาญไขมันในร่างกายและลดระดับไขมันในเลือด โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดินเร็ว วิ่ง หรือว่ายน้ำ เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับการลด LDL และไตรกลีเซอไรด์และเพิ่ม HDL ในร่างกาย คำแนะนำจาก American Heart Association คือการออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีที่สุด (Wazir et al., 2023)

3. การควบคุมน้ำหนัก ที่เกินมาตรฐานหรือภาวะอ้วน โดยเฉพาะการสะสมของไขมันบริเวณหน้าท้อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระดับ LDL และไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น การลดน้ำหนักอย่างเหมาะสมด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายสามารถช่วยปรับปรุงระดับไขมันในเลือดได้อย่างชัดเจน งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการลดน้ำหนักลง 5-10% ของน้ำหนักตัวสามารถลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Zhu et al., 2022)

4. การบริโภคแอลกอฮอล์ ในปริมาณที่มากเกินไปสามารถเพิ่มระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะไขมันในเลือดสูง การบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสม เช่น ไม่เกินวันละ 1 แก้วสำหรับผู้หญิงและ 2 แก้วสำหรับผู้ชาย หรือการหลีกเลี่ยงอย่างสิ้นเชิง จะช่วยควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ดีขึ้น (Zhu et al., 2022)

5. การสูบบุหรี่ ทำให้ระดับ HDL ซึ่งเป็นไขมันดีลดลง และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการสะสมของคราบไขมันในหลอดเลือด การเลิกบุหรี่จึงเป็นพฤติกรรมที่ช่วยปรับปรุงระดับไขมันในเลือด และลดโอกาสการเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน รวมถึงลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว (Klop et al., 2013)

6. การจัดการความเครียดเรื้อรัง สามารถส่งผลต่อการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการสะสมไขมันในร่างกาย เช่น คอร์ติซอล ความเครียดยังนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารหวาน หรือไขมันสูง และลดความถี่ในการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เช่น การทำสมาธิ การฝึกหายใจลึก หรือการออกกำลังกาย สามารถลดผลกระทบต่อการสะสมไขมันในเลือดได้ (Klop et al., 2013)

7. การปฏิบัติตามแผนการรักษา ภาวะไขมันในเลือดสูงในบางกรณีจำเป็นต้องใช้ยา เช่น ยากลุ่มสแตตินเพื่อช่วยลด LDL ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัดจะสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงของโรคแทรกซ้อน (Klop et al., 2013)

สรุป พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการควบคุมไขมันในเลือดมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการภาวะไขมันในเลือดสูง โดยพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อระดับไขมัน LDL, HDL และไตรกลีเซอไรด์ในร่างกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว และไขมันทรานส์ ขณะเดียวกันเพิ่มอาหารที่มีเส้นใยและไขมันดี ช่วยลดความเสี่ยงของการสะสมไขมันในหลอดเลือด การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดินเร็วหรือวิ่ง ช่วยกระตุ้นการเผาผลาญไขมันในร่างกาย การควบคุมน้ำหนักมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับไขมันในเลือดสูง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และเลิกสูบบุหรี่ช่วยป้องกันการเพิ่มระดับไตรกลีเซอไรด์ และลดโอกาสการสะสมของคราบไขมันในหลอดเลือด การจัดการความเครียด เช่น การทำสมาธิหรือการฝึกหายใจลึก ช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากฮอร์โมนความเครียดซึ่งอาจทำให้ระดับไขมันในเลือดแย่ลง ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาลดไขมัน เช่น สแตติน การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดเป็นสิ่งสำคัญเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ และลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อน การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องไม่เพียงช่วยจัดการโรค แต่ยังช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความเสี่ยงของโรคร้ายแรงในระยะยาว

ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงได้รับผลกระทบจากปัจจัยหลายประการที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อลดระดับไขมันในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเหล่านี้สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

1. การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง โดยการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม สนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและช่วยดูแลการรับประทานยา การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การสร้างกำลังใจในช่วงที่ผู้ป่วยเผชิญความท้าทาย ยังช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Yin et al., 2024)

2. การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ มีบทบาทในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่เหมาะสม การติดตามผลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจระดับไขมันในเลือด หรือการปรับเปลี่ยนยาตามอาการ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในกระบวนการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาอย่างละเอียด และการตอบคำถามอย่างตรงจุดยังเพิ่มความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Yin et al., 2024)

3. การมีแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ แหล่งข้อมูล เช่น เว็บไซต์ทางการแพทย์ หนังสือสุขภาพ หรือแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูงและวิธีการจัดการโรคด้วยตนเอง ข้อมูลที่เชื่อถือได้ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการดำเนินพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การเลือกอาหารหรือการปรับกิจวัตรประจำวันเพื่อลดระดับไขมันในเลือด (Yin et al., 2024)

4. การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพหรืออุปกรณ์ติดตามสุขภาพ ช่วยเพิ่มความสะดวกในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถบันทึกข้อมูล เช่น ระดับไขมันในเลือด น้ำหนัก หรือกิจกรรมทางกาย และส่งต่อข้อมูลเหล่านี้ให้กับแพทย์เพื่อติดตามผลอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ เทคโนโลยียังช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาผ่านการแจ้งเตือนเกี่ยวกับการรับประทานยาและการออกกำลังกาย (Abera et al., 2024)

5. แรงจูงใจภายใน เช่น ความต้องการรักษาสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของโรคหรือเพื่อดำเนินชีวิตอย่างอิสระ มีผลต่อความมุ่งมั่นของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง แรงจูงใจดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้แม้ต้องเผชิญกับอุปสรรค เช่น การเปลี่ยนแปลงอาหารหรือการเริ่มออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Abera et al., 2024)

6. การสนับสนุนจากชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น กลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยหรือศูนย์สุขภาพในท้องถิ่น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับแรงบันดาลใจ และความรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เช่น การออกกำลังกาย หรือเวิร์กช็อปด้านโภชนาการ ช่วยเพิ่มความมั่นใจและเสริมสร้างความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย (Soleimani et al., 2024)

7. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เพียงพอ เช่น คลินิกเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเอง การติดตามผลสุขภาพเป็นระยะ เช่น การตรวจวัดระดับไขมันในเลือดและการให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมจากทีมผู้เชี่ยวชาญ ช่วยลดความยุ่งยาก และเพิ่มโอกาสในการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Soleimani et al., 2024)

8. การมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพเช่น ความเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถลดระดับไขมันในเลือดและป้องกันโรคหัวใจได้ เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ทัศนคติในเชิงบวกยังช่วยลดความวิตกกังวล และเพิ่มความมุ่งมั่นในการดูแลตนเอง (Soleimani et al., 2024)

9. การพัฒนาทักษะการจัดการสุขภาพ เช่น การวางแผนมื้ออาหาร การติดตามกิจกรรมทางกาย หรือการตรวจสอบสัญญาณเตือนของสุขภาพด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะเหล่านี้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น (Soleimani et al., 2024)

10. การมีแรงสนับสนุนทางเศรษฐกิจ ทรัพยากรทางการเงินมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเอง เช่น การซื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพ การเข้ารับการรักษาพยาบาลและการใช้เครื่องมือวัดสุขภาพ การมีทรัพยากรเพียงพอช่วยลดความเครียดที่เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านการเงิน และส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเอง (Soleimani et al., 2024)

สรุป ปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยด้านครอบครัวเป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยสนับสนุนทั้งทางอารมณ์และการปฏิบัติ เช่น การจัดเตรียมอาหาร หรือการส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกาย การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มความมั่นใจ และลดความกังวลของผู้ป่วย การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้และเทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันด้านสุขภาพ หรืออุปกรณ์ติดตามสุขภาพ ช่วยเพิ่มความสะดวกและประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ การมีแรงจูงใจภายในและการสนับสนุนจากชุมชน เช่น กลุ่มเพื่อน หรือกิจกรรมในพื้นที่ ยังช่วยเพิ่มแรงบันดาลใจและความรู้สึกร่วมกันมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เพียงพอ เช่น คลินิกโรคเรื้อรัง ช่วยลดภาระของผู้ป่วยในด้านการติดตามผล และการรักษา ทัศนคติที่ดีของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น ความเชื่อมั่นว่าการปรับพฤติกรรมช่วยลดโรค ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามแผนอย่างเคร่งครัด ทักษะการจัดการสุขภาพ เช่น การวางแผน

มีอาหาร หรือการตรวจสัญญาณสุขภาพ ช่วยเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านเศรษฐกิจยังเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยที่มีทรัพยากรเพียงพอจะสามารถเข้าถึงอาหาร การรักษา และอุปกรณ์สุขภาพที่จำเป็นได้ การรวมปัจจัยทั้งหมดนี้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือด ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ในระยะยาว

การใช้เทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ

การใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และดูแลสุขภาพผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงมีความสำคัญเนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่สะดวก เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ใช้สื่อความรู้แบบโต้ตอบ จะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการควบคุมไขมันในเลือด รวมถึงแนวทางการดูแลตนเองทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย ได้อย่างถูกต้อง เทคโนโลยีจึงเป็นกลไกสำคัญในการส่งต่อความรู้ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น

บทบาทของเทคโนโลยีในงานสุขภาพ

1. อุปกรณ์สวมใส่อัจฉริยะ (Wearable Devices) อุปกรณ์ เช่น นาฬิกาอัจฉริยะ หรือ สายรัดข้อมือสุขภาพช่วยติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และระดับกิจกรรมทางกาย ผู้ป่วยสามารถรับรู้ข้อมูลสุขภาพตนเองได้ทันที พร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน และออกกำลังกายให้เหมาะสม ข้อมูลจากอุปกรณ์เหล่านี้ยังสามารถส่งต่อให้บุคลากรทางการแพทย์ วิเคราะห์แนวโน้ม และภาวะเสี่ยง ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว รวมทั้งส่งเสริมการตัดสินใจ โดยอิงข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน (Kamei et al., 2022; Willis et al., 2022)

2. แอปพลิเคชันสุขภาพบนสมาร์ตโฟน (Mobile Health Apps) แอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ป่วยติดตามค่าคอเลสเตอรอลและไขมันในเลือดผ่านการบันทึก และแสดงผลแบบเรียลไทม์ สามารถตั้งการแจ้งเตือนเพื่อรับประทานยา ออกกำลังกาย หรือเลือกอาหารที่เหมาะสม ผู้ป่วยเข้าถึงคำแนะนำทางการแพทย์จากระยะไกลได้สะดวกยิ่งขึ้น เสริมสร้างความรู้สึกร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และแพทย์สามารถติดตามสภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผ่านระบบออนไลน์ (Willis et al., 2022)

3. สื่อเรียนรู้ออนไลน์และสื่อความรู้แบบโต้ตอบ (Interactive Educational Tools) สื่อออนไลน์ เช่น วิดีโอสารคดี อีเลิร์นนิ่ง ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจหลักการโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถศึกษาเนื้อหาในเวลาที่เหมาะสม และทบทวนได้บ่อยครั้ง เสริมสร้างแรงจูงใจ และทักษะในการดูแลสุขภาพ ลดความสับสนในการจัดการภาวะ

ไขมันในเลือดสูง และช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ (Rehman et al., 2017)

4. เครือข่ายสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ (Online Health Communities) ชุมชนออนไลน์ช่วยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เทคนิคการปรับพฤติกรรม และข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถพบปะผู้มีปัญหาคล้ายคลึงกัน สร้างกำลังใจ และแรงบันดาลใจ ในการดูแลตนเอง การเรียนรู้จากกันและกันช่วยเสริมสร้างความรู้สึกลึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ช่วยลดความโดดเดี่ยวในกระบวนการรักษา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพแบบยั่งยืน (Rehman et al., 2017)

5. ระบบเทเลเมดิซีน (Telemedicine) การเข้าถึงแพทย์จากระยะไกลผ่านวิดีโอคอล หรือแอปพลิเคชันสุขภาพช่วยลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงสามารถ ปรับยา ปรับอาหาร และรับคำแนะนำด้านการออกกำลังกายได้อย่างรวดเร็ว แม้อยู่ในบ้านของตน ช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ลดภาระของผู้ป่วยและแพทย์ รวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการภาวะไขมันในเลือดสูง (Rehman et al., 2017)

6. ระบบจัดเก็บข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records: EHRs) EHRs ช่วยให้แพทย์เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้รวดเร็วและครบถ้วน รวมถึงประวัติการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลการใช้ยา การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการต่าง ๆ ลดความซ้ำซ้อนในการตรวจ และปรับปรุงคุณภาพการตัดสินใจทางคลินิก ทำให้ทีมแพทย์ สามารถให้การรักษาที่เฉพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Willis et al., 2022)

7. การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ในการดูแลสุขภาพ AI ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่จากหลากหลายแหล่งเพื่อคาดการณ์ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง ช่วยแพทย์ในการวินิจฉัยเบื้องต้น และวางแผนการรักษาที่เหมาะสม อย่างแม่นยำ การใช้เทคโนโลยี AI เพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่เกี่ยวข้องกับไขมันในเลือดสูง ลดภาระงานซ้ำซ้อน และส่งเสริมการจัดการสุขภาพในระดับ ภาพรวม (Kamei et al., 2022)

สรุป การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในงานสุขภาพมีความหลากหลายและช่วยสนับสนุน การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เริ่มตั้งแต่อุปกรณ์สวมใส่อัจฉริยะที่ช่วยติดตามสัญญาณชีพ และกิจกรรมประจำวัน เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม แอปพลิเคชันสุขภาพ บนสมาร์ตโฟนช่วยบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพแบบเรียลไทม์ พร้อมคำแนะนำการดูแล จากระยะไกล ส่วนสื่อออนไลน์และสื่อโต้ตอบช่วยเพิ่มความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเอง

ผ่านความรู้ที่เข้าถึงได้ตลอดเวลา ชุมชนสุขภาพออนไลน์ยังเป็นอีกช่องทางสำคัญที่ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างแรงบันดาลใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ระบบเทเลเมดิซีนเข้ามาช่วยลดข้อจำกัดด้านระยะทาง ทำให้แพทย์และผู้ป่วยสื่อสาร และปรับแผนการรักษาได้สะดวกขึ้น ขณะเดียวกันระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ช่วยให้ข้อมูลทางการแพทย์เข้าถึงได้ง่าย ลดความซ้ำซ้อนในการรักษาและสนับสนุนการตัดสินใจที่รวดเร็วแม่นยำ นอกจากนี้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ยังเพิ่มศักยภาพในการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อคาดการณ์ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ช่วยแพทย์วางแผนการรักษาที่เหมาะสม และส่งเสริมการป้องกันโรคอย่างยั่งยืน สรุปได้ว่าเทคโนโลยีเหล่านี้ส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เพิ่มความแม่นยำ เข้าถึงง่าย ประหยัดทั้งเวลาและทรัพยากร

บทบาทของปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้การติดตามอาการและการดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างแม่นยำและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบทบาทของ AI ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจากการศึกษาของ กัมพล อินทรทะกุล และสุภาพ ไทยแท้ (2568) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การติดตามอาการและประเมินความรุนแรงของโรค AI ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพจากเซนเซอร์ หรืออุปกรณ์สวมใส่วัดสัญญาณชีพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และระดับออกซิเจนในเลือด ทำให้พยาบาลสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยได้แบบเรียลไทม์ การประเมินสถานะสุขภาพจึงแม่นยำขึ้น และหากพบค่าที่ผิดปกติจะได้รับการแจ้งเตือนทันที ช่วยลดความเสี่ยง และเพิ่มโอกาสในการตอบสนองอย่างรวดเร็ว

2. การให้คำแนะนำในการใช้ยาและการพยาบาลที่บ้าน AI ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพปัจจุบันควบคู่กับแผนการรักษา ทำให้การใช้ยามีความปลอดภัยและแม่นยำยิ่งขึ้น ลดความเสี่ยงในการให้ยาผิดพลาด นอกจากนี้ AI ยังช่วยปรับแผนการพยาบาลตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ส่งผลให้การดูแลมีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

3. ระบบเตือนภัยและการแจ้งเตือนเมื่ออาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง AI สามารถตรวจจับการเปลี่ยนแปลงค่าชีวภาพที่บ่งบอกถึงภาวะวิกฤติ เช่น ความดันโลหิตหรือชีพจรที่ผิดปกติ เมื่อพบสัญญาณเตือน จะมีการแจ้งเตือนให้พยาบาลและทีมสุขภาพรับทราบ และตอบสนองทันที ช่วยป้องกันการเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล

สรุป การนำปัญญาประดิษฐ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำให้การติดตามอาการ สะดวกและแม่นยำมากขึ้น พยาบาลสามารถประเมินค่าชีวสัญญาณจากอุปกรณ์สวมใส่ได้ แบบเรียลไทม์และได้รับการแจ้งเตือนทันทีเมื่อมีความผิดปกติ นอกจากนี้ปัญญาประดิษฐ์ยังช่วยให้ คำแนะนำในการปรับใช้ยา และการดูแลที่เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา อีกทั้งระบบแจ้งเตือนอัจฉริยะยังช่วยป้องกันภาวะวิกฤติ ช่วยให้ทีมสุขภาพตอบสนองได้รวดเร็ว ยิ่งขึ้น ผลที่ได้คือการลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความต้องการเฉพาะบุคคล

แนวทางการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการใช้ AI สำหรับการดูแลผู้ป่วย

การนำปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล และสนับสนุนการตัดสินใจของพยาบาล พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงานของทีม ดูแล การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการใช้งาน AI จะทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความต่อเนื่อง และตรงตามความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น ระบบ AI สามารถเชื่อมต่อกับอุปกรณ์ที่ผู้ป่วย และครอบครัวใช้เป็นประจำ เช่น โทรศัพท์มือถือ ไอแพด คอมพิวเตอร์ที่บ้าน หรืออุปกรณ์สวมใส่ ต่าง ๆ ผ่านแอปพลิเคชันเฉพาะสำหรับการดูแลสุขภาพ ช่วยให้ทุกคนสามารถใช้งานได้อย่างสะดวก และติดตามข้อมูลสุขภาพได้ตลอด 24 ชั่วโมงแบบทันทีที่ ทีมแพทย์และพยาบาลสามารถติดตาม ค่าชีวภาพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตจากระยะไกล และจะได้รับการแจ้งเตือน ทันทีเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่เสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ป่วย ฟังก์ชันเหล่านี้ช่วยให้การดูแลเป็นไป อย่างรวดเร็ว ลดความเสี่ยงและเสริมความมั่นใจในคุณภาพการดูแล แนวทางการพัฒนาเหล่านี้ ครอบคลุมถึงการฝึกอบรม การเชื่อมโยงข้อมูลและการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาก่อนของ กัมพล อินทรทะกุล และสุภาพ ไทยแท้ (2568) ดังต่อไปนี้

1. การบูรณาการการศึกษา AI ในหลักสูตรพยาบาล การฝึกอบรมพยาบาลในด้าน AI ตั้งแต่ระดับพื้นฐานเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจกลไกการทำงานของระบบ AI และเครื่องมือทางเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง (Hassan Mahmoudi & Mohammad Hesam Moradi, 2024) หลักสูตรควรครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้พยาบาลสามารถทดลองใช้เครื่องมือ และซอฟต์แวร์ AI จริงได้อย่างมั่นใจเนื้อหาการอบรมควรประกอบด้วยวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ การตีความผลการประมวลผลของ AI และการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจทางคลินิก การบูรณาการวิชาความรู้ด้าน AI ในหลักสูตรพยาบาลยังควรเชื่อมโยงกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน ทางพยาบาล รวมถึงกฎหมายและจริยธรรมในการใช้ข้อมูลผู้ป่วยการเปิดโอกาสให้พยาบาล

แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนร่วมวิชาชีพ หรือนักสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจที่หลากหลาย และนำไปสู่การประยุกต์ใช้ AI ในสถานการณ์ต่าง ๆ ของการดูแลสุขภาพ เมื่อพยาบาลมีพื้นฐานความเข้าใจ AI ที่แข็งแกร่ง จะสามารถปรับตัวและพัฒนาทักษะเพิ่มเติมตามการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. การพัฒนาระบบ AI เพื่อการดูแลเชิงคาดการณ์ AI สามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพที่บ้านที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อคาดการณ์ความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลสามารถเตรียมแผนการดูแลล่วงหน้าระบบคาดการณ์อาการ ช่วยลดความจำเป็นที่พยาบาลต้องเฝ้าระวังอาการตลอดเวลา แต่อาศัยข้อมูลจาก AI ที่ประมวลผลเรียลไทม์เพื่อแจ้งเตือนเมื่อมีแนวโน้มเกิดภาวะเสี่ยง การพัฒนาระบบดังกล่าวต้องอาศัยการปรับปรุงอัลกอริทึมให้มีความแม่นยำสูง เพื่อลดโอกาสการแจ้งเตือนที่ผิดพลาด และเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Ronquillo et al., 2021) พยาบาลควรได้รับการฝึกฝนในการตีความข้อมูลคาดการณ์จาก AI เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและปรับแผนการรักษาได้ตามความจำเป็น ระบบการดูแลเชิงคาดการณ์ยังช่วยให้การจัดสรรทรัพยากร เช่น บุคลากรหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และตรงจุดการเชื่อมโยงเทคโนโลยีคาดการณ์เข้ากับแผนการรักษาระยะยาว ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะวิกฤติและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยที่บ้าน

3. การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบการดูแลที่บ้าน และ โรงพยาบาลการสร้างระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงอย่างต่อเนื่องระหว่างบ้านและโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถติดตามอาการผู้ป่วยได้แบบเรียลไทม์การเชื่อมต่อข้อมูลช่วยให้แพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากที่บ้านได้ทันที เมื่อตรวจพบความผิดปกติ จะสามารถวางแผนการดูแล หรือปรับแผนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว (Cabral et al., 2023) การนำเทคโนโลยีคลาวด์ (Cloud Computing) และระบบฐานข้อมูลที่มีมาตรฐานความปลอดภัยสูงเข้ามาใช้จะช่วยลดความเสี่ยงด้านความปลอดภัย และความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วยพยาบาลต้องได้รับการอบรมในการใช้ระบบข้อมูลแบบใหม่ ทั้งในด้านการบันทึก การสืบค้น และการแบ่งปันข้อมูล เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในสภาพแวดล้อมข้อมูลที่ซับซ้อนการบูรณาการข้อมูลระหว่างระบบที่บ้านและโรงพยาบาล ช่วยเสริมสร้างความต่อเนื่องในการดูแล ลดความสับสน และเพิ่มความโปร่งใสในกระบวนการรักษาระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงยังเอื้อต่อการประเมินผลลัพธ์การรักษาแบบระยะยาว ช่วยให้พยาบาลสามารถปรับแนวทางการดูแลตามข้อมูลที่เป็นปัจจุบันได้ตลอดเวลา

4. การพัฒนา AI อินเทอร์เฟซที่ใช้งานง่าย การออกแบบอินเทอร์เฟซผู้ใช้ (User Interface) ของระบบ AI ให้ใช้งานง่าย และไม่ซับซ้อนช่วยลดอุปสรรคในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Buchanan et al., 2020) อินเทอร์เฟซที่ดีควรมีการแสดงผลข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยแบบเรียลไทม์ผ่านแดชบอร์ดที่ดูง่าย เช่น กราฟสรุปอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ระบบแจ้งเตือนอาการผิดปกติ (Alert Notifications) ควรออกแบบให้เข้าใจง่ายและส่งการแจ้งเตือนผ่านช่องทางที่พยาบาลเข้าถึงสะดวก เช่น สมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ตฟังก์ชันการให้คำแนะนำเชิงคาดการณ์ (Predictive Guidance) ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของพยาบาลในกรณีที่อาการผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงในอนาคตพยาบาลควรมีโอกาสในการร่วมออกแบบและทดสอบระบบอินเทอร์เฟซ เพื่อให้มั่นใจว่าระบบสอดคล้องกับความต้องการและการใช้งานจริงในบริบทการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอินเทอร์เฟซที่ใช้งานง่ายยังช่วยลดข้อผิดพลาดที่เกิดจากการตีความข้อมูลผิดพลาด และเพิ่มความรวดเร็วในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน

5. การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวผ่านระบบ AI ระบบ AI ที่ออกแบบมาให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และคำแนะนำได้โดยตรง ช่วยให้พวกเขามีบทบาทเชิงรุกในการดูแลสุขภาพ การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การเฝ้าระวัง การตรวจสัญญาณชีพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจความสำคัญของการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้ง่ายขึ้น ระบบ AI สามารถอัปเดตข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคำแนะนำการปฏิบัติตัวได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับข้อมูลที่ทันสมัย และสอดคล้องกับสถานการณ์การสนับสนุนในลักษณะนี้ช่วยลดความเครียดและความกังวลของครอบครัว เพราะพวกเขาทราบว่ามีความรู้และแนวทางพร้อมใช้งานอยู่เสมอ (Hashem et al., 2023) ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแจ้งข้อกังวลหรือส่งข้อมูลอาการกลับไปยังทีมสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การสื่อสารมีความสัมพันธ์ในลักษณะสองทางที่เอื้อต่อการปรับแผนการดูแลการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวผ่านระบบ AI ไม่เพียงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตเท่านั้น แต่ยังสร้างความมั่นใจและความไว้วางใจในระบบสุขภาพรวมถึงลดภาระงานพยาบาลในระยะยาว

สรุป การนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านช่วยให้พยาบาล และทีมสุขภาพสามารถติดตามอาการผู้ป่วยได้แบบเรียลไทม์ ลดความเสี่ยง และเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจทางคลินิก การบูรณาการปัญญาประดิษฐ์ในหลักสูตรพยาบาลจะเสริมสร้างความรู้ และทักษะในการใช้งานเทคโนโลยี ขณะเดียวกันการวิเคราะห์ข้อมูลแบบเชิงคาดการณ์ช่วยให้พยาบาล

สามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การเชื่อมโยงข้อมูลจากที่บ้านสู่โรงพยาบาล ผ่านระบบความปลอดภัยขั้นสูงช่วยให้ทีมสุขภาพเข้าถึงข้อมูลได้ทันที การพัฒนาอินเทอร์เน็ตให้ใช้งานง่ายจะช่วยให้พยาบาลประเมินอาการได้รวดเร็วและผู้ป่วย หรือครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้มากขึ้น ผลที่ตามมาคือคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ความเชื่อมั่นในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น และภาระงานของพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ ดอโรธีอา ออเร็ม (Dorothea E. Orem) เป็นหนึ่งในทฤษฎีการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในวงการพยาบาลศาสตร์ ทฤษฎีนี้เน้นที่ความสำคัญของการดูแลตนเองในกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันโรค โดยมองว่าผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเอง และพยาบาลมีหน้าที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ โดยองค์ประกอบหลักของทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem มีดังนี้

1. การดูแลตนเอง (Self - Care) การดูแลตนเองหมายถึง กิจกรรมที่บุคคลทำเพื่อรักษาสุขภาพ พัฒนาตนเองและป้องกันโรค ซึ่งรวมถึงการทำความสะอาดตัวเอง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด การดูแลตนเองเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ และมีความเป็นอิสระในการจัดการสุขภาพของตนเอง (Orem, 2001)

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - Care Agency) ความสามารถในการดูแลตนเองหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างอิสระและมีประสิทธิภาพ ความสามารถนี้ไม่คงที่ แต่สามารถพัฒนาและปรับปรุงได้ตามประสบการณ์และการเรียนรู้ การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น และลดการพึ่งพาการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ (Orem, 2001)

3. ความต้องการในการดูแลตนเอง (Self - Care Requisites) ความต้องการในการดูแลตนเองแบ่งออกเป็นสามประเภทหลัก ได้แก่

3.1 การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพ (Universal Self - Care Requisites) : เป็นความต้องการพื้นฐานที่ทุกคนต้องปฏิบัติเพื่อรักษาสุขภาพ เช่น การหายใจ การกิน การนอนหลับ

3.2 การดูแลตนเองเพื่อพัฒนาการ (Developmental Self - Care Requisites) : เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพและการเติบโตส่วนบุคคล เช่น การเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ การพัฒนาตนเองทางด้านอารมณ์และสังคม

3.3 การดูแลตนเองเพื่อการแปรรูปสถานการณ์ (Health Deviation Self - Care Requisites) : เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาสุขภาพหรือสถานการณ์ที่ต้องการการดูแลเฉพาะทาง เช่น การจัดการกับโรคเรื้อรังหรือการฟื้นฟูหลังการผ่าตัด (Orem, 2001)

สรุป ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) เป็นหนึ่งในทฤษฎีการพยาบาลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทฤษฎีนี้เน้นความสำคัญของการดูแลตนเองในการฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรค โดยมองว่าผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเอง และพยาบาลมีหน้าที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเต็มที่ องค์ประกอบหลักของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย การดูแลตนเอง ซึ่งหมายถึงกิจกรรมที่บุคคลทำเพื่อรักษาสุขภาพ และป้องกันโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพและความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น การดูแลเพื่อสุขภาพ การพัฒนาการและการแปรรูปสถานการณ์ ทฤษฎีนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าใจและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ระบบการพยาบาลในแนวคิดของ Orem

ระบบการพยาบาลในแนวคิดของ ดอโรเธีย อินเดีย ออเร็ม (Dorothea E. Orem) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการกำหนดรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการเหล่านั้น ระบบการพยาบาลของ Orem แบ่งออกเป็นสามประเภทหลัก ได้แก่ ระบบการพยาบาลแบบชดเชยทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System), ระบบการพยาบาลแบบชดเชยบางส่วน (Partly Compensatory Nursing System), และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ (Supportive - educative Nursing System) ซึ่งแต่ละระบบมีบทบาทและการประยุกต์ใช้ที่แตกต่างกันตามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

1. ระบบการพยาบาลแบบชดเชยทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System)

ระบบการพยาบาลแบบชดเชยทั้งหมดถูกนำมาใช้เมื่อผู้ป่วยไข้อยู่ในเล็ดสูงมีความต้องการการดูแลที่ครอบคลุม และไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

จากไขมันในเลือดสูง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด หรือภาวะหลอดเลือดสมองที่ต้องการการดูแลเฉพาะทาง พยาบาลจะต้องรับผิดชอบในการจัดการทุกด้านของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงการให้อาหารที่เหมาะสม การจัดการกับยา และการติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้พยาบาลยังต้องให้การดูแลด้านจิตใจเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวล ที่เกิดจากภาวะสุขภาพที่รุนแรงนี้ การใช้ระบบการพยาบาลแบบชดเชยทั้งหมดช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน และลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว (Orem, 2001)

2. ระบบการพยาบาลแบบชดเชยบางส่วน (Partly Compensatory Nursing System)

ระบบการพยาบาลแบบชดเชยบางส่วนเหมาะสำหรับผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงที่สามารถดูแลตนเองได้บางส่วน แต่ยังต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในด้านอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่สามารถจัดการเรื่องการกินอาหารและการออกกำลังกายได้เอง แต่ยังต้องการความช่วยเหลือในการจัดการกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง หรือการติดตามค่าคอเลสเตอรอลอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลจะทำหน้าที่สนับสนุน และให้ความช่วยเหลือในด้านที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง เช่น การให้คำแนะนำในการใช้ยา การติดตามผลการรักษา และการให้การสนับสนุนทางจิตใจ การใช้ระบบการพยาบาลแบบชดเชยบางส่วนช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะไขมันในเลือดสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Orem, 2001)

3. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive - Educative Nursing System)

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้เหมาะสำหรับผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง แต่ต้องการการสนับสนุนและความรู้เพิ่มเติมจากพยาบาลเพื่อให้สามารถจัดการกับภาวะไขมันในเลือดสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกินอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการความเครียดและการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย รวมถึงการให้การสนับสนุนทางจิตใจเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ พยาบาลยังสามารถจัดกิจกรรมการเรียนรู้หรือเวิร์กช็อปเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถจัดการกับภาวะไขมันในเลือดสูงได้อย่างยั่งยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Orem, 2001)

สรุป ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้เลือกใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive - Educative Nursing System) ของทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem เนื่องจากผู้ป่วย ไข้มันในเลือดสูงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่สูง แต่ยังต้องการการสนับสนุน และความรู้เพิ่มเติมเพื่อจัดการกับภาวะสุขภาพนี้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการพยาบาล แบบสนับสนุน และให้ความรู้จึงเหมาะสมอย่างยิ่งในการเสริมสร้างความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็น สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการจัดการความเครียดเป็นองค์ประกอบ สำคัญ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับไข้มันในเลือดได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การติดตาม ผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอยังช่วยให้พยาบาลสามารถประเมิน และปรับแผนการดูแลได้ ตามความต้องการของผู้ป่วย ทำให้การดูแลเป็นไปอย่างยั่งยืน และตอบสนองต่อสถานการณ์ ที่เปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ยังส่งเสริม การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจ และความมั่นใจ ในการจัดการกับภาวะไข้มันในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เวิร์กช็อปเพิ่มเติม ยังช่วยเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเลือกใช้ระบบการพยาบาล แบบสนับสนุน และให้ความรู้จึงเป็นการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย ไข้มันในเลือดสูงที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง แต่ยังต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถจัดการกับภาวะสุขภาพนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ซึ่งสอดคล้อง กับเป้าหมายหลักของทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ในการส่งเสริมความเป็นอิสระ และคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Orem ในการวิจัย

การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ในการวิจัยมาเป็นกรอบแนวคิด ในการออกแบบ และดำเนินการศึกษาวิจัยในด้านการพยาบาลและสุขภาพ การใช้ทฤษฎี Orem ช่วยให้นักวิจัยสามารถเข้าใจ และวิเคราะห์พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้ง รวมถึงการประเมินประสิทธิภาพของการแทรกแซงทางพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมักจะเน้นที่การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการพัฒนากลยุทธ์ในการเสริมสร้างความสามารถนั้น ตัวอย่างเช่น การศึกษาผลของโปรแกรม การศึกษาสุขภาพที่ออกแบบมาเพื่อเพิ่มความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การใช้ทฤษฎี Orem ช่วยให้การวิจัยมีโครงสร้างที่ชัดเจนในการระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเอง และการวัดผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล นักวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎี Orem มักจะใช้เครื่องมือที่วัดความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - Care Agency) และความต้องการในการดูแลตนเอง (Self - Care Requisites) ของผู้ป่วย เช่น แบบสอบถามการดูแลตนเอง (Self - Care Assessment Tools) การวิเคราะห์ข้อมูลจะเน้นที่การเปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการแทรกแซงทางพยาบาล เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการดูแลที่ให้

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ในงานวิจัย หนึ่งในตัวอย่างการประยุกต์ใช้ทฤษฎี Orem ในงานวิจัย คือการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจเรื้อรัง การใช้ทฤษฎี Orem ช่วยให้การวิจัยสามารถระบุความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน และพัฒนากลยุทธ์การให้คำปรึกษาที่ตอบสนองต่อความต้องการเหล่านั้น ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนตามแนวคิด Orem มีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น อีกตัวอย่างหนึ่งคือการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาผลของการฝึกอบรมการดูแลตนเองผ่านโปรแกรมออนไลน์ การใช้ทฤษฎี Orem ในการออกแบบโปรแกรมช่วยให้การฝึกอบรมมีความเป็นระบบและเน้นการเสริมสร้างความรู้ และทักษะในการจัดการโรคอย่างยั่งยืน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม มีความเข้าใจในการจัดการโรคดีขึ้น มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการดูแลตนเองมากขึ้น

ข้อดีของการประยุกต์ใช้แนวคิด Orem ในการวิจัย การใช้ทฤษฎี Orem ในการวิจัย ช่วยให้การศึกษากับการดูแลตนเองมีความเป็นระบบและครอบคลุม ช่วยให้นักวิจัยสามารถระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังช่วยในการพัฒนากลยุทธ์การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งส่งผลให้การวิจัยมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลได้จริง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลด้วยการได้รับข้อมูลสนับสนุนทางสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ อิงตามบริบทของประเทศไทย พบขอบเขตการศึกษาดังนี้

ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามผ่านแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย แกว่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยสตรีตั้งครรภ์ 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 39 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ออกแบบตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick - Bays ประกอบด้วย การติดตามตนเอง (self - monitoring) การประเมินตนเอง (self - evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self - reinforcement) พร้อมการติดตามผลผ่านแอป LINE ผลการศึกษาพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายแกว่งแขนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ในกลุ่มทดลองยังลดลงจากค่าเฉลี่ย 93.42 mg/dL เป็น 82.12 mg/dL ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับเทคโนโลยีสามารถช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยนี้ยังเสนอแนะว่าพยาบาลควรนำโปรแกรมลักษณะนี้ไปปรับใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อช่วยควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

Wungrath & Autorn (2021) ศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อปรับปรุงความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มทดลอง 30 คนได้รับโปรแกรมการศึกษา 8 สัปดาห์ผ่านวิดีโอในไลน์ และคำปรึกษาทางโทรศัพท์ ในขณะที่กลุ่มควบคุม 30 คนได้รับการดูแลตามปกติ ผลการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การใช้ยาในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 13.33 (SD = 0.65) เป็น 18.03 (SD = 0.28) และคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 32.78 (SD = 4.65) เป็น 49.28 (SD = 3.77) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่คะแนนเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โปรแกรมนี้แสดงถึงประสิทธิภาพในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยใช้สื่อดิจิทัล และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ แต่ผลลัพธ์อาจจำกัดสำหรับผู้ที่มีเทคโนโลยีจำกัด การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึง

ศักยภาพในการนำโซเซียลมีเดียมาประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน

วิธีหา กันบัวลา และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ การทดลองแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 31 คนต่อกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่เน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์ เช่น การให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ และการวางแผนพฤติกรรมป้องกันโรคผ่านกิจกรรมกลุ่มและแอปพลิเคชันไลน์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ($p < .05$) นอกจากนี้ ระดับคอเลสเตอรอลรวมและ LDL ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .05$) อย่างไรก็ตามระดับ HDL และไตรกลีเซอไรด์ไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม โปรแกรมนี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มความสะดวกและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น แม้ว่าจะมีผลลัพธ์ที่ดีในด้านคอเลสเตอรอลและ LDL แต่การส่งเสริมพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและการปรับโปรแกรมให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมซับซ้อนกว่า เช่น การลดระดับไตรกลีเซอไรด์ อาจจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาวเพื่อยืนยันประสิทธิภาพ

ศุภลักษณ์ ทองขาว และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ควบคุมไม่ได้ การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ดำเนินการกับผู้ป่วย 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์ ที่ประกอบด้วยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (จากค่าเฉลี่ย 1.32 เป็น 2.08, $p < 0.001$) ด้านต่าง ๆ เช่น การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงดีขึ้นอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (จาก 149.30/95.83 เป็น 137.50/85.03, $p < 0.001$) โปรแกรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเทคโนโลยีที่เข้าถึงง่าย เช่น แอปพลิเคชันไลน์ สามารถส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเสนอให้พยาบาลใช้โปรแกรมนี้เพื่อช่วยผู้ป่วยปรับปรุงการดูแลสุขภาพ

สุวิดา ลิ่มเริ่มสกุล และคณะ (2565) ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาความรู้ใน 6 ด้านสำคัญ เช่น ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ และการจัดการตนเองผ่านกิจกรรมที่เน้นการโต้ตอบและการติดตามผล เช่น วิดีโอคอล และสติ๊กเกอร์กระตุ้นเตือน ผลลัพธ์พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .05$) ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดว่าเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทที่มีการใช้งานเทคโนโลยีอย่างแพร่หลาย และต้องการลดการพบปะทางกายภาพ เช่น ในสถานการณ์ COVID - 19 โปรแกรมดังกล่าวยังช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม บทความยังชี้ให้เห็นข้อจำกัด เช่น การใช้โปรแกรมได้เฉพาะกลุ่มที่มีสมาร์ทโฟน และการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ซึ่งอาจลดความเท่าเทียมในการเข้าถึงและยังพบว่าพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สะท้อนว่าการปรับปรุงด้านนี้อาจต้องการแผนการแทรกแซงที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น การวิจัยนี้มีนัยสำคัญต่อการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูง เนื่องจากสามารถนำแนวคิดของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองไปปรับใช้ โดยเฉพาะการปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับลักษณะโรคไข้มันในเลือดสูง รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมที่รองรับผู้ป่วยในวงกว้างมากขึ้น

กัญญภัทร สนสกุล และ วลัยนารี พรหมลา (2567) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 30 คนที่รับบริการในโรงพยาบาลปทุมธานี โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การแนะนำวิธีปฏิบัติตน และการติดตามผลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเอง เช่น การรับประทานยา การรับรู้ข้อมูล และการจัดการอาการชัก มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลอง ($M = 3.71$) เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ($M = 2.61$) ($t = -7.82, p < 0.001$) โปรแกรมช่วยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค และความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าเทคโนโลยีอย่างแอปพลิเคชันไลน์ มีศักยภาพสูงในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก และสามารถนำไปพัฒนาต่อในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ควรมีการวิจัย

เพิ่มเติมในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนและการปรับตัวของ โปรแกรมในกลุ่มประชากรที่หลากหลายมากขึ้น

ฉัตรนิตา ประดิษฐกิจกุล และคณะ (2567) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 63.67 (SD = 6.31) ก่อนทดลอง เป็น 109.46 (SD = 4.10) หลังทดลอง ($t = 20.96$, $p < .01$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 80.88 (SD = 5.28) โปรแกรมช่วยพัฒนาการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคซ้ำ แอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลผ่านคู่มือ วิดีทัศน์ และข้อความแจ้งเตือนเพิ่มแรงจูงใจด้วยการสะสมคะแนนและคำชมเชย การติดตามผลผ่านแอปพลิเคชันยังช่วยลดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติตัว ข้อจำกัดคือโปรแกรมเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีสมาร์ทโฟน และอินเทอร์เน็ต การวิจัยเพิ่มเติมควรขยายกลุ่มเป้าหมายและศึกษาผลระยะยาว

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านในประเทศไทย มาเกี่ยวกับ โปรแกรมสนับสนุนและการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังไม่พบในกลุ่มผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง พบว่าการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมีประสิทธิภาพสูงในการปรับปรุงพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพ งานวิจัยโดยปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และ พรสวรรค์ คำทิพย์ (2563) ชี้ให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมผ่านไลน์ร่วมกับการติดตามผลอย่างใกล้ชิดช่วยปรับปรุงพฤติกรรมรับประทานอาหารและลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะเดียวกัน วริษา กันบัวลา และคณะ (2564) ได้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอล LDL ในผู้ป่วยไขมันในเลือดผิดปกติ และเพิ่มพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ยังไม่ครอบคลุมการติดตามผลในระยะยาว และไม่ได้เน้นผลกระทบต่อความรู้เกี่ยวกับโรค และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเฉพาะในกลุ่มไขมันในเลือดสูง งานวิจัยอื่น เช่น ศุภลักษณ์ ทองขาว และคณะ (2564) ชี้ให้เห็นว่าการใช้ไลน์ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามคำแนะนำทางสุขภาพ เช่น การรับประทานยาและการควบคุมความเครียด แต่ยังไม่ได้มุ่งเน้นที่การพัฒนาความรู้เฉพาะเกี่ยวกับการจัดการภาวะเรื้อรัง ช่องว่างสำคัญในบริบทของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงคือ การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านไลน์ต่อการเพิ่มพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะไขมันในเลือดสูง

แม้ว่างานวิจัยก่อนหน้านี้จะชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของไลน์ในการสนับสนุนสุขภาพ แต่ยังขาดการออกแบบโปรแกรมที่เน้นเฉพาะเจาะจงต่อความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยนี้ เช่น การติดตามระดับไขมันในเลือด การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม และการประเมินผลในระยะยาว ดังนั้น การวิจัยในอนาคตอาจเน้นพัฒนาโปรแกรมที่มีเนื้อหาเฉพาะเกี่ยวกับไขมันในเลือดสูง รวมถึงการวิเคราะห์ผลกระทบเชิงลึกต่อความรู้และพฤติกรรม เพื่อเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว และสร้างแนวทางใหม่สำหรับการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยนี้

งานวิจัยต่างประเทศ

Khademian et al. (2020) ศึกษาผลของการจัดการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาล ของ โอเร็ม (Orem's Nursing Theory) ต่อคุณภาพชีวิตและความเชื่อมั่นในตนเอง (Self - Efficacy) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลองกับผู้ป่วย 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 40 คน โปรแกรมการศึกษาในกลุ่มทดลองประกอบด้วยการสอนแบบกลุ่มและตัวต่อตัว รวมถึงการติดตามผลทางโทรศัพท์ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 87.02 (SD = 24.3) ก่อนการทดลอง เป็น 106.5 (SD = 26.5) หลัง 8 สัปดาห์ ($p = 0.03$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ด้านความเชื่อมั่นในตนเอง แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีคะแนนเพิ่มขึ้น แต่ความแตกต่างระหว่างกลุ่มยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญ ($p > 0.05$) สรุปได้ว่าการจัดการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็มสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง อาจต้องใช้โปรแกรมการแทรกแซงที่ยาวนานขึ้นและมีความต่อเนื่อง

Tok Yildiz & Kasikci (2020) ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมที่พัฒนาตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Self - Care Deficit Nursing Theory) ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - Care Agency) และคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (CAD) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 51 คน โปรแกรมนี้ใช้คู่มือการฝึกอบรมที่ประกอบด้วยหัวข้อการดูแลสุขภาพ การจัดการความเสี่ยง และการปรับพฤติกรรมเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 93.09 (SD = 18.30) ก่อนการทดลองเป็น 119.96 (SD = 12.27) หลังการทดลอง ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ($p = .20$) คุณภาพชีวิตที่วัดด้วย MacNew Heart Disease Questionnaire และแบบสอบถาม 15D ก็เพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง ($p < .001$) การวิจัยชี้ให้เห็นว่าการใช้ทฤษฎีโอเร็มสามารถเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย CAD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการปรับพฤติกรรมและการจัดการโรค ผลลัพธ์เสนอแนะให้ใช้โปรแกรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในระยะยาว

Nasresabetghadam et al. (2021) ศึกษาผลของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self - Care Deficit Nursing Theory - OSCD) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีสูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การทดลองดำเนินการในปี 2018 - 2019 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรี 70 คนในเมืองรามซาร์ ประเทศอิหร่าน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองตามทฤษฎี OSCD ที่รวมถึงการสอนแบบตัวต่อตัว การสนับสนุนผ่านครอบครัว และการติดตามผลสม่ำเสมอ ผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า หลังการแทรกแซง คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการควบคุมโภชนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยเฉพาะด้านการควบคุมน้ำหนักที่คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 33.54 เป็น 43.11 การศึกษาสรุปว่าทฤษฎี OSCD ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปปรับใช้ในงานพยาบาลเชิงชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

Rakhshani et al. (2022) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการศึกษาแบบ Orem - Based Self - Care Education ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการทำเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 100 คนในโรงพยาบาล Shafa เมือง Ahvaz ประเทศอิหร่าน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 50 คน โปรแกรมการศึกษาออกแบบให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem ผลการทดลองพบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากค่าเฉลี่ย 69.78 ($SD = 12.60$) ก่อนการทดลอง เป็น 98.54 ($SD = 21.97$) หลังการทดลอง ($p = 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.06$) การศึกษาใช้รูปแบบที่ครอบคลุม รวมถึงการสอนแบบกลุ่ม การสอนตัวต่อตัว การสนับสนุนผ่านโทรศัพท์ และการส่งข้อความในกลุ่ม WhatsApp เพื่อช่วยผู้ป่วยปรับตัวและจัดการกับผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ การสูญเสียเส้นผม และปัญหาด้านจิตใจ สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรม Orem - Based Self - Care Education มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง

โปรแกรมนี้เป็นวิธีที่ไม่รุกรานและประหยัดค่าใช้จ่าย สามารถนำไปใช้ในแผนกเคมีบำบัด เพื่อปรับปรุงสุขภาพกายและจิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Abdelhamid et al. (2023) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการศึกษาแบบ Orem - Based Self-Care Education ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โดยทำการทดลองกับกลุ่มผู้ป่วย 65 คนในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย Mansoura ประเทศอียิปต์ โปรแกรมนี้จัดทำในรูปแบบที่ให้การศึกษากับการดูแลตนเองผ่านการสอน และเอกสารคู่มือที่ออกแบบตามทฤษฎี Orem ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 14.80 (SD = 4.35) ก่อนการทดลอง เป็น 23.00 (SD = 4.21) หลังทดลอง และ 22.57 (SD = 4.29) หลังจาก 1 เดือน ($p < 0.001$) ขณะที่คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยลดลงจาก 41.78 (SD = 6.98) ก่อนทดลอง เป็น 32.69 (SD = 7.93) หลังทดลอง 1 เดือน และ 32.97 (SD = 7.87) หลัง 3 เดือน ($p < 0.001$) บทความชี้ให้เห็นว่า การศึกษาแบบ Orem - Based Self - Care Education ช่วยเพิ่มความรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการระบุความต้องการ (self - care deficit) และจัดการศึกษาเพื่อเติมเต็มความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

Bin et al. (2023) ศึกษาผลของโปรแกรมการศึกษาแบบออนไลน์ (Diabetic - N - Care) ต่อการพัฒนาการจัดการตนเอง (Self - Efficacy) และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self - Care Behavior) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการศึกษาออนไลน์ผ่านเว็บไซต์ Diabetic - N - Care และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นจาก 44.85 (SD = 9.92) ก่อนการทดลอง เป็น 64.13 (SD = 3.65) หลังการทดลอง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 30.6 (SD = 6.47) เป็น 39.75 (SD = 3.43) และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 56.91 (SD = 7.76) เป็น 62.30 (SD = 2.95) โดยผลลัพธ์มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การศึกษาเน้นว่าโปรแกรมการศึกษาออนไลน์สามารถเพิ่มความมั่นใจ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Kurt Lewin และแนวคิด Self - Efficacy ของ Bandura ในการออกแบบโปรแกรม การวิจัยเสนอให้ใช้วิธีนี้ในการพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว

Shaban et al. (2024) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบดิจิทัล (Digital - based Nursing Intervention) ในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยมีกลุ่มตัวอย่าง 120

คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลผ่านแอปพลิเคชัน Telegram ที่มีข้อมูลปรับเฉพาะบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับเบาหวานเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 13 (SD = 4.3) เป็น 20 (SD = 3) และคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นจาก 3.2 (SD = 1.6) เป็น 4 (SD = 1.8) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ด้านพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 3.2 เป็น 4.0 ($p < 0.001$) และการดูแลสุขภาพเท้าเพิ่มขึ้นจาก 4.3 เป็น 4.8 ($p = 0.015$) โปรแกรมดังกล่าวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ การศึกษานี้สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย แต่ควรมีการศึกษาต่อในกลุ่มประชากรที่หลากหลายและประเมินผลระยะยาวเพื่อยืนยันผลลัพธ์

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศ เกี่ยวกับการนำโปรแกรมการศึกษาหรือการสนับสนุนการดูแลตนเองไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลากหลายประเภทพบว่าแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (Orem's Self - Care Theory) และเทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าการใช้โมเดลโอเร็มสามารถเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และลดพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบการศึกษาถึงการสอนรายบุคคล การติดตามผล การอบรมกลุ่ม และการเรียนรู้ออนไลน์ ล้วนส่งผลดีต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ งานวิจัยที่ใช้เทคโนโลยี เช่น Hep Care® และ Diabetic - N - Care เน้นความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลและการสนับสนุนผ่านแอปพลิเคชันมือถือ ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดด้านสถานที่และเวลาของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบที่สำคัญคือผลลัพธ์มักจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อมีการปรับ โปรแกรมให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะบุคคล (Tailored intervention) เมื่อเชื่อมโยงกับการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านไลน์ แอปพลิเคชันในผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง การศึกษาที่ผ่านมาเน้นย้ำถึงความสำคัญของการปรับโปรแกรมให้ตอบสนองต่อพฤติกรรมและความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย เช่น การสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การเพิ่มความมั่นใจในตนเอง การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เข้าใจง่าย และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ยังเป็นช่องว่างที่ควรเน้นในงานวิจัยปัจจุบัน การศึกษาที่เกี่ยวข้องยังชี้ให้เห็นถึงความท้าทาย เช่น การประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว การเพิ่มขีดความสามารถในการใช้เทคโนโลยีของผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคย และการรวมความช่วยเหลือ ด้านจิตสังคม เข้าไปในโปรแกรมการศึกษา การเติมเต็มช่องว่างนี้อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ของโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน อีกทั้ง การวิจัย

ในต่างประเทศนั้นมีบริบทที่แตกต่างกับของประเทศไทย ข้อค้นพบที่ได้จึงไม่อาจสามารถถ่ายโอนมาใช้กับบริบทของประเทศไทยได้ทั้งหมด

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ

งานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในประเทศไทยและต่างประเทศได้ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของเทคโนโลยีดิจิทัลในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยในหลากหลายกลุ่มโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ โดยเฉพาะในงานของปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์และพรสวรรค์ คำทิพย์ (2563) พบว่า การใช้โปรแกรมที่ออกแบบตามหลักการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและปรับปรุงพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะเดียวกัน วริษา กันบัวลา และคณะ (2564) ได้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านกิจกรรมกลุ่ม และแอปพลิเคชันไลน์สามารถลดระดับ LDL และเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยไขมันในเลือดผิดปกติได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่างานวิจัยในประเทศจะบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมไลน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงที่รวมถึงการประเมินผลกระทบในระยะยาว และการปรับพฤติกรรมที่ลึกซึ้งเพื่อสนับสนุนความรู้ และการจัดการตนเองในกลุ่มนี้

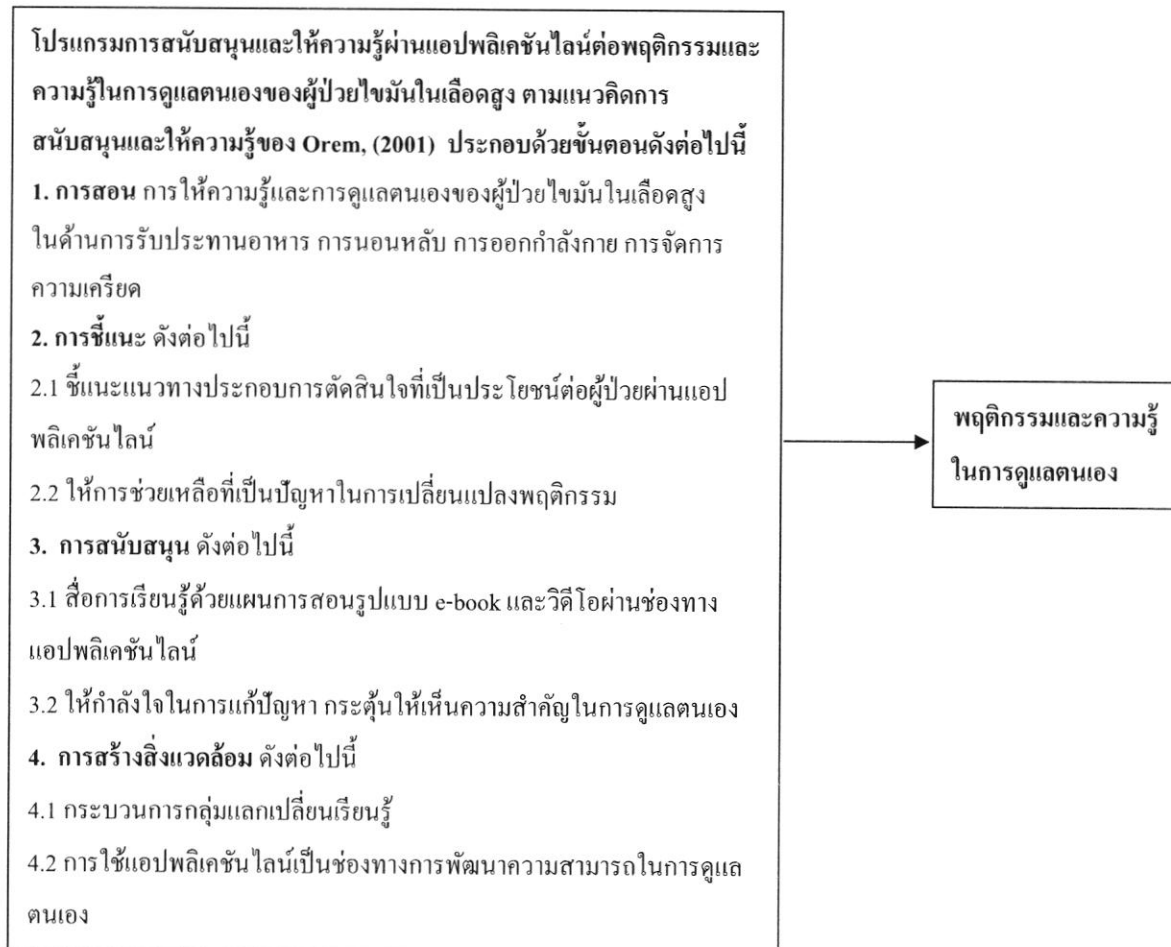
ในมุมมองของงานวิจัยต่างประเทศ เช่น Khademian et al. (2020) การใช้ทฤษฎีของโอเรม ในโปรแกรมการดูแลตนเองช่วยเพิ่มความตระหนักรู้และลดพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะบุคคลเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงที่เน้นทั้งการปรับพฤติกรรมและความรู้ในลักษณะเดียวกัน ช่องว่างสำคัญในการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงคือการพัฒนาโปรแกรมที่รวมองค์ประกอบสำคัญ เช่น การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือด การปรับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงการประเมินผลที่ครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว แม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาจะชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของแอปพลิเคชันไลน์ในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังไม่มีการออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสม และเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมายนี้

ดังนั้น การศึกษาที่จะเติมเต็มช่องว่างนี้ควรพัฒนาโปรแกรมที่สามารถปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมในระยะยาว พร้อมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่ลึกซึ้ง เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงได้อย่างยั่งยืนในบริบทของประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) มาเป็นความรู้เบื้องต้นในการพัฒนาโปรแกรม โดย Orem (2001) มีความเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนต้องการการดูแลตนเอง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พร่องความรู้เรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม พร่องความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด การขาดการออกกำลังกายและยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ไม่เห็นความสำคัญของการควบคุมระดับไขมันในเลือดสูง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เมื่อผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้แสดงถึงความพร่องในการดูแลตนเอง พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี (Orem, 2001) คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้เป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างสมาชิกในกลุ่มตั้งแต่ขั้นตอนการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วย คงไว้ซึ่งการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและด้านการมาตรวจตามนัด ให้สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในการส่งเสริมการมีพฤติกรรม และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง ให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง โดยสามารถสรุปกรอบแนวคิดได้เป็นภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - posttest control groups design) เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	x	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

X หมายถึง โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

O1 หมายถึง ระดับพฤติกรรมและระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

O2 หมายถึง ระดับพฤติกรรมและระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

O3 หมายถึง ระดับพฤติกรรมและระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลปกติ

O4 หมายถึง ระดับพฤติกรรมและระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพที่ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไขมันในเลือดสูงจำนวน 257 คน ในช่วงเดือน ตุลาคม 2567 - เมษายน 2568

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพที่ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไขมันในเลือดสูงมีระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL - cholesterol, LDL) > 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride, TG) > 150 มิลลิกรัมต่อ

เดชลิตรที่ยังไม่ได้รับยาลดไขมันในเลือด ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดออกและเกณฑ์การหยุดการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี
2. ไม่เคยได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดมาก่อน
3. มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถฟัง พูดและอ่านภาษาไทยได้
4. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ และยินดีเข้าร่วม

โครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ
2. ทำแบบประเมินระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ครบ 2 ครั้ง

เกณฑ์การหยุดการวิจัย

1. ผู้ป่วยขอยุติการเข้าร่วม
2. มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

การเลือกผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรทั้งหมด วิธีป้องกันคือการใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่มีความโปร่งใส เช่น การสุ่มแบบระบบ หรือการใช้กลุ่มควบคุมที่เลือกจากกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยนำกลุ่มตัวอย่างมาจับคู่ (matching) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกันคือ ระดับการศึกษา (พิมพ์ลดา เปี่ยมสุขวิสัย, 2565) เพศและอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี (วริษา กันบัวลา และคณะ 2564) หลังจากนั้นจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการสุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มด้วยการสุ่มอย่างง่าย และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมในห้องให้คำปรึกษาที่แยกเป็นสัดส่วน โดยสถานที่ดังกล่าวไม่มีการมองเห็นหรือการติดต่อกันได้จากหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งการดำเนินการนี้ช่วยลดโอกาสในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลยังถูกจัดให้ดำเนินการในช่วงเวลาที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบถึงสถานะของตนเอง

หรือผู้อื่นในกลุ่ม ซึ่งส่งผลให้การทดลองดำเนินไปอย่างเป็นกลางและลดความเสี่ยงของการเกิดอคติ หรือพฤติกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการทดลองของทั้งสองกลุ่ม

ตาราง 3.1 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่ (Matched pair) ตามปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา (n1=n2= 30)

กลุ่มควบคุม (n1=30)				กลุ่มทดลอง (n2=30)		
คู่ที่	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา
1	ชาย	53	อนุปริญญาตรี	ชาย	51	อนุปริญญาตรี
2	ชาย	42	มัธยมศึกษา	ชาย	44	มัธยมศึกษา
3	ชาย	47	ปริญญาตรีขึ้นไป	ชาย	45	ปริญญาตรีขึ้นไป
4	หญิง	49	มัธยมศึกษา	หญิง	49	มัธยมศึกษา
5	หญิง	50	มัธยมศึกษา	หญิง	48	มัธยมศึกษา
6	ชาย	56	มัธยมศึกษา	ชาย	56	มัธยมศึกษา
7	หญิง	31	ปริญญาตรี	หญิง	33	ปริญญาตรี
8	หญิง	38	ปริญญาตรี	หญิง	36	ปริญญาตรี
9	ชาย	25	ปริญญาตรี	ชาย	26	ปริญญาตรี
10	ชาย	44	อนุปริญญาตรี	ชาย	44	อนุปริญญาตรี
11	หญิง	25	ปริญญาตรี	หญิง	28	ปริญญาตรี
12	หญิง	37	ปริญญาตรี	หญิง	37	ปริญญาตรี
13	หญิง	45	ปริญญาตรีขึ้นไป	หญิง	47	ปริญญาตรีขึ้นไป
14	หญิง	53	มัธยมศึกษา	หญิง	52	มัธยมศึกษา
15	หญิง	36	ปริญญาตรี	หญิง	34	ปริญญาตรี
16	ชาย	32	ปริญญาตรี	ชาย	34	ปริญญาตรี
17	ชาย	29	ปริญญาตรี	ชาย	30	ปริญญาตรี
18	หญิง	54	มัธยมศึกษา	หญิง	53	มัธยมศึกษา
19	หญิง	28	ปริญญาตรี	หญิง	29	ปริญญาตรี
20	ชาย	30	ปริญญาตรี	ชาย	28	ปริญญาตรี
21	ชาย	29	ปริญญาตรี	ชาย	27	ปริญญาตรี
22	หญิง	28	ปริญญาตรี	หญิง	30	ปริญญาตรี

กลุ่มควบคุม (n1=30)				กลุ่มทดลอง (n2=30)		
คู่ที่	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา
23	หญิง	26	ปริญญาตรี	หญิง	25	ปริญญาตรี
24	หญิง	33	อนุปริญญาตรี	หญิง	31	อนุปริญญาตรี
25	หญิง	27	ปริญญาตรี	หญิง	27	ปริญญาตรี
26	ชาย	46	มัธยมศึกษา	ชาย	48	มัธยมศึกษา
27	ชาย	34	ปริญญาตรี	ชาย	36	ปริญญาตรี
28	ชาย	28	ปริญญาตรี	ชาย	29	ปริญญาตรี
29	หญิง	30	ปริญญาตรี	หญิง	30	ปริญญาตรี
30	หญิง	36	อนุปริญญาตรี	หญิง	35	อนุปริญญาตรี

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โปรแกรม G*power version 3.1.9.2 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 (α) อำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 (Power of test) และขนาดอิทธิพลที่ .90 (Effect size) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (Power analysis) จากการศึกษาของวริษา กันบัวลา และคณะ (2564) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 ราย อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Drop out) ได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 50 % (Polit & Beck, 2004) จึงได้ตัวอย่างวิจัยกลุ่มละ 30 ราย รวมทั้ง 2 กลุ่ม เป็น 60 ราย

กระบวนการขอคำยินยอมแก่อาสาสมัครให้เข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากผู้วิจัยเป็นพยาบาลประจำการที่ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาลช่วยให้เข้าใจระบบในการปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยมีกระบวนการขอความยินยอม และการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีที่ศูนย์ตรวจสุขภาพ และแพทย์วินิจฉัยว่ามีไขมันในเลือดสูงแพทย์จะลงข้อมูลการวินิจฉัยไว้ในระบบ e - phis จะทำให้ผู้วิจัยทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถคัดกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ได้ด้วยตนเองซึ่งเป็นกระบวนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

2. เมื่อผู้ป่วยเข้าพบแพทย์แล้วออกห้องตรวจ จะมาพบผู้วิจัยเพื่อทบทวนข้อมูลจากผู้ป่วย หลังเข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำเพิ่มเติมเรื่องไขมันในเลือดสูงอีกครั้งเป็นรายบุคคล

หลังจากนั้น ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพอันดีกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง บอกถึงประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับและขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจไม่มีข้อบังคับ รวมทั้งไม่ได้ทำการใด ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลแก่ทีมผู้วิจัย ซึ่งการเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะไม่ทำความเสียหายใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยก็ไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งสิ้น และเพื่อป้องกัน Undue influence ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามในประเด็นที่สงสัย และสามารถปรึกษากับครอบครัวได้อย่างเต็มที่จนเกิดความมั่นใจ สบายใจ และสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยอย่างแท้จริง ไม่ได้เป็นไปเพื่อเอาใจทีมผู้วิจัย แต่ให้เป็นไปด้วยความสมัครใจในการเข้าร่วมเท่านั้น

3. เมื่อผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแล้ว ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสแกนคิวอาร์โค้ดเข้าร่วมกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์แล้วจึงเริ่มดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรมที่ออกแบบตามแนวคิดของ Orem (2001) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะไข้มันในเลือดสูง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางหลักในการสื่อสารและสนับสนุน ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เรียนรู้เรื่องไข้มันในเลือด ผู้เข้าร่วมจะได้เรียนรู้ว่าไข้มันในเลือดคืออะไร ทำไมจึงสำคัญ และถ้ามีมากเกินไปจะเกิดอะไรขึ้น ผ่านวิดีโอและภาพการ์ตูนที่อธิบายง่าย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจและสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้เรื่อง กินอย่างไรไม่ให้ไข้มันพุ่ง สอนวิธีการเลือกกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่น หลีกเลี่ยงของทอด ของมัน และหันมากินผักผลไม้มากขึ้น โดยใช้ภาพประกอบ ตารางอาหาร และกิจกรรมฝึกปฏิบัติ เพื่อช่วยให้จดจำและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้เรื่อง ขยับร่างกายทุกวัน แนะนำวิธีการออกกำลังกายแบบง่ายที่สามารถทำได้ที่บ้าน เช่น เดิน ยืดเส้น หรือเต้นตามเพลง เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและช่วยลดระดับไข้มันในเลือด

กิจกรรมที่ 4 เรียนรู้เรื่อง ไม่เครียด ไม่เศร้า ใจสดใส ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการพักผ่อนให้เพียงพอ วิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การหายใจลึกๆ การฟังเพลง การคิดบวก พร้อมทั้งมีวิดีโอให้กำลังใจและข้อความดีๆ ส่งผ่านไลน์ในแต่ละสัปดาห์

กิจกรรมที่ 5 ติดตามผลและให้กำลังใจ มีกิจกรรมติดตามผลผ่านแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพสั้นๆ ส่งผ่านไลน์ทุกสัปดาห์ พร้อมข้อความให้กำลังใจและสติ๊กเกอร์เตือนใจเพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมไม่ลืมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

โปรแกรมมีระยะเวลาดำเนินการรวม 12 สัปดาห์ วัดผลพฤติกรรมและระดับความรู้ในการดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

โปรแกรมนี้ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ 3 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบ ความตรง ความถูกต้อง และความครบถ้วนของเนื้อหา พบว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง และนำไปทดลองใช้กับตัวอย่างวิจัยที่คล้ายกับตัวอย่างวิจัยจริง จำนวน 3 ราย พบว่าราย พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตัวกิจกรรมและสามารถอธิบายการเข้าร่วมกิจกรรมได้ถูกต้อง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยลำดับขั้นตอน และระยะเวลาในการทำกิจกรรมมีความเหมาะสมตามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความรู้ในการดูแลตนเอง ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นลักษณะการตอบถูก - ผิด มีจำนวน 20 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 20)	ระดับความรู้
17.00 – 20.00	ดีมาก
13.00 – 16.99	ดี
9.00 – 12.99	ปานกลาง
5.00 – 8.99	ต่ำ
0.00 – 4.99	น้อยมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผล

คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 5)	ระดับพฤติกรรม
4.51 – 5.00	ดีมาก
3.76 – 4.50	ดี
3.01 – 3.75	ปานกลาง
2.26 – 3.00	ต่ำ
1.00 – 2.25	น้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ผ่านการตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ 3 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาล 1 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินระดับความรู้ในการดูแลตนเองเท่ากับ 0.9 และแบบ ประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) พบค่าเท่ากับ 0.85 ซึ่งเป็นระดับ ที่ยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2555; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2564)

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ทดลองใช้แบบประเมินกับกลุ่มตัวอย่างที่มี ลักษณะใกล้เคียงกลุ่มจริงจำนวน 30 ราย ตามแนวทางของ Burns & Grove (2017) พบว่าแบบ ประเมินความรู้ในการดูแลตนเองมีค่าความเที่ยง KR-20 เท่ากับ 0.85 และแบบประเมินพฤติกรรม ในการดูแลตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach 's coefficient alpha) เท่ากับ 0.78 แสดงว่าเครื่องมือทั้งสองมีความเที่ยงในระดับดีและเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ (บุญใจ ศรีสถิต นรากุล, 2555; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2564)

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงร่างวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2. เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์วชิรพยา บาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ COA 195/2567 รับรองวันที่ 27 ตุลาคม 2568

3. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ประสานงานกับหัวหน้าศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล แจก วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขออนุญาตใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล

4. ดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยไขมันในเลือดสูง หลังจากผู้ป่วยพบแพทย์ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

4.1 กลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลจากพยาบาลประจำศูนย์ตรวจสุขภาพ วชิรพยาบาล จากนั้นกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมแบบประเมิน Pretest ในสัปดาห์ที่ 1 และ Posttest ในสัปดาห์ที่ 12 โดยแบบประเมินก่อนเข้าร่วม (Pretest) และหลังเข้าร่วม (Posttest) โครงการวิจัยเป็นชุดเดียวกัน

4.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และลงนาม ในเอกสารยินยอม โดยมีขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างใช้โทรศัพท์มือถือของตนเองเพิ่มเพื่อนทางไลน์ (Add line) และเข้าร่วมกลุ่ม Open chat เพื่อใช้เป็นช่องทางในการรับข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรม ในโปรแกรม จากนั้นจึงให้ทำแบบประเมินก่อนเริ่มโปรแกรม (Pretest) เพื่อวัดระดับความรู้และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไขมันในเลือด สูง ใช้ e - book ประกอบการสอนเพื่อให้เกิดความเข้าใจ สอนเป็นรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 2 โภชนาการเพื่อควบคุมไขมัน ส่งวิดีโอสั้นผ่านไลน์เกี่ยวกับการเลือก อาหาร ลดไขมันอิ่มตัว เพิ่มผักผลไม้ พร้อมแนบเมนูแนะนำ และเปิดพื้นที่พูดคุยแลกเปลี่ยนอาหาร ที่บริโภครจริง

สัปดาห์ที่ 3 การจัดการความเครียด อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความเครียดกับ ไขมันในเลือด ส่งอินโฟกราฟิก วิดีโอสาธิตเทคนิคผ่อนคลาย และข้อความสร้างแรงบันดาลใจ ในไลน์

สัปดาห์ที่ 4 กระตุ้นและติดตามพฤติกรรม ส่งวิดีโอเน้นการปรับพฤติกรรมด้าน อาหารและความเครียด กระตุ้นให้บันทึกพฤติกรรม และแชร์ภาพกิจกรรมในกลุ่มไลน์เพื่อเสริม แรงจูงใจ

สัปดาห์ที่ 5 ส่งเสริมการออกกำลังกาย ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสม ส่งวิดีโอแนะนำท่าบริหารเบื้องต้น และพูดคุยเพื่อแก้ไขอุปสรรคในการออกกำลังกายรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 6 สร้างวินัยอย่างต่อเนื่อง ส่งวิดีโอกระตุ้นการตั้งเป้าหมายรายสัปดาห์ เปิด โอกาสให้รายงานผลการปฏิบัติและแลกเปลี่ยนแรงบันดาลใจในกลุ่มไลน์

สัปดาห์ที่ 7 ปรับพฤติกรรมนอนหลับ แนะนำสุขลักษณะการนอนที่ดี แบนเช็ก
 ลิสต์ให้ประเมินตนเอง และให้คำแนะนำส่วนบุคคลผ่านแชทไลน์

สัปดาห์ที่ 8 ทบทวนพฤติกรรมสำคัญ ส่งวิดีโออย่า 4 พฤติกรรมหลัก (อาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด การนอนหลับ) และกระตุ้นในการปฏิบัติที่เหมาะสม พร้อมเสนอแนวทาง
 ปรับปรุง

สัปดาห์ที่ 9 ตัดสินใจอย่างมีข้อมูล ส่งแบบฝึกประเมินสถานการณ์ในชีวิตจริง เพื่อ
 ฝึกการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 10 กระตุ้นความต่อเนื่อง ส่งวิดีโอเสริมแรงวินัย แชร์เรื่องเล่าความสำเร็จ
 และชวนตั้งเป้าหมายระยะยาวผ่านแบบฟอร์ม

สัปดาห์ที่ 11 เตรียมพร้อมก่อนจบโปรแกรม ส่งแบบประเมินเพื่อเตรียมทำ Posttest
 พร้อมอินโฟกราฟิกสรุปเนื้อหา และแนะนำแอปสุขภาพสำหรับติดตามพฤติกรรมต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 12 สรุปผลและให้กำลังใจ สรุปความก้าวหน้าของกลุ่มทดลอง ส่งคลิปให้
 กำลังใจจากทีมวิจัย และทำแบบประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Posttest) เพื่อวัดระดับความรู้และ
 พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับก่อนการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชน เลขที่ COA195/2567 รับรองวันที่
 27 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล
 โรงพยาบาลวชิรพยาบาลโดยผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ
 วิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการ ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ
 พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย
 โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับตามสิทธิ ผู้วิจัยได้อธิบายเพิ่มเติม
 ว่าข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเก็บรักษาไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด
 และผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมเท่านั้น เพื่อใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการตาม
 วัตถุประสงค์ของการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อซักถามหรือข้อสงสัย สามารถติดต่อสอบถามได้
 ตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ในกรณีที่พบความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้
 เตรียมแผนการจัดการโดยยุติการทดลองทันที และประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การ

ช่วยเหลือเบื้องต้น รวมถึงรายงานต่อแพทย์ผู้รับผิดชอบเพื่อดำเนินการรักษาอย่างเหมาะสม จากการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ระหว่างการทดลอง และกลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรม และปฏิบัติตามโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ได้ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics 28.0 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้ของผู้ป่วยไข้มนในเลือดสูง การวิเคราะห์ดำเนินการดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และ และตรวจสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

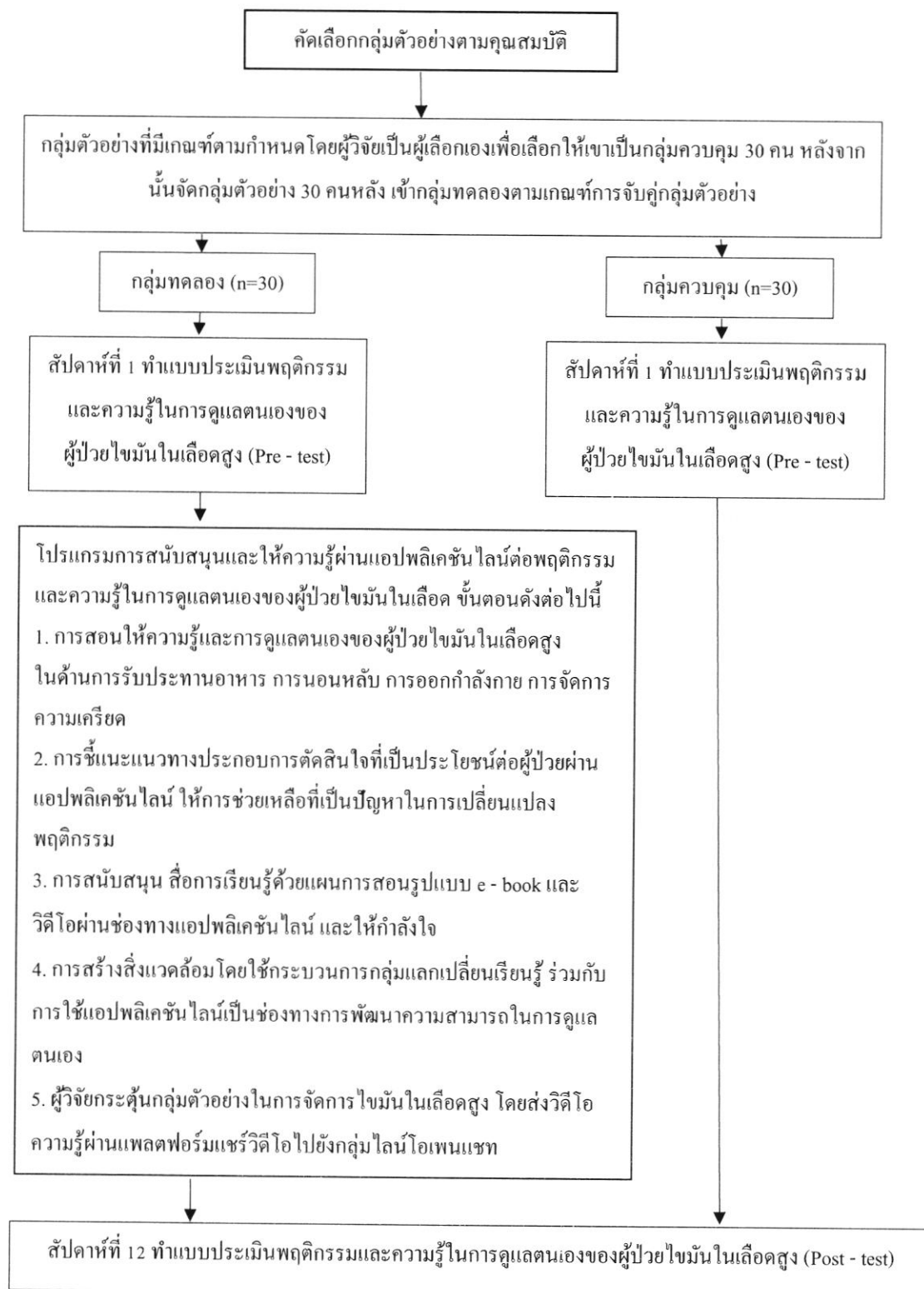
2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistics)

2.1 การทดสอบข้อตั้งเบื้องต้นโดยการทดสอบ Shapiro - wilk test เพื่อตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล พิจารณาว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติหรือไม่

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม (Paired t - test) ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในแต่ละกลุ่ม

2.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (Independent t - test) ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างสองกลุ่ม

ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไขมันในเลือดสูง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการ ที่ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่าง ถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยการเลือกเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติ เหมือนกันตามที่กำหนด ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพปัจจุบัน ระดับการศึกษาล่าสุด อาชีพ รายได้ส่วนตัวต่อเดือน สิทธิการรักษา ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการสูบบุหรี่
- ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไขมันในเลือดสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t - test
- ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไขมันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t - test

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพปัจจุบัน ระดับการศึกษาล่าสุด อาชีพ รายได้ส่วนตัวต่อเดือน สิทธิการรักษา ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการสูบบุหรี่

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.00	1.00
ชาย	13	43.33	13	43.33		
หญิง	17	56.67	17	56.67		
อายุ (ปี)					0.00	1.00
21 - 30	10	33.30	10	33.30		
31 - 40	9	30.00	9	30.00		
41 - 50	8	24.70	8	24.70		
51 - 60	3	10.00	3	10.00		
สถานภาพปัจจุบัน					0.27	0.63
โสด	17	56.70	14	46.70		
สมรส	13	43.30	16	53.30		
ระดับการศึกษาสูงสุด					0.00	1.00
มัธยมศึกษา	7	23.30	7	23.30		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	4	13.30	4	13.30		
ปริญญาตรี	17	56.70	17	56.70		
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	6.70	2	6.70		
อาชีพ					7.05	0.13
ไม่ได้ทำงาน	2	6.70	4	13.30		
รับจ้างรายวัน	5	16.70	1	3.30		
กิจการส่วนตัว	5	16.70	12	40.00		
พนักงานมหาลัย	5	16.70	4	13.30		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	39.40	9	30.00		

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพปัจจุบัน ระดับการศึกษาล่าสุด อาชีพ รายได้ส่วนตัวต่อเดือน สิทธิการรักษา ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้ส่วนตัวต่อเดือน (บาท)					3.37	0.34
5,000 - 9,999	1	3.30	2	6.70		
10,000 - 19,999	16	53.30	10	33.30		
20,000 - 39,999	10	33.30	11	36.70		
มากกว่า 40,000	3	10.00	7	23.30		
สิทธิการรักษา					7.46	0.08
เงินสด	8	26.70	3	10.00		
ต้นสังกัด	15	50.00	12	40.00		
ประกันสังคม	6	20.00	15	50.00		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1	3.30	0	0		
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์					1.51	0.68
ไม่ดื่ม	18	60.00	16	53.30		
บางครั้ง	10	33.30	13	43.30		
ประจำ	1	3.30	1	3.30		
เลิก	1	3.30	0	0		
ประวัติการสูบบุหรี่					4.30	0.12
ไม่สูบ	25	83.30	29	96.70		
บางครั้ง	1	3.30	1	3.30		
ประจำ	4	13.30	0	0		

จากตารางที่ 4.1 จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันทางด้านลักษณะพื้นฐาน เหมาะสำหรับการเปรียบเทียบผลของการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.67) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 43.33) ในด้านอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31–40 ปี (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือช่วงอายุ 21–30 ปี (ร้อยละ 33.33) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเป็นกลุ่มวัยทำงานตอนต้นถึงวัยกลาง ส่วนสถานภาพสมรสพบว่าส่วนใหญ่สมรสแล้ว (ร้อยละ 51.70) และโสด (ร้อยละ 46.67) ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 56.67) รองลงมาคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 23.33) และอนุปริญญาหรือ ปวส. (ร้อยละ 16.67) ส่วนอาชีพพบว่าประกอบอาชีพข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจมากที่สุด (ร้อยละ 36.70) รองลงมาคือพนักงานบริษัท (ร้อยละ 28.33) และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 20.00) ด้านรายได้ พบว่าร้อยละ 53.33 มีรายได้ระหว่าง 10,000–19,999 บาทต่อเดือน รองลงมาคือช่วง 20,000–39,999 บาท (ร้อยละ 35.00) ขณะที่สิทธิในการรักษาพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 50.00) รองลงมาคือประกันสังคม (ร้อยละ 30.00) และสวัสดิการข้าราชการ (ร้อยละ 18.30) พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 56.67) และไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 90.00)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t - test

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูงในกลุ่มควบคุม (n=30) และกลุ่มทดลอง (n=30)

ระดับพฤติกรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม						
หลังทดลอง	2.945	0.487	ต่ำ	29	.27	.790
ก่อนทดลอง	2.910	0.25	ต่ำ			
กลุ่มทดลอง						
หลังทดลอง	3.385	0.381	ดี	29	4.39	< .001
ก่อนทดลอง	2.915	0.436	ต่ำ			

If the p-value is less than .05, it is judged as significant

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูงระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 2.910 (SD = 0.25) และหลังการทดลอง 2.945 (SD = 0.487) โดยทั้งสองช่วงยังอยู่ในระดับต่ำ คะแนนก่อนและหลังการทดลองวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.27$, $df = 29$, $p = .790$) กลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 2.915 (SD = 0.436) อยู่ในระดับต่ำ และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.385 (SD = 0.381) ซึ่งอยู่ในระดับดี เมื่อนำคะแนนก่อนและหลังการทดลองมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.39$, $df = 29$, $p < .001$)

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงในกลุ่มควบคุม (n=30) และกลุ่มทดลอง (n=30)

ระดับความรู้	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม						
หลังทดลอง	10.40	3.44	ปานกลาง	29	1.14	.13
ก่อนทดลอง	9.43	2.61	ปานกลาง			
กลุ่มทดลอง						
หลังทดลอง	16.03	2.44	ดี	29	10.00	< .001
ก่อนทดลอง	9.53	2.26	ปานกลาง			

If the p-value is less than .05, it is judged as significant

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงในกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.43 (SD = 2.61) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 10.40 (SD = 3.44) โดยคะแนนเฉลี่ยทั้งก่อนและหลังยังอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำคะแนนก่อนและหลังการทดลองมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.14$, $df = 29$, $p = .13$) กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.43 (SD = 2.61) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 16.03 (SD = 2.44) ซึ่งอยู่ในระดับดี เมื่อนำคะแนนก่อนและหลังการทดลองมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 10.00$, $df = 29$, $p < .001$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t – test

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

ระดับพฤติกรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.915	0.436	ปานกลาง	58	.04	.970
กลุ่มควบคุม	2.910	0.525	ปานกลาง			
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.385	0.381	ดี	58	3.52	< .001
กลุ่มควบคุม	2.945	0.487	ปานกลาง			

If the p-value is less than .05, it is judged as significant

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูงก่อนการทดลองที่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.915 (SD = 0.436) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.910 (SD = 0.525) ซึ่งทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.04$, $df = 58$, $p = 0.970$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 3.385 (SD = 0.381) ซึ่งอยู่ในระดับดี กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.945 (SD = 0.487) อยู่ในระดับปานกลาง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 3.52$, $df = 58$, $p < 0.001$)

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

ระดับความรู้	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	9.53	2.26	ปานกลาง	58	.16	.44
กลุ่มควบคุม	9.43	2.61	ปานกลาง			
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	16.03	2.44	ดี	58	7.36	< .001
กลุ่มควบคุม	10.37	3.44	ปานกลาง			

If the p-value is less than .05, it is judged as significant

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูงก่อนการทดลองที่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 9.53 (SD = 2.26) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 9.43 (SD = 2.61) ซึ่งทั้งสองกลุ่มอยู่ใน ระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t - test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.16$, $df = 58$, $p = .44$) ในส่วนของผลการทดลอง หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 16.03 (SD = 2.44) ซึ่งเปลี่ยนไปอยู่ในระดับดีมาก ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 10.37 (SD = 3.44) ซึ่งยังคงอยู่ในระดับปานกลาง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t - test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.36$, $df = 58$, $p < .001$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์ต่อพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมและคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมและคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมและคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมและคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพที่ศูนย์ตรวจสุขภาพพวชิรพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไขมันในเลือดสูง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพที่ศูนย์ตรวจสุขภาพพวชิรพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไขมันในเลือดสูง โดยมีระดับ LDL - cholesterol มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ Triglyceride มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และยังไม่ได้รับยาลดไขมันในเลือด กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกที่ชัดเจน เช่น ต้องเป็นชายหรือหญิงที่มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี ไม่เคยได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดมาก่อน และมีสติสัมปชัญญะดี สามารถฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้ รวมถึงต้องมีโทรศัพท์ที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถติดตามได้ครบ หรือทำแบบประเมินระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ครบสองครั้งจะถูกคัดออกจากการวิจัย และในกรณีที่ผู้ป่วยขอยุติการเข้าร่วมโครงการหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ การวิจัยจะถูกหยุดสำหรับผู้ป่วยรายนั้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมและเป็นกลาง การเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ดำเนินการโดยการจับคู่ (Matching) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านระดับการศึกษา เพศ และอายุ (ไม่เกิน 5 ปี) หลังจากนั้น กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ดำเนินการด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics 29.0.1.0 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้ของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ คำนวณจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และตรวจสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

ส่วนที่ 2 สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistics) ใช้สำหรับการทดสอบสมมติฐานเพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการดังนี้

1. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ด้วยสถิติ Shapiro - wilk test เพื่อพิจารณาว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ ซึ่งจากวิจัยนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติพารามตริก (Parametric statistics)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม (Paired t - test) ใช้สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อตรวจสอบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในแต่ละกลุ่มมี

ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (Independent t - test) ใช้สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างทั้งสองกลุ่ม

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์มีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงโดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวมีคะแนนพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง และยังมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์จะสามารถเพิ่มระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้ยังยืนยันว่า การให้ความรู้ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เป็นวิธีการที่เข้าถึงง่าย เหมาะสมกับวิถีชีวิตในปัจจุบัน และช่วยเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อพฤติกรรมและความรู้ได้ตามเป้าหมายของการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยของระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ผลลัพธ์นี้สนับสนุนถึงความสำเร็จของโปรแกรมสนับสนุนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ที่ใช้ในการให้ข้อมูลและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self - Care Deficit Nursing Theory) ที่มุ่งเน้นการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ และการเพิ่มแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในรูปแบบออนไลน์ พบว่าการติดตามพฤติกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ช่วยเพิ่มความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน อีกทั้งยังลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ในทำนองเดียวกันการศึกษาของ วริษา กันบัวลา และคณะ (2564) ศึกษาผลของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผ่านไลน์แอปพลิเคชันในผู้ป่วยไขมันสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Khademian et al. (2020) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีโอเร็มในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและคุณภาพชีวิตสูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรม อีกทั้งพฤติกรรมปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตยังปรับตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Rakhshani et al. (2022) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการศึกษาแบบ Orem - Based Self - Care Education พบว่า สามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยของระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์นี้ยืนยันว่า การใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นเครื่องมือช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการสนับสนุนผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่ายและเพิ่มความมั่นใจในตนเอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภลักษณ์ ทองขาว และคณะ (2564) ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองเช่น การรับประทานยา การจัดการความเครียด และการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Shaban et al. (2024) ที่ศึกษาถึงโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการให้ความรู้ พบว่าการใช้แอปพลิเคชันบนมือถือช่วยพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมการการใช้จ่าย และการจัดการอาหาร นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Baghersad et al. (2016) ศึกษาโปรแกรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีโอเรียมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดีขึ้นและยังสามารถเพิ่มความตระหนักรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลการศึกษาสอดคล้องกับ Bin et al. (2023) ศึกษาโปรแกรมการศึกษาออนไลน์ พบว่า สามารถช่วยเพิ่มความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ไปปรับใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ไตวายเรื้อรัง หรือ มะเร็ง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. ควรเพิ่มการจัดอบรม หรือให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มการเข้าถึง และประสิทธิภาพของโปรแกรมในกลุ่มเป้าหมาย
3. เสนอให้พัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติมให้ครอบคลุมโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน หรือ ความดันโลหิตสูง เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชากรในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Sampling) เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปสรุปทั่วไปได้ในระดับประชากร
2. ควรศึกษาในระยะเวลาที่นานขึ้นเพื่อติดตามผลกระทบระยะยาวของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพ
3. การวิจัยครั้งต่อไปอาจเปรียบเทียบโปรแกรมที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลกับโปรแกรมการสนับสนุนในรูปแบบอื่น เช่น การให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว เพื่อประเมินความแตกต่างในด้านประสิทธิภาพ
4. ควรเพิ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้อง เช่น การวิเคราะห์คุณภาพชีวิต หรือผลลัพธ์ทางคลินิกเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้นในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข . (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ. 2562*. สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ : กรุงเทพมหานคร.
- กัญณภัทร สนสกุล และวลัยนารี พรหมลา. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก. *วารสารกองการพยาบาล*, 51(3), 92-101.
- กัมพล อินทรทะกุล, ชุริภรณ์ สีสกันตสูติ, อาวีวรรณ วิทยากรณศักดิ์, บุญบา สุภวัฒน์ชนสมบัติ, และปิยรัตน์ ภาคลักษณ์. (2563). ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD-P ต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาล*, 22(1), 1-14.
- กัมพล อินทรทะกุล และสุภาพ ไทยแท้. (2568). การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน : ความท้าทายและโอกาสสำหรับพยาบาล. *วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 3(3), 60-72.
- คณินิจ เพชรรัตน์, สัญญา ปงลังกา และจุฑามาศ กิตติศรี. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 45(1), 37-49.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, พัทรินทร์ ขวัญชัย และทัศนีย์ สร้อยอ่อน. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 18(1), 102-117.
- ฉัตรนิดา ประดิษฐกิจกุล, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วารุณี พลิกบัว และสุพจน์ ศรีมหาโชคตะ. (2567). ผลของโปรแกรมการดูแลตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 25(1), 424-431.
- ณัชชา ศิริมาสกุล. (2565). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(2), 109-120.
- ณัฐพล สดาวโรดม. (2566). ภาวะไขมันในเลือดสูง. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 76(4), 201-206.

- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2555). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ : คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย แกว่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารสภาการพยาบาล, 35(2), 52-69.
- พิมพ์ลดา เปี่ยมสุขวิสัย. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญพร ทวีบุตร, พัชรพร เกิดมงคล และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2560). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(1), 129-145.
- มลิวัดย์ ชัยโคตร. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้ในการดูแลตนเองพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางไต. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2567). แนวทางเวชปฏิบัติการบำบัดภาวะไขมันผิดปกติในเลือดเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2567. สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร กรุงเทพมหานคร.
- ลัคนา กองเมือง. (2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วริษา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุข และอาภรณ์ ดินาน. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมัน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(3), 1-14.
- วันทนีย์ งามวงศ์ และสุริพร ธนศิลป์. (2564). ผลของโปรแกรมสนับสนุนข้อมูลผ่านไลน์ แอปพลิเคชันร่วมกับการบริหารแบบซิงโครไนซ์ต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 35(1), 65-77.

- วินิตา ประทีปวัฒนพันธ์, ปิยะนุช จิตตุนนท์ และอาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร. (2564). ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 27(3), 343-359.
- ศุภลักษณ์ ทองขาว, นิภา กิมสูงเนิน และรัชณี นามจันทร์. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหัวใจสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ใหญ่ออนไลน์. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 73-88.
- ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล. (2566). *สถิติของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง*. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- สุวิดา ลิ่มเริ่มสกุล, จงจิต เสน่หา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และปริญญ์ บุรณะทรัพย์ขจร. (2565). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(1), 84-98.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2564). *การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Abdelhamid, M., Mohammed Mahmoud, M. A., Behairy, A., Soad, & Abd-Elghany, M. (2023). The Effectiveness of Orem-Based Self-Care Education on Knowledge and Self-Care Behaviors among Patients with Heart Failure. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 11(4), 210-225. <https://doi.org/10.21608/asnj.2023.251587.1727>.
- Abera, A., Worede, A., Hirigo, A. T., Alemayehu, R., & Ambachew, S. (2024). Dyslipidemia and associated factors among adult cardiac patients: a hospital-based comparative cross-sectional study. *European Journal of Medical Research*, 29(1), 237-248. <https://doi.org/10.1186/s40001-024-01802-x>.
- Al-Sutari, M., & Ahmad, M. (2017). The effect of educational program on self-care behaviors and health outcome among patients with heart failure: an experimental study. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 15(3), 135-146. <https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000108>.

- Alves-Bezerra, M., & Cohen, D. E. (2017). Triglyceride Metabolism in the Liver. *Compr Physiol*, 8(1), 1-8. <https://doi.org/10.1002/cphy.c170012>.
- Babadagli, H. E., Barry, A. R., Thanassoulis, G., & Pearson, G. J. (2023). Updated guidelines for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease in adults by pharmacists. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada*, 156(3), 117-127. <https://doi.org/10.1177/17151635231164989>.
- Bin, T. M., Tengku, M. M., & Ahmad, A. (2023). The Effect of Web-Based Education Programs on Self-Efficacy and Self-Care Behavior in Quality of Life Among Diabetic Type 2 Patients in Public Hospital. *The Malaysian Journal of Nursing (MJN)*, 14(4), 119-131. <https://ejournal.lucp.net/index.php/mjn/article/view/1656>.
- Buchanan, C., Howitt, M. L., Wilson, R., Booth, R. G., Risling, T., & Bamford, M. (2020). Predicted Influences of Artificial Intelligence on the Domains of Nursing: Scoping Review. *JMIR Nurs*, 3(1), 239-49. <https://doi.org/10.2196/23939>.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2017). *The Practice of nursing research : conduct, appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier saunders.
- Cabral, B. P., Braga, L. A. M., Syed-Abdul, S., & Mota, F. B. (2023). Future of Artificial Intelligence Applications in Cancer Care: A Global Cross-Sectional Survey of Researchers. *Curr Oncol*, 30(3), 3432-3446. <https://doi.org/10.3390/currenocol30030260>.
- Daniali, S. S., Eslami, A. A., Maracy, M. R., Shahabi, J., & Mostafavi-Darani, F. (2017). The impact of educational intervention on self-care behaviors in overweight hypertensive women: A randomized control trial. *ARYA Atheroscler*, 13(1), 20-28.
- Fan, K., & Zhao, Y. (2021). Mobile health technology: a novel tool in chronic disease management. *Intelligent Medicine*, 12(2), 135-146. <https://doi.org/10.1016/j.imed.2021.06.003>.
- Hashem, M., Zare-Kaseb, A., Arbabi, Z., & Ghazanfari, M. J. (2023). Implementation of artificial intelligence in the nursing profession: Barriers & facilitators. *Journal of Nursing Reports in Clinical Practice*, 25(2), 1-2. <https://doi.org/10.32598/JNRCP.23.25>.
- Hassan Mahmoudi, & Mohammad Hesam Moradi. (2024). The Progress and Future of Artificial Intelligence in Nursing Care: A Review. *The Open Public Health Journal*, 17(3), 1-9.

- Heikkilä, M., Lehtovirta, M., Autio, O., Fogelholm, M., & Valve, R. (2019). The Impact of Nutrition Education Intervention with and Without a Mobile Phone Application on Nutrition Knowledge Among Young Endurance Athletes. *Nutrients*, 11(9). <https://doi.org/10.3390/nu11092249>.
- Husain, M. J., Spencer, G., Nugent, R., Kostova, D., & Richter, P. (2022). The Cost-Effectiveness of Hyperlipidemia Medication in Low- and Middle-Income Countries: A Review. *Glob Heart*, 17(1), 18-25. <https://doi.org/10.5334/gh.1097>.
- Ismail, F., Redzuan, A., & Wen, C. (2023). Patient-centered education in dyslipidemia management: a systematic review. *Asian Biomedicine*, 16(3), 214-236. <https://doi.org/10.2478/abm-2022-0026>.
- Kamei, T., Kanamori, T., Yamamoto, Y., & Edirippulige, S. (2022). The use of wearable devices in chronic disease management to enhance adherence and improve telehealth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare*, 28(5), 342-359. <https://doi.org/10.1177/1357633x20937573>.
- Kennedy, A., & Date, D. (2022). *Health Psychology & Stress Management*. Bombay IBH Publishers.
- Khademian, Z., Kazemi Ara, F., & Gholamzadeh, S. (2020). The Effect of Self Care Education Based on Orem's Nursing Theory on Quality of Life and Self-Efficacy in Patients with Hypertension: A Quasi-Experimental Study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 8(2), 140-149. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2020.81690.0>.
- Klop, B., Elte, J. W., & Cabezas, M. C. (2013). Dyslipidemia in obesity: mechanisms and potential targets. *Nutrients*, 5(4), 1218-1240. <https://doi.org/10.3390/nu5041218>.
- Kong, P., Cui, Z.-Y., Huang, X.-F., Zhang, D.-D., Guo, R.-J., & Han, M. (2022). Inflammation and atherosclerosis: signaling pathways and therapeutic intervention. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 7(1), 131-141. <https://doi.org/10.1038/s41392-022-00955-7>.
- Lagampan, S., & Mayurasakorn, K. (2020). Effect of a Goal Attainment Nursing Program on Self-management and Blood Pressure Control in High-risk Hypertensive Patients in a Primary Care Unit. *Siriraj Medical Journal*, 72(3), 140-150. <https://doi.org/10.33192/Smj.2020.19>.

- Lusis, A. J. (2000). Atherosclerosis. *Nature*, 40(6), 233-241. <https://doi.org/10.1038/35025203>.
- Ma, Y., Cheng, H. Y., Sit, J. W. H., & Chien, W. T. (2022). The effects of a smartphone-enhanced nurse-facilitated self-care intervention for Chinese hypertensive patients: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 13(4), 104-113. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104313>.
- Mannu, G. S., Zaman, M. J., Gupta, A., Rehman, H. U., & Myint, P. K. (2013). Evidence of lifestyle modification in the management of hypercholesterolemia. *Curr Cardiol Rev*, 9(1), 2-14. <https://doi.org/10.2174/157340313805076313>.
- Mosa, A., abd-alkareem, Z., & Naser, I. (2021). *Hyperlipidemia: pathophysiology, causes, complications, and treatment*. College of pharmacy, University of Kerbala.
- Motuma, A., Shiferaw, K., Gobena, T., Teji Roba, K., Berhane, Y., & Worku, A (2023). Dyslipidemia and its predictors among adult workers in eastern Ethiopia: An institution-based cross-sectional study. *PLoS One*, 18(10), 291-300. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291665>.
- Naeemi, L., Daniali, S. S., Hassanzadeh, A., & Rahimi, M. (2022). The effect of educational intervention on self-care behavior in hypertensive older people: Applying the health belief model. *J Educ Health Promot*, 11(2), 406-410. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1800_21.
- Nair, P. (2013). Brown and Goldstein: the cholesterol chronicles. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 110(37), 14829-14832. <https://doi.org/10.1073/pnas.1315180110>.
- Nasresabetghadam, S., Jahanshahi, M., Fotokian, Z., Nasiri, M., & Hajiahmadi, M. (2021). The Effects of Orem's Self-care Theory on Self-care Behaviors among Older Women with Hypertension: A Randomized Controlled Trial. *Nursing and Midwifery Studies*, 10(2), 99-108. https://doi.org/10.4103/nms.nms_9_20.
- Nouh, F., Omar, M., & Younis, M. (2019). Risk Factors and Management of Hyperlipidemia (Review). 2(1), 1-10.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th Ed). Saint Louis: Mosby.

- Park, K. H., & Park, W. J. (2015). Endothelial Dysfunction: Clinical Implications in Cardiovascular Disease and Therapeutic Approaches. *J Korean Med Sci*, 30(9), 1213-1225. <https://doi.org/10.3346/jkms.2015.30.9.1213> .
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2022). Prevalence, awareness, treatment, and control of dyslipidemia and associated factors among adults in Jordan: Results of a national cross-sectional survey in 2019. *Prev Med Rep*, 28(1), 101-118. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101874>.
- Pootong, A., Kittiteerasack, P., Pattarapanitchai, P., & Choomean, S. (2023). Prevalence and associated factors of dyslipidemia among university students in Central Thailand: a cross-sectional study. *Journal of Associated Medical Sciences*, 57(1), 161-169. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bulletinAMS/article/view/265887>.
- Rakhshani, T., Najafi, S., Javady, F., bozorg, A., Mohamadkhah, F., & Khani Jeihooni, A. (2022). The effect of Orem-based self-care education on improving self-care ability of patients undergoing chemotherapy: a randomized clinical trial Open Access. *BMC Cancer*, 22(10), 1-9.
- Rehman, H., Kamal, A. K., Morris, P. B., Sayani, S., Merchant, A. T., & Virani, S. S. (2017). Mobile Health (mHealth) Technology for the Management of Hypertension and Hyperlipidemia: Slow Start but Loads of Potential. *Curr Atheroscler Rep*, 19(3), 12-16. <https://doi.org/10.1007/s11883-017-0649-y>.
- Ronquillo, C. E., Peltonen, & L.M., P. (2021). Artificial intelligence in nursing: Priorities and opportunities from an international invitational think-tank of the Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative. *Journal of Advanced Nursing*, 77(9), 3707-3717.
- Sakboonyarat, B., Poovieng, J., Jongcherdchootrakul, K., Srisawat, P., Hatthachote, P., Mungthin, M., & Rangsin, R. (2023). Trends in Serum Total Cholesterol and High Total Cholesterol Prevalence Among Royal Thai Army Personnel in Thailand, 2017–2022. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 30(5), 445-456. <https://doi.org/10.1007/s40292-023-00596-z> .
- Scott, C. (2001). Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach (3rd ed): L.W. Green, M.W. Kreuter (Eds.) Mountain View, CA: Mayfield Publishing

- Company, 1999; 621 pp. *Canadian Journal of Public Health*, 92(25), 384-384.
<https://doi.org/10.1007/BF03404986>.
- Shaban, M. M., Sharaa, H. M., Amer, F. G. M., & Shaban, M. (2024). Effect of digital based nursing intervention on knowledge of self-care behaviors and self-efficacy of adult clients with diabetes. *BMC nursing*, 23(1), 118-130. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01787>.
- Shi, M., Wang, H., & Zhang, X. (2024). Dyslipidemia and its associated factors among community adults located in Shangcheng district, Zhejiang province. *Scientific Reports*, 14(1), 42-48. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54953-6>.
- Soleimani, N., Ebrahimi, F., & Mirzaei, M. (2024). Self-management education for hypertension, diabetes, and dyslipidemia as major risk factors for cardiovascular disease: Insights from stakeholders' experiences and expectations. *PLoS One*, 19(9), 310-320. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310961>.
- Tok Yildiz, F., & Kasikci, M. (2020). Impact of Training Based on Orem's Theory on Self-Care Agency and Quality of Life in Patients With Coronary Artery Disease. *J Nurs Res*, 28(6), 125-135.
- Wazir, M., Olanrewaju, O. A., Yahya, M., Kumari, J., Kumar, N., Singh, J., Abbas Al-Itbi, A. Y., Kumari, K., Ahmed, A., Islam, T., Varrassi, G., Khatri, M., Kumar, S., Wazir, H., & Raza, S. S. (2023). Lipid Disorders and Cardiovascular Risk: A Comprehensive Analysis of Current Perspectives. *Cureus*, 15(12), 513-25. <https://doi.org/10.7759/cureus.51395>.
- Willis, V. C., Thomas Craig, K. J., Jabbarpour, Y., Scheufele, E. L., Arriaga, Y. E., Ajinkya, M., Rhee, K. B., & Bazemore, A. (2022). Digital Health Interventions to Enhance Prevention in Primary Care: Scoping Review. *JMIR Med Inform*, 10(1), 335. <https://doi.org/10.2196/33518>.
- World Health Organization. (2022). The global health observatory. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3236>. Accessed September 7, 2024.

- Wungrath, J., & Autorn, N. (2021). Effectiveness of Line application and telephone-based counseling to improve medication adherence: A randomized control trial study among uncontrolled type 2 diabetes patients. *Health Promot Perspect*, 11(4), 438-443.
- Yao, Y. S., Li, T. D., & Zeng, Z. H. (2020). Mechanisms underlying direct actions of hyperlipidemia on myocardium: an updated review. *Lipids in Health and Disease*, 19(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12944-019-1171-8>.
- Yin, H., Lu, B., Zeng, K., Li, Y., & Ma, J. (2024). Prevalence and factors associated with dyslipidemia in patients with first hospitalization for major depressive disorder: a large sample cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 24(1), 396. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05848-3>.
- Zhu, B., Wang, W., Li, M., Peng, S., & Tan, X. (2022). Analysis of blood lipid changes and influencing factors in physical examination population of a city in central China. *Front Cardiovasc Med*, 9(3), 996. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.996148>.
- Zimmerman, B. J., & Schunk, D. H. (2011). Self-regulated learning and performance: An introduction and an overview. In *Handbook of self-regulation of learning and performance*. (pp. 1-12). Routledge/Taylor & Francis Group.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เอกสารเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชวนันท์ สุ่มนะเศรษฐกุล
อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์เขตนเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
2. อาจารย์ ดร.แพทย์หญิงไพรยาภัก สุกุลทัตญญ
อาจารย์ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
3. อาจารย์ แพทย์หญิงบุญสิตา จิรนนทภาส
แพทย์ประจำศูนย์ตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
4. อาจารย์พรธิรา บุญฉวี
อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรสิทธิ์ประสงศ์
5. นางสาวพิมพ์ลดา เปี่ยมสุขวิสัย
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำศูนย์ดูแลกลุ่มโรคเรื้อรัง NCDs
โรงพยาบาลวัฒนานคร



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ตรวจสอบสุขภาพโรงพยาบาล โทร. ๑๙๑๙)

ที่ พวช. วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้างานสร้างเสริมสุขภาพ

ข้าพเจ้า นางสาวรัชฎ์กัญญา กันทะวงศ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๓๗๙๒) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการจัดทำผลงานวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง” มีความประสงค์ที่จะให้ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิเป็นจำนวน ๕ ท่าน ดังนี้

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนันท์ สุนนะเศรษฐกุล

อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์เขตนเมือง

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

๒. ดร.แพทย์หญิงไพรยาภัก สุกุลทัต

อาจารย์ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

๓. นางสาวบุญสิตา จิรนนท์ภาส

แพทย์ประจำศูนย์ตรวจสุขภาพ

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

๑. นางสาวพรธิรา บุญฉวี

อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัฒนานคร

๑. นางสาวพิมพ์ลดา เปี่ยมสุขวิสัย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพัฒนานคร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

รัชฎ์กัญญา กันทะวงศ์
(นางสาวรัชฎ์กัญญา กันทะวงศ์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๐๕๐)

ที่ พวข.๑๒/๑๔๐๙/..... วันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอลอญัติบุคคลกรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....

เรียน หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ด้วย นางสาวรัชฎ์กัญญา กันทะวงศ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวข. ๑๑๗๕๒) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการจัดทำผลงานวิจัย เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง"

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาล เห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชวรินทร์ สุมณะเศรษฐกุล ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปาริชาติ จันทร์สุนทรพร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๑๔๑).....

ที่ พวษ.๑๒/๓๔๑๑.....วันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕.....

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....

เรียน หัวหน้าสำนักงานผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ด้วย นางสาวรัชฎ์กัญญา กันทะวงศ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวษ. ๑๑๓๔๒) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการจัดทำผลงานวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง”

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาล เห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ นางสาวบุญสิตา จิรนนท์ทาส ตำแหน่ง แพทย์ทั่วไป ประจำศูนย์ตรวจสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปาริชาติ จันทร์สุนทรพร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๐๕๑๐)

ที่ พพ.๑๒/๑๔๘๘ วันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอลงมติบุคคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าภาควิชาพยาบาลวิเทศคลินิก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ด้วย นางสาวรัชฎ์กัญญา กันทะวงศ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๓๑๗๙๒) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการจัดทำผลงานวิจัย เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง"

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาล เห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ แพทย์หญิงไพบรียก สกฤตวิทย์ ตำแหน่ง อาจารย์ ประจำภาควิชาพยาบาลวิเทศคลินิก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปาริชาติ จันทร์สุนทรพร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ที่ นมร.๐๓๑๒/ ๘๔๖๓



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต
กทม. ๑๐๓๐๐

๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

ด้วย นางสาววิญญูภัฏญ์ กันทะวงศ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการจัดทำผลงานวิจัย เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง"

ในการนี้ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พิจารณาเห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ นางสาวพรธิรา บุญญวี ตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยเรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

๒/๕๑๓. ๕/๕๑๓.

Faculty of
Medicine
Vajira
Hospital

Digitally signed
by Faculty of
Medicine Vajira
Hospital

(รองศาสตราจารย์ปนัดดา สุวรรณ)

รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล)

โทร. ๐ ๒๒๕๔ ๓๐๔๐

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban-vajira@nmu.ac.th

"สถาบันแพทยศาสตร์ที่ทรงคุณค่า ผู้นำด้านเวชศาสตร์เขตเมือง"

ที่ นมร.๐๓๓๒/ ๘๔๖๒



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยวชิราวุธราช
๖๘๓ ถนนสามเสน เขตดุสิต
กทม. ๑๐๓๐๐

๓๐ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

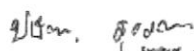
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดนาค

ด้วย นางสาวรัชฎาภรณ์ กัญหาพงศ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยวชิราวุธราช กำลังดำเนินการจัดทำผลงานวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรม และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง”

ในการนี้ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยวชิราวุธราช พิจารณาเห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ นางสาวพิมพ์ลดา เปี่ยมสุขวิสัย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยเรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


Faculty of Medicine
Vajiravudh Hospital

(รองศาสตราจารย์ปณิตดา สุวรรณ)

รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยวชิราวุธราช

ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล)

โทร. ๐ ๒๖๔๔ ๓๐๕๐

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban-vajira@nmu.ac.th

“สถาบันแพทยศาสตร์ที่ทรงคุณค่า ผู้นำด้านเวชศาสตร์เชิงเมือง”

ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

เอกสารแจ้งข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ จะต้องเป็น **ความสมัครใจ** ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็น **ผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย** ของผู้ที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

ความเป็นมาของโครงการวิจัย

ภาวะไขมันในเลือดสูง มีผลกระทบที่หลากหลายและรุนแรงต่อหลายด้านของชีวิต ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านร่างกายที่ชัดเจนที่สุดคือ ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด โดยมีระดับไขมันในเลือดสูง ไขมันที่สะสมในผนังหลอดเลือดสามารถทำให้หลอดเลือดแข็งและแคบลง การสะสมของไขมันนี้ทำให้เลือดไหลเวียนได้ยากขึ้น ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงและภาวะสมองขาดเลือด การลดลงของการไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายสามารถส่งผลให้เกิดความเสียหายต่ออวัยวะสำคัญได้ ผลกระทบทางจิตใจ สามารถสร้างความกังวลและความเครียดให้กับผู้ป่วยอย่างมาก การต้องเผชิญกับความเครียดของโรคภัยเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด อาจทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า บางรายอาจรู้สึกสิ้นหวังหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง การต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้า และท้อแท้ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากภาวะไขมันในเลือดสูงยังมีผลกระทบในด้านเศรษฐกิจอย่างมาก เนื่องจากการรักษาภาวะนี้มักต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่าย แม้ว่าจะมีสิทธิการรักษาพยาบาล แต่ค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการครอบคลุม เช่น ค่ายา ค่าตรวจสุขภาพ หรือค่าพาหนะ อาจเป็นภาระหนักทางการเงินได้ นอกจากนี้ ความเครียดจากปัญหาสุขภาพและการเงินอาจทำให้เสี่ยงต่อการพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น หรือรู้สึกแยกตัวจากสังคม ความรู้สึกนี้สามารถทำให้ความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อนฝูงลดลง นอกจากนี้ การขาดการสนับสนุนทางสังคมยังส่งผลให้ยังรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจและส่งผลกระทบต่อสังคมรอบข้างอีกด้วย ซึ่งภาวะไขมันในเลือดสูงหากปล่อยอาจส่งผลให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น

ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะไขมันในเลือดสูงนี้ เกิดจากสภาพทางคลินิกที่มีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงเกิดจากพฤติกรรมและการพร่องความสามารถในการดูแลตนเองในการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ในปริมาณสูง เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง อาหารฟาสต์ฟู้ดและขนมอบที่มีไขมันสูงทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น การศึกษาหลายงานพบว่า การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถช่วยลดระดับไขมันในเลือดโดยการเพิ่มระดับไขมันเอชดีแอลและลดระดับไขมันแอลดีแอลและไตรกลีเซอไรด์ มีปัจจัยที่สามารถให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ คือการให้ความรู้และการส่งเสริมการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

เอกสารแจ้งข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการและแก้ไขปัญหาผ่านการให้การศึกษาและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ด้วยการให้ความรู้และคำแนะนำ เกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบ และการจัดการไขมันในเลือดสูงซึ่งช่วยเพิ่มความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามระดับไขมันในเลือดเป็นส่วนสำคัญในการจัดการภาวะนี้ การสนับสนุน จากพยาบาลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง รวมถึงการใช้แอปพลิเคชันในการติดตาม และการสื่อสาร สามารถช่วยให้รับข้อมูลที่จำเป็นและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง พยาบาลสามารถใช้แอปพลิเคชันเพื่อส่งข้อมูล คำแนะนำ และคำปรึกษา ซึ่งอาจช่วยปรับปรุงพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความรู้ในการติดตามผลการรักษาและการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้การจัดการไขมันในเลือดสูงมีประสิทธิภาพมากขึ้น การใช้แอปพลิเคชันเพื่อการติดตามอาจช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินผลและปรับปรุงกลยุทธ์การรักษาได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล ด้วยโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

ผู้เข้าร่วมการตรวจสุขภาพที่ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไขมันในเลือดสูง มีระดับไขมันเลว (LDL) > 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ > 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ที่ยังไม่ได้รับยาลดไขมันในเลือด

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

โครงการวิจัยนี้จะดำเนินการที่ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 60 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นัด

ท่านใช้ระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยพบกันครั้งแรกที่ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล ผู้วิจัยให้ท่านทำแบบสอบถามก่อนให้ความรู้และให้ความรู้ สัปดาห์ที่ 2 ทบทวนความรู้ ตามแผนการสอนอีบุ๊ก (e-book) ทางไลน์ สัปดาห์ 3-10 ทบทวนความรู้ตามแผนการสอนอีบุ๊ก (e-book) + วีดีโอ ทางไลน์ สัปดาห์ที่ 12 มาตรวจตามนัดและทำแบบประเมินระดับพฤติกรรมและระดับความรู้

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

ท่านเริ่มต้นทำแบบประเมินเพื่อวัดระดับความรู้และระดับพฤติกรรมดูแลผ่านกูเกิ้ลฟอร์ม (Google Forms) จากโอแพตของพยาบาล พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูงครั้งแรกที่



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล เปิด อีบุ๊ก (e-book) พร้อมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำผ่านไอแพด (iPad) และให้ท่านนำโทรศัพท์ของตนเองสแกนคิวอาร์โค้ด (QR-code) เพื่อเข้ากลุ่มโอเพนแชทไลน์ ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล (ใช้เวลา 30-45 นาที) มีการส่งคู่มืออีบุ๊ก (e-book) ความรู้เกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูงลงในไลน์กลุ่มไลน์ โอเพนแชทให้ท่านได้ทบทวนความรู้ที่อยู่ในคู่มือเมื่อท่านกลับบ้าน เปิดโอกาสให้ท่านสอบถามข้อสงสัยและนัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไป ลงข้อมูลความรู้ที่น่าสนใจในแพลตฟอร์มแชรวิดีโอ เรื่องไขมันในเลือดสูงและส่งให้ท่านในกลุ่มไลน์โอเพนแชท 1 ครั้งต่อ 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2,4,6,8,10) สัปดาห์ที่ 12 เนื่องจากท่านต้องมาตรวจตามนัดเดิมของแพทย์อยู่แล้ว ท่านจะได้ทำแบบประเมินเพื่อระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอีกครั้ง โดยท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมดังต่อไปนี้ ขอสรุปโดยสังเขปเป็นตารางกิจกรรม

ตารางแสดงกิจกรรมที่จะทำในระหว่างการวิจัย

กิจกรรม	Visit 1	Visit 2 Wk 2	Visit 3 Wk 4	Visit 4 Wk 6	Visit 5 Wk 8	Visit 6 Wk 10	Visit 7 Wk 12
1.เจอบทหน่วยทำ Pre-test แล้วให้ความรู้	✓						
2.ทางไลน์ ทบทวนความรู้ ตามแผนการสอน (E-book)		✓					
3.ทางไลน์ ทบทวนความรู้ตามแผนการสอน (E-book) + วิดีโอ			✓				
4.ทางไลน์ ทบทวนความรู้ตามวิดีโอ				✓			
5.ทบทวนความรู้ตามแผนการสอน (E-book)+ วิดีโอ					✓	✓	
6.Post-test ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด							✓

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1. ตัวตัวผู้ป่วย หากเป็นไปตามสมมติฐานกลุ่มทดลองน่าจะได้ประโยชน์จากโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันและทั้งสองกลุ่มจะได้ประโยชน์จาก early detection ภาวะไขมันในเลือดสูงและหากผลการทดลองพบว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันได้ประโยชน์กลุ่มทดลองสามารถนำไปทำต่อเนื่องได้ และจะนำรูปแบบโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันนี้ไปสอนแนะให้กับกลุ่มควบคุมต่อไปภายหลัง



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ด้านตัวผู้ป่วย ท่านจะได้รับข้อมูลและการสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่น การปรับเปลี่ยนอาหาร การเพิ่มการออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยลดระดับไขมันในเลือดและส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ได้รับการศึกษาและความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูงและวิธีการจัดการ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ดีขึ้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและการสื่อสารผ่านไลน์แอปพลิเคชันจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากทีมงานและผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งอาจช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจในการจัดการโรค

3. ด้านหน่วยงาน ผลการศึกษาจะเป็นองค์ความรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติ หากส่งตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ

4. การลดภาระทางการแพทย์ ซึ่งการปรับปรุงพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการควบคุมไขมันในเลือดจะช่วยลดภาระทางการแพทย์ เช่น การลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

เนื่องจากการศึกษาเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ดังนั้น จึงไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้วิจัยได้มอบค่าตอบแทนเอกสารให้ความรู้ พร้อมเงิน 200 บาทต่อท่านให้แก่อาสาสมัครที่ท่านให้ความกรุณาในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) การตอบแบบสอบถามประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง และระดับความรู้ในผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง Pre-Post test

2) การเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ท่านมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย เพราะการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะต้องเกิดจากความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมเท่านั้น ซึ่งการไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อบริการสุขภาพที่พึงได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หรือมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง คือ นางสาวรัชฎาภรณ์ กันทะวงศ์ เบอร์โทรศัพท์มือถือส่วนตัว 08-23657569 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยหรือท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควร ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล 681 อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 5 ถ.สามเสนใน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2244-3843



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

จะไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-นามสกุล ของท่านทั้งสิ้น แต่จะนำผลการวิจัยเสนอออกมาเป็นภาพรวม โดยที่ไม่สามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลได้

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยท่านสามารถแจ้งต่อผู้วิจัยด้วยวาจา หรือทำจดหมายแจ้งความจำนงค์ขอถอนตัวส่งถึงผู้วิจัย โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานหรือกระทบต่อหน่วยงานของท่าน

หมายเหตุ : ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ และได้ลงลายมือชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้คำอธิบายเพื่อขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัย และวันที่ที่ลงชื่อเก็บไว้เป็นส่วนตัว 1 ชุด

ภาคผนวก ค

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน

.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด

.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยที่ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ :

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่ผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่องิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาววรัชญ์กัญญ์ กันทะวงศ์ มือถือส่วนตัว 0823657569 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หมายเลขโทรศัพท์ 0-2244-3843

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

Version 2

ED 15 มีนาคม 2566

เอกสารนี้เป็นเอกสารต้นฉบับที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัย
เอกสารนี้เป็นเอกสารต้นฉบับที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัย
เอกสารนี้เป็นเอกสารต้นฉบับที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัย

Date : ...21.../...10.../2567..

FM-RES02-016 Rev.00 หน้า 1/2



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย วันที่.....

(.....)

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองโครงร่างการวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน...สำนักคณะกรรมการการวิจัย... คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล... โทร. ๐-๒๖๔๔๔-๓๓๓๓

ที่... สก.คก. ๑๓๓๓/๒๕๖๗... วันที่... ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง... ผลการพิจารณารับรองโครงการวิจัย (Expend)...

เรียน น.ส.วชิรณัฐ กัญหาพงศ์

ตามที่ท่านเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยใหม่ในเลือดสูง เลขที่โครงการ ๑๓๓๓/๒๕๖๗ E คณะกรรมการฯ มีมติรับรองโครงการวิจัยดังกล่าว และขอให้ผู้วิจัยรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก ๑๒ เดือน (ให้รายงานความก้าวหน้าพร้อมต่ออายุโครงการวิจัยก่อนวันหมดอายุ ๑ เดือน ภายในวันที่ ๒๕ กันยายน - ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๗)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัย และเอกสารที่ได้รับการรับรองมาด้วย

1. Research Protocol version 2 date 21 October 2024
2. Information sheet version 2 date 21 October 2024
3. Consent form version 2 date 21 October 2024
4. Case Record Form version 2 date 21 October 2024
5. Investigator's CV and ICH-GCP Training Certificate and Declaration of Conflict of Interest

5.1 Investigator's

- 1) Miss Waratthan Khantawong

5.2 Co-Investigator's

- 1) Mr. Kampon Introntakun
- 2) Mr. Nutachet Treerachadaj

ลงนาม.....

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริวรรณ ตั้งจิตมณ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ : พิจารณาแบบยังไม่ได้มีการ Acknowledge ในการประชุมครั้งที่...๑๓...ปี...๒๕๖๗...



แนบภาพยืนยันความถูกต้อง
ในการให้บริการของเจ้าหน้าที่

R/C : ๑๓๓๓/๒๕๖๗ E

๑. เพื่อบันทึกความก้าวหน้า ๑๓๓๓/๒๕๖๗

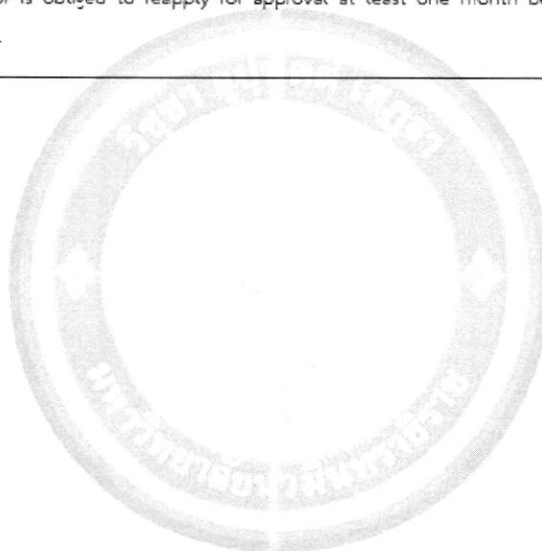
๒. ปรับเนื้อหา และอัปเดต ๑๓๓๓/๒๕๖๗

681 SAMSEN ROAD, DUSIT, BANGKOK 10300 Tel. 0-2244-3843				COA 195/2567
INSTITUTIONAL REVIEW BOARD FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL CERTIFICATE OF APPROVAL				
The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine Vajira Hospital is in full compliance with the international guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)				
PROTOCOL TITLE	The Effect of a Support and Education Program via the LINE Application on Self-Care Behaviors and Knowledge in Patients with Dyslipidemia ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง			
STUDY CODE	192/s7 E			
PRINCIPAL INVESTIGATOR	Miss Waratthan Khanthawong			
AFFILIATION	Nursing Division Faculty of Medicine Vajira Hospital Navamindradhiraj University			
DOCUMENT REVIEWED	1. Research Protocol version 2 date 21 October 2024 2. Information sheet version 2 date 21 October 2024 3. Consent form version 2 date 21 October 2024 4. Case Record Form version 2 date 21 October 2024 5. Investigator's CV and ICH-GCP Training Certificate and Declaration of Conflict of Interest 5.1 Investigator's 1) Miss Waratthan Khanthawong 5.2 Co-Investigator's 1) Mr. Kampon Introntekun 2) Mr. Nutachet Treerassorddej			
		Signature..... (Professor Siriwan Tengjitgemol, MD) Chairman Vajira Institutional Review Board		
Initial Approval Date of Approval 27/10/2024 Approval Expire Date 26/10/2025				
Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)				

Page | 1/1

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any) veering the Institutional Review Board's seal of approval; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for the record;
3. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested; (...12....Months)
4. If the study cannot be finished within the expire date of the approval certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration.



ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าความเที่ยงของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูง

จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูง โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา พบค่าความเที่ยงแบบประเมินชุดนี้เท่ากับ .78 โดยเกณฑ์การยอมรับตั้งแต่ .70 ขึ้นไป จึงยอมรับว่าแบบสอบถามนี้เชื่อถือได้

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha Based on Standardized Items		
Cronbach's Alpha	Standardized Items	N of Items
.781	.785	20

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Beh1	2.6000	1.06997	30
Beh2	2.5333	.97320	30
ReBeh3	3.8667	.77608	30
Beh4	2.3333	.54667	30
Beh5	1.8000	1.03057	30
Beh6	2.4000	1.06997	30
Beh7	3.0667	1.33735	30
Beh8	3.4667	1.00801	30
Beh9	2.3667	1.21721	30
ReBeh10	4.6333	.85029	30
Beh11	2.4333	1.19434	30
Beh12	3.3667	1.40156	30
Beh13	2.6000	1.22051	30
Beh14	2.2000	1.12648	30
Beh15	3.2000	1.47157	30
Beh16	2.1000	1.21343	30
Beh17	3.2000	1.47157	30
Beh18	3.6667	1.44636	30
ReBeh19	3.3667	1.32570	30
Beh20	3.0000	1.55364	30

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	2.910	1.800	4.633	2.833	2.574	.486	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Beh1	55.6000	102.386	.310	.852	.774
Beh2	55.6667	102.713	.333	.797	.773
ReBeh3	54.3333	108.575	.065	.858	.785
Beh4	55.8667	105.775	.370	.723	.775
Beh5	56.4000	105.352	.181	.508	.781
Beh6	55.8000	95.062	.672	.903	.753
Beh7	55.1333	101.292	.266	.839	.778
Beh8	54.7333	97.306	.599	.855	.758
Beh9	55.8333	92.833	.679	.824	.749
ReBeh10	53.5667	112.668	-.175	.662	.796
Beh11	55.7667	97.151	.495	.770	.762
Beh12	54.8333	96.006	.447	.742	.765
Beh13	55.6000	97.076	.485	.889	.763
Beh14	56.0000	97.517	.515	.932	.762
Beh15	55.0000	97.310	.371	.753	.771
Beh16	56.1000	100.300	.348	.727	.772
Beh17	55.0000	94.897	.459	.828	.763
Beh18	54.5333	101.430	.230	.867	.782
ReBeh19	54.8333	104.075	.163	.455	.785
Beh20	55.2000	102.924	.155	.610	.789

2. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Paired t - test

ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบทางสถิติแบบ t - test ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการทดสอบ เพื่อให้ผลการทดสอบมีความน่าเชื่อถือและสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้มา ดังนี้

1) การสุ่มตัวอย่างอิสระกลุ่มตัวอย่างที่นำมาเปรียบเทียบใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างอิสระ ซึ่งหมายความว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม และมีการจับคู่ด้วยการ Matched paired กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเพื่อให้มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกัน

2) การแจกแจงปกติ (Normality) การกระจายของข้อมูลในแต่ละกลุ่มมีลักษณะเป็นการแจกแจงปกติ สามารถตรวจสอบได้ด้วยการทดสอบ Shapiro - wilk

2.1 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BehPreIntervention	.113	30	.200 [*]	.965	30	.406
BehPostIntervention	.090	30	.200 [*]	.961	30	.322
BehPreControl	.101	30	.200 [*]	.982	30	.867
BehPostControl	.094	30	.200 [*]	.974	30	.655

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

2.2 ระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Controlpre	.142	30	.125	.948	30	.146
Controlpost	.117	30	.200 [*]	.951	30	.183
Interventionpre	.139	30	.146	.976	30	.705
Interventionpost	.107	30	.200 [*]	.952	30	.191

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

สรุป ระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง แต่ละกลุ่มมีกลุ่มตัวอย่างมีไม่ถึง 60 คนจึงพิจารณาจากค่า Shapiro-wilk > .05 จากข้อมูลในตาราง พบว่า Test of normality = $p > .05$ หรือ Not significance แปลว่า ยอมรับ H_0 แสดงว่าข้อมูล มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ พารามตริก (Parametric statistics)

3. ตารางแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้และระดับ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ
โปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้สถิติ Paired t - test

3.1 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

Paired Samples Statistics										
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean					
Pair 1	BehPreIntervention	58.3000	30	8.70652	1.58959					
	BehPostIntervention	67.7000	30	7.60739	1.38891					
Pair 2	BehPreControl	58.2000	30	10.49926	1.91689					
	BehPostControl	58.9000	30	9.74272	1.77877					

Paired Samples Test										
Paired Differences										Significance
95% Confidence Interval of the Difference										
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	t	df	One-Sided p	Two-Sided p
Pair 1	BehPreIntervention - BehPostIntervention	-9.40000	9.49265	1.73311	-12.94461	-5.85539	-5.424	29	<.001	<.001
Pair 2	BehPreControl - BehPostControl	-.70000	14.01760	2.55925	-5.93426	4.53426	-.274	29	.393	.786

3.2 ระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

Paired Samples Statistics										
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean					
Pair 1	Interventionpre	9.5333	30	2.25501	.41171					
	Interventionpost	16.0333	30	2.44221	.44588					
Pair 2	Controlpre	9.4333	30	2.60878	.47630					
	Controlpost	10.3667	30	3.43896	.62787					

Paired Samples Test										
Paired Differences										Significance
95% Confidence Interval of the Difference										
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	t	df	One-Sided p	Two-Sided p
Pair 1	Interventionpre - Interventionpost	-6.50000	3.56951	.65170	-7.83288	-5.16712	-9.974	29	<.001	<.001
Pair 2	Controlpre - Controlpost	-.93333	4.48702	.81921	-2.60881	.74215	-1.139	29	.132	.264

4. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Independent t - test

ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบทางสถิติแบบ t - test ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการทดสอบ เพื่อให้ผลการทดสอบมีความน่าเชื่อถือและสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้นำมา ดังนี้

1) การสุ่มตัวอย่างอิสระ (Independent sampling) กลุ่มตัวอย่างที่นำมาเปรียบเทียบ ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างอิสระ

2) การแจกแจงปกติ (Normality) การกระจายของข้อมูลในแต่ละกลุ่มมีลักษณะ เป็นการแจกแจงปกติ สามารถตรวจสอบได้ด้วยการทดสอบ Shapiro – wilk test

4.1 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูง

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Scorepre	.077	60	.200*	.984	60	.629
Scorepost	.074	60	.200*	.975	60	.252

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

4.2 ระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูง

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Scorepre	.104	60	.165	.977	60	.308
Scorepost	.103	60	.179	.972	60	.192

a. Lilliefors Significance Correction

สรุป เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีไม่ถึง 60 คนจึงพิจารณาจากค่า Shapiro-wilk test > .05 ทั้ง 2 กลุ่ม ยอมรับ H₀ แสดงว่าข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงแบบปกติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติพารามตริก (Parametric statistics)

5.ตารางความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
ไข้มันในเลือดสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์
กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติ Independent t – test

5.1 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูง

Group Statistics											
Groups		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean						
Scorepre	Intervention group	30	58.3000	8.70652	1.58959						
	Control group	30	58.2000	10.49926	1.91689						
Scorepost	Intervention group	30	67.7000	7.60739	1.38891						
	Control group	30	58.9000	9.74272	1.77877						

Independent Samples Test											
Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						One-Sided p	Two-Sided p			Lower	Upper
Scorepre	Equal variances assumed	.398	.531	.040	58	.484	.968	.10000	2.49023	-4.88474	5.08474
	Equal variances not assumed			.040	56.079	.484	.968	.10000	2.49023	-4.88838	5.08838
Scorepost	Equal variances assumed	2.004	.162	3.899	58	< .001	< .001	8.80000	2.25679	4.28254	13.31746
	Equal variances not assumed			3.899	54.779	< .001	< .001	8.80000	2.25679	4.27688	13.32312

5.2 ระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูง

Group Statistics											
Groups		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean						
Scorepre	Experimental group	30	9.5333	2.25501	.41171						
	Control group	30	9.4333	2.60878	.47630						
Scorepost	Experimental group	30	16.0333	2.44221	.44588						
	Control group	30	10.3667	3.43896	.62787						

Independent Samples Test											
Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						One-Sided p	Two-Sided p			Lower	Upper
Scorepre	Equal variances assumed	2.947	.091	.159	58	.437	.874	.10000	.62957	-1.16022	1.36022
	Equal variances not assumed			.159	56.810	.437	.874	.10000	.62957	-1.16079	1.36079
Scorepost	Equal variances assumed	5.143	.027	7.359	58	< .001	< .001	5.66667	.77008	4.12518	7.20815
	Equal variances not assumed			7.359	52.320	< .001	< .001	5.66667	.77008	4.12161	7.21173

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

No.

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

☐ (1) ชาย ☐ (2) หญิง

2. อายุ (ปี)

☐ (1) < 20 ☐ (2) 21-30 ☐ (3) 31-40 ☐ (4) 41-50 ☐ (5) 51-60 ☐ (6) > 60

3. สถานภาพปัจจุบัน

☐ (1) โสด ☐ (2) สมรส ☐ (3) หย่าร้าง ☐ (4) แยกกันอยู่ ☐ (5) หม้าย ☐ (6) อื่นๆ ระบุ.....

☐ (99)

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ (1) ไม่ได้เรียน ☐ (2) ประถมศึกษา ☐ (3) มัธยมศึกษา ☐ (4) อนุปริญญาตรี/ปวส.

☐ (5) ปริญญาตรีขึ้นไป ☐ (99)

5. อาชีพ

☐ (1) ไม่ได้ทำงาน ☐ (2) รับจ้าง ☐ (3) เกษตรกร ☐ (4) กิจการส่วนตัว ☐ (5) พนักงานธุรกิจเอกชน

☐ (6) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ (7) เกษียณ ☐ (99)

6. รายได้ส่วนตัวต่อเดือน

☐ (1) ไม่มีรายได้ ☐ (2) 5,000-9,999 บาท ☐ (3) 10,000-29,999 บาท ☐ (4) 30,000-49,999 บาท

☐ (5) มากกว่า 50,000 ☐ (99)

7. สิทธิการรักษา

☐ (1) ต้นสังกัด ☐ (2) ประกันสุขภาพเอกชน ☐ (3) ประกันสังคม

☐ (4) เงินสด ☐ (5) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ (6) อื่นๆ ระบุ.....

8. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์

☐ (1) ไม่ดื่ม ☐ (2) บางครั้ง ☐ (3) ประจำ ☐ (4) เลิกกี่ปี..... ☐ (99)

9. ประวัติการสูบบุหรี่

☐ (1) ไม่สูบ ☐ (2) บางครั้ง ☐ (3) ประจำ ☐ (4) เลิกกี่ปี..... ☐ (99)



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย 20 ข้อ

คำชี้แจง : ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ของท่านที่เป็นสภาพจริง

ระดับคะแนน รายละเอียด ดังนี้

- 5 หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน
- 4 หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 ครั้ง/สัปดาห์
- 3 หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์
- 2 หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
- 1 หมายถึง ไม่เคย

แบบสอบถาม	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1) ท่านสามารถควบคุมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ ได้					
2) ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์ เช่น ขนมขบเคี้ยว ขนมปัง เนยถั่ว					
3) ท่านรับประทานอาหารแปรรูป เช่น ไส้กรอก ไข่ฉ่ำ แฮม แยม โบโลน่า หมูยอ กุนเชียง					
4) ท่านรับประทานปลาชนิดที่มีไขมันน้อย เช่น ปลากลาย ปลานิล ปลาช่อน ปลากระพง					
5) ท่านเลือกใช้น้ำมันพืชที่ดีต่อสุขภาพ เช่น น้ำมันมะกอก หรือน้ำมันรำข้าวสำหรับการปรุงอาหาร					
6) ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่ทอดหรือผัด และรับประทานอาหารที่นึ่งหรือต้มแทน					
7) ท่านควบคุมการบริโภคอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลสูง เช่น ขนมหวาน หรือเครื่องดื่มหวาน					
8) ท่านรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูง เช่น ข้าวกล้อง หรือผัก					
9) ท่านใช้วิธีการปรุงอาหารที่ใช้ไขมันน้อย เช่น การอบแทนการทอด					



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10) ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
11) ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารระหว่างมื้ออาหาร					
12) ท่านหลีกเลี่ยงการนั่งหรือยืนอยู่กับที่นาน ๆ พยายาม เคลื่อนไหวร่างกาย					
13) ท่านทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลางที่สามารถช่วยลดระดับไขมันในเลือด เช่น เดินเร็ว, ปั่นจักรยาน, ว่ายน้ำ เป็นต้น					
14) ท่านทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์					
15) ท่านนอนหลับได้ตามจำนวนชั่วโมงที่แนะนำ 7-9 ชั่วโมงในแต่ละคืน					
16) ท่านทำกิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลายก่อนเข้านอน เช่น อ่านหนังสือ ทำสมาธิ					
17) การนอนหลับของท่านมีคุณภาพดี หลับสนิทตลอดทั้งคืน					
18) ท่านได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนในการดูแลสุขภาพ					
19) ท่านมีความเหนื่อยล้าจากการทำงานหรือกิจกรรมที่ทำอยู่					
20) ท่านได้ตรวจสอบน้ำหนักตัวและทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินเพื่อรักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 18.5-22.9)					

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ย ในช่วงคะแนนดังต่อไปนี้

- ☐ 80 - 100 คะแนน: ระดับการดูแลตนเองดีมาก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
- ☐ 60 - 79 คะแนน: ระดับการดูแลตนเองดี ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี แต่ยังมีความเสี่ยงที่จะอาจไม่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
- ☐ 40 - 59 คะแนน: ระดับการดูแลตนเองปานกลาง ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง อาจจะมีการปฏิบัติบางครั้งหรือไม่สม่ำเสมอ
- ☐ 20 - 39 คะแนน: ระดับการดูแลตนเองต่ำ ผู้ป่วยอาจมีการดูแลสุขภาพไม่สม่ำเสมอหรือไม่ปฏิบัติเลย
- ☐ ต่ำกว่า 20 คะแนน: ระดับการดูแลตนเองน้อยมาก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ต่ำมากหรือไม่ปฏิบัติเลย

Version: 2

ED 15 มีนาคม 2566

เอกสารนี้เป็นเอกสารลิขสิทธิ์ของ
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
สงวนลิขสิทธิ์

Date 21/10/67

FM-RES02-008 Rev.00 หน้า 3/ 5



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินระดับความรู้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย 20 ข้อ

คำชี้แจง : ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ของท่านที่เป็นสภาพจริง

ระดับคะแนน รายละเอียด ดังนี้

แบบสอบถาม		ถูก	ผิด
1.	การมีระดับ HDL-cholesterol สูงกว่า 60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่การสูบบุหรี่จะทำให้ระดับ HDL-cholesterol ลดลง		
2.	ไขมันทรานส์ที่พบในอาหารฟาสต์ฟู้ด มีความเสี่ยงสูงในการเพิ่มระดับ Triglyceride ในเลือดมากกว่า LDL-cholesterol		
3.	คอเลสเตอรอลในอาหารทะเล เช่น มันกุ้ง มันปู ส่งผลให้ระดับ HDL-cholesterol สูงขึ้นเมื่อบริโภคในปริมาณมาก		
4.	การบริโภคกรดไขมันอิ่มตัวที่พบในน้ำมันปาล์มและน้ำมันมะพร้าว จะทำให้ระดับ LDL-cholesterol ในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าการบริโภคไขมันทรานส์		
5.	การลดน้ำหนัก 5-10% ของน้ำหนักเริ่มต้นในผู้ที่น้ำหนักเกิน จะช่วยลดระดับ HDL-cholesterol ได้มากกว่า LDL-cholesterol		
6.	ไขมันโอเมก้า 6 ที่พบในน้ำมันถั่วเหลืองและน้ำมันงา จะช่วยลดระดับ HDL-cholesterol ในเลือด		
7.	อาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันทรานส์ต่ำกว่าที่ฉลากโภชนาการระบุ จะไม่มีผลกระทบต่อระดับไขมันในเลือด		
8.	การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากกว่า 2 ดัชนีมาตรฐาน ส่งผลกระทบบโดยตรงในการเพิ่มระดับ HDL-cholesterol		
9.	การออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์สามารถเพิ่มระดับ LDL-cholesterol ได้อย่างมีประสิทธิภาพ		
10.	การรับประทานไขมันวันละ 1 ฟอง ในผู้ป่วยโรคหัวใจจะไม่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ		



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม	ถูก	ผิด
12. คอเลสเตอรอลรวมในเลือดไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เพราะหากสูงกว่านี้จะบ่งบอกถึงความเสี่ยงต่อโรคหัวใจเสมอ		
13. อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เนื้อสัตว์แปรรูป จะเพิ่มระดับ HDL-cholesterol		
14. ผักที่อุดมด้วยไฟเบอร์ เช่น แครอท บรอกโคลี ผักโขม จะช่วยลดระดับ Triglyceride ในเลือดมากกว่าการลดระดับ LDL-cholesterol		
15. ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน เช่น โอเมก้า 3 สามารถช่วยลดระดับ LDL-cholesterol ได้ แต่จะไม่ส่งผลกระทบต่อระดับ HDL-cholesterol		
16. การลดอาหารเข้าสามารถนำไปสู่การเพิ่มระดับ Triglyceride ในเลือดได้		
17. การรับประทานวิตามิน D สามารถช่วยลดระดับ LDL-cholesterol ในเลือดได้		
18. การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูงจะส่งผลให้ระดับ Triglyceride ในเลือดเพิ่มขึ้น		
19. การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดินเร็ว วิ่ง และปั่นจักรยาน มีผลต่อการลดระดับ LDL-cholesterol มากกว่าการออกกำลังกายแบบแรงต้าน เช่น การยกน้ำหนัก การใช้เครื่องออกกำลังกายที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับการทำงานของกล้ามเนื้อ		
20. การรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันโอเมก้า 3 จากปลา เช่น แซลมอน ปลาซ็อน ปลาทู จะช่วยลดระดับ LDL-cholesterol ในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ		

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ย ในช่วงคะแนนดังต่อไปนี้

16 - 20 คะแนน: ระดับความรู้ดีมาก ผู้ตอบมีความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือดสูงได้ดีและถูกต้อง

11 - 15 คะแนน: ระดับความรู้ดี ผู้ตอบมีความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือดสูงในระดับดี แต่ยังมีส่วนจุดที่อาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

6 - 10 คะแนน: ระดับความรู้ปานกลาง ผู้ตอบมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับไขมันในเลือดสูง แต่มีความรู้บางประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน

1 - 5 คะแนน: ระดับความรู้ต่ำ ผู้ตอบมีความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือดสูงน้อยหรือไม่เพียงพอ

ภาคผนวก ข

e - book ความรู้เรื่องไขมันในเลือด



Scan

ความรู้ เรื่องโรคไขมันในเลือด



ภาคผนวก ข

แสดงหลักฐานการตรวจสอบการคัดลอกงาน

(Plagiarism) by Akarawisut

Plagiarism Checking Report

Created on 2025-04-08 08:04:04 at 08:04 AM

Submission Information

ID	SUBMISSION DATE	SUBMITTED BY	ORGANIZATION	FILENAME	STATUS	SIMILARITY INDEX
4229017	Apr 8, 2025 at 07:57 AM	warachan@nmj.ac.th	มหาวิทยาลัยนครราชสีมา	ผลของโปรแกรมการปลูกและใช้ความถี่น้ำ ไร่2.pdf	Completed	0.00%

ประวัติผู้วิจัย

1. ชื่อ - สกุล

นางสาวรัชฎ์กัญญ์ กันทะวงศ์

2. ตำแหน่งปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

3. สถานที่ทำงาน

ศูนย์ตรวจสุขภาพเวชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์เวชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

4. ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ประเทศ