

ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต
(lifestyle medicine) ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติวัยทำงานในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิจิตรโลก
Effectiveness of a Lifestyle Medicine Health Behavior model of Working-Age
in Risk group Hyperlipidemia at Regional Health Promotion Center 2,
Phitsanulok

กรรณิการ์ สุวรรณ^{1*}, ปาวรตี สิงขรัตน์² และ มนตรา พิเชฐวีระชัย³
Kunnika Suwan^{1*}, Parawatee Singkarat² and Montra Pichetveerachai³
ศูนย์อนามัยที่ 2 พิจิตรโลก^{1,2,3}
Health Center 2 at Phitsanulok Province^{1, 2, 3}

²Corresponding author, E-mail: Suwangunny@gmail.com

(Revised: November 4, 2024; Revised: December 3, 2024; Accepted: January 23, 2025)

บทคัดย่อ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นสาเหตุหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย เสียชีวิตมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี อันเนื่องมาจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและตายก่อนวัยอันควร การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติวัยทำงาน กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเสี่ยงที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิจิตรโลก ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต แบบบันทึกระดับไขมันในเลือด และแบบบันทึกสมรรถภาพหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Fisher Exact test, Chi-square test, Independent t-test และ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตด้านควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ และการนอนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดเอชดีแอลและไตรกลีเซอไรด์ระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพหัวใจดีขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีและ ลดความเสี่ยงภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้ในการกำหนดมาตรการหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, เวชศาสตร์วิถีชีวิต, ไขมันในเลือดผิดปกติ, วัยทำงาน

ABSTRACT

Dyslipidemia is a leading cause of cardiovascular disease, a major global and Thai health issue with increasing prevalence due to changing lifestyles, leading to premature deaths. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a health behavior modification model based on lifestyle medicine principles on working-age individuals at risk of dyslipidemia.

The sample consisted of 80 individuals with abnormal blood lipid levels from the Good Health Center, Health Promotion Hospital, Phitsanulok. They were divided into an experimental group (40) and a control group (40). The experimental group underwent a 12-week health behavior modification program, while the control group received standard care. Data collection tools included questionnaires on general and health information, lifestyle medicine health behavior assessments, blood lipid levels, and cardiac performance. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistics, including Fisher's Exact test, Chi-square test, Independent t-test, and Wilcoxon signed rank test.

Results showed that the experimental group significantly improved in health behaviors related to diet, exercise, smoking and alcohol cessation, and sleep ($p < 0.05$). They also had significantly lower levels of total and LDL cholesterol compared to the control group ($p < 0.05$), although HDL cholesterol and triglycerides showed no difference between groups. Cardiac performance in the experimental group improved significantly compared to the control group ($p < 0.05$).

The lifestyle medicine-based model effectively enhanced health and reduced dyslipidemia risk among working-age individuals. Relevant agencies should consider adopting this model to promote health and reduce dyslipidemia risks.

Keywords: Health Behavior model, lifestyle medicine, Hyperlipidemia, Working-Age

บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease; NCDs) ที่ผู้คนทั่วโลกเป็นมากที่สุด ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นภาวะที่ร่างกายมีความผิดปกติของ lipoprotein metabolism เป็นผลให้ระดับไขมันในเลือดชนิดต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปจนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรค หลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ซึ่งโรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke disease) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral arterial disease) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประชากรไทย⁽¹⁾ ในปี 2562 ขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด ประมาณ 17.9 ล้านคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของทั่วโลก⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 70,000 ราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁽³⁾ อันเนื่องมาจากสภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) พ.ศ. 2557 พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะลำดับที่ 4 ในเพศชาย และลำดับที่ 3 ในเพศหญิง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวันอันควร ทั้งในระบบบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ⁽⁴⁾ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดขึ้นในวัยทำงานมากที่สุด รายงาน

สถานการณ์โรค (Non-communicable disease; NCDs) มุ่งหน้าสู่เป้าหมายระดับโลก⁽⁶⁾ ระบุว่าสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมในวัยทำงานปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสาเหตุปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่สำคัญคือ พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ภาวะน้ำหนักเกิน พักผ่อนไม่เพียงพอ มีภาวะเครียด และที่สำคัญคือมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ⁽⁵⁾ ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนวัยทำงาน และผลิตภาพแรงงานของประเทศ รวมถึงภาระของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพ/ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2564 ระบุว่าการรักษาต้องใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยประมาณ 6,902 ล้านบาทต่อปี⁽⁵⁾ ดังจะเห็นว่า สุขภาพของคนวัยทำงานมีความเสี่ยงป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน ภาวะเครียด และมีการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถควบคุมภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในกลุ่มวัยทำงานเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดและหัวใจจึงมีความสำคัญ เพื่อลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดและหัวใจในกลุ่มวัยทำงาน รวมถึงสามารถลดอัตราอุบัติการณ์และความชุกของการเกิดโรคในกลุ่มวัยสูงอายุอีกด้วยซึ่งจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากตั้งแต่วัยทำงาน ศูนย์สุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก พบ ผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงานมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 52.80 เป็นร้อยละ 66.11

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าแนวคิดการดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมสุขภาพของตนเอง เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในเชิงบวก ส่งผลให้เกิดความ

เป็นอยู่ที่ดีโดยรวมของตัวเองได้และช่วยป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Well-being)⁽⁷⁾ Lifestyle Medicine เป็นเวชศาสตร์วิถีชีวิตบำบัดโดยยึดข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ ด้านอาหาร กิจกรรมทางกาย การเลิกบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การนอนหลับ ความเครียด และการสร้างสัมพันธ์ทางสังคม โดยมุ่งเน้นป้องกันโรค รวมถึงการทำให้สภาวะโรคกลับสู่ปกติ แพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตร่วมทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพประสานงานเชื่อมเสาหลักเพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการมาเชื่อมโยงกันเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพได้อย่างยั่งยืน เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาเป็นศูนย์กลางการตัดสินใจ (Patient-centered) และสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคที่เกิดจากการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม⁽⁸⁾ และแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูรา⁽⁹⁾ ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณคนจะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของตนเองถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูงบุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน และเทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation interviewing; MI) เน้นที่การผลักดันการเปลี่ยนแปลงโดยเชื่อมโยงสิ่งสำคัญในชีวิตเข้ากับการเปลี่ยนแปลง สนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพดี และพาผู้ป่วยก้าว

ข้ามความลังเลไปสู่การปฏิบัติอย่างถาวร⁽¹⁰⁾ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมีคุณภาพ และลดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำไปสู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติ ้วยทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิชญโลก มีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติ ้วยทำงาน หลังได้รับรูปแบบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติ ้วยทำงาน หลังได้รับรูปแบบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพหัวใจของกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติ ้วยทำงาน หลังได้รับรูปแบบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมรูปแบบกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังเข้าร่วมรูปแบบกลุ่มทดลองมีระดับไขมันในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังเข้าร่วมรูปแบบกลุ่มทดลองมีสมรรถภาพหัวใจดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยเปรียบเทียบผลก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยทำงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการศูนย์สุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิชญ์โลก ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน - สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงที่มีไขมันในเลือดผิดปกติที่มีอายุ 21 – 59 ปี ที่ตรวจพบว่า

ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิชญ์โลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงที่มีไขมันในเลือดผิดปกติทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 21- 59 ปี มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในการ คัดเข้าศึกษา ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพดี ศูนย์อนามัยที่ 2 พิชญ์โลก คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ 0.80 และขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่ผ่านมา⁽¹¹⁾ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 33

คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน รวมทั้งหมด 80 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ คือ ระดับโคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol, TC) > 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหรือระดับ LDL-C อยู่ในช่วง 130-189 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และหรือ ระดับไขมันเอชดีแอลโคเลสเตอรอล (HDL cholesterol, HDL) < 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย และหรือ < 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง และหรือ ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride, TG) > 150 มล.ต่อดล.
2. รักษาตามแนวทางการรักษาโรคไขมันในเลือด ผิดปกติ โดย ESC/EAS Guidelines
3. ไม่มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองโรคหัวใจโรคไตเรื้อรัง (จากการวินิจฉัยของแพทย์)
4. สามารถออกกำลังกายได้
5. ไม่มีปัญหาในการพูดฟังอ่านเขียน และฟังภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดี
6. สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ โดย สามารถติดตามในงานวิจัย อย่างน้อย 1 ครั้ง
7. มาติดตามนัดพบแพทย์ อยู่ในช่วง 3 เดือน นับตั้งแต่ครั้งแรกที่เจาะเลือด
8. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จนสิ้นสุดการทดลอง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้มีความเจ็บป่วยด้วยโรค มีภาวะ CVD risk ตั้งแต่ Moderate ขึ้นไป หรือมีภาวะแทรกซ้อน อื่น ๆ หรืออยู่ระหว่างการเจ็บป่วย

2. เป็นผู้มีความพิการ ทางการได้ยิน การมองเห็น หรือการเคลื่อนไหว

3. ผู้ที่เข้าร่วมไม่ครบตลอดโปรแกรมการทดลอง

เครื่องมือการวิจัย ครั้งนี้ ได้แก่

1) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อลดระดับไขมันในเลือดในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการศูนย์สุขภาพดี แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1

1. การค้นหาปัญหา โดยประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (Lifestyle Assessment) ทดสอบสมรรถภาพของหัวใจ

2. สะท้อนข้อมูลปัญหาภาวะสุขภาพและตระหนักถึงปัญหา พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาให้กลุ่มทดลองรับรู้ และร่วมวิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง อุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรม

3. ประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการส่งเสริมความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ

- สนทนาสร้างแรงจูงใจในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation Interview)

- ให้คำปรึกษา/แนะนำ/ฝึกทักษะ

เสริมสร้างความรู้ความสามารถและทักษะ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รายงานตามสภาพปัญหาของกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 6 สาขาหลัก

5. ตั้งเป้าหมายที่วางไว้ (Smart Goal) กำหนดแผนการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพที่สามารถทำได้ เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และสร้างความเชื่อมั่นตนเองที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพ

ระยะที่ 2 กระบวนการจัดการดูแลปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพของตนเอง (Self-management)

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลผลลัพธ์สุขภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเสริมพลัง Re-evaluate and empowerment

2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต ระดับไขมันในเลือด และแบบบันทึกสมรรถภาพหัวใจ โดยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ได้แก่ ด้านอาหาร 9 ข้อ การออกกำลังกาย 3 ข้อ และสูบบุหรี่/แอลกอฮอล์ อย่างละ 1 ข้อ ให้พิจารณาใน 1 เดือนที่ผ่านมา เลือกตอบ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติครั้งคราว และไม่เคยปฏิบัติ ข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ให้คะแนน 1-4 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในทางตรงกันข้าม

ส่วนที่ 2 ด้านความเครียด ใช้แบบประเมินความเครียด (ST5) ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 5 ข้อ การแปลผล ถ้าได้คะแนน 0-4 เครียดน้อย คะแนน 5-6 เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 เครียดมาก และคะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 2 ข้อ การแปลผล ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถามถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 ด้านการนอนหลับ ใช้แบบประเมิน STOP Questionnaire (S=Snoring, T=Tired, O=Observed, P=Pressure) ของสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทยประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม 5 คำตอบใช่/ไม่ใช่ โดยใช้การนับ 0 หรือ 1 ข้อคำถามในแบบสอบถามไม่มีการแบ่งปันน้ำหนักการทำนาย OSA ที่เท่ากันการแปลผล

เกณฑ์คะแนน STOP คือ ความเสี่ยงต่ำ (Low risk) 0 - 1 และความเสี่ยงสูง (High risk) ≥ 2

ส่วนที่ 4 ด้านความสัมพันธ์ ข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบแบ่งกลุ่ม (ใช่/ไม่ใช่) โดยใช้การนับ 0 หรือ 1 ข้อคำถามในแบบสอบถามไม่มีการแบ่งปันน้ำหนัก

เครื่องมือที่ใช้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1.0 ดีมาก ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย สูบบุหรี่ และแอลกอฮอล์ของกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัยเลขที่ 715 ข้อมูลผู้เข้าร่วมถูกเข้ารหัสและเก็บในเซิร์ฟเวอร์ที่มีการป้องกัน ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่รายงานจะไม่ระบุตัวตนและจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบใช้สถิติ Fisher Exact test, Chi-Square Test และ Wilcoxon signed rank test ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk normality test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk normality test พบว่ามีบางตัวแปรไม่เป็นการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

3. เปรียบเทียบระดับค่าเฉลี่ยไขมันในเลือด ระหว่างกลุ่มวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk normality test พบว่ามีบางตัวแปรไม่เป็นการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างกลุ่มวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk normality test พบว่ามีตัวแปรไม่เป็นการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย

การวิจัยผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ผู้วิจัยวิเคราะห์เป็น 4 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาในกลุ่มทดลอง พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 และเพศชาย ร้อยละ 10.00 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 42.50 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 55.00 จบปริญญาตรี ร้อยละ 82.50 มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 90.00 ไม่มีโรคประจำตัว มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ($\text{กก.}/\text{ม}^2$) มีเส้นรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 80.95 เซนติเมตร ระดับความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 และเพศชาย ร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 47.50 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 67.5 จบปริญญาตรี ร้อยละ 80.00 มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 82.50 ไม่มีโรคประจำตัว มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.13 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ($\text{กก.}/\text{ม}^2$) มีเส้นรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 83.4 เซนติเมตร ระดับความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา โรคประจำตัว ดัชนีมวลกายเส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ในขณะที่อาชีพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ (ดังตาราง 1 และ 2)

ตาราง 1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป ระยะก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 80)

ตัวแปรลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.000 ^a
ชาย	4	10.00	12	30.00	
หญิง	36	90.00	28	70.00	
อายุ (ปี)					0.781 ^b
20 - 29 ปี	0	0.00	3	7.50	
30 - 39 ปี	17	42.50	9	22.50	
40 - 49 ปี	15	37.50	19	47.50	
50 - 59 ปี	8	20.00	9	22.50	
สถานภาพสมรส					0.197 ^b
คู่	22	55.00	27	67.50	
โสด	18	45.00	13	32.50	
การศึกษา					0.782 ^a
ประถมศึกษา	0	0.00	0	0.00	
มัธยมศึกษา	0	0.00	0	0.00	
ปวส./อนุปริญญา	1	2.50	2	5.00	
ปริญญาตรี	33	82.50	32	80.00	
สูงกว่าปริญญาตรี	6	15.00	6	15.00	
อาชีพ					0.022 ^{a, *}
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0	0.00	4	10.00	
รับจ้าง	1	2.50	2	5.00	
รับราชการ	36	90.00	33	82.50	
รัฐวิสาหกิจ	3	7.50	1	2.50	
โรคประจำตัว					1.000 ^a
ไม่มี	35	100.0	35	100.0	
มี	0	0.0	0	0.0	

* p-value < 0.05, ^a Fisher Exact test, Chi-Square test ^b

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป ระยะก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 80)

ตัวแปรลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)	23.23	3.55	24.13	4.51	0.573 ^c
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	80.95	9.61	83.40	12.27	0.586 ^c
ระดับความดันโลหิต					
ความดันซิสโตลิก	122.50	10.22	124.90	12.75	0.356 ^b
ความดันไดแอสโตลิก	75.40	10.44	75.47	7.79	0.971 ^b

* p-value < 0.05, ^b Independent t-test, ^c Wilcoxon signed rank test

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต หลังเข้าร่วมทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต ด้านควบคุมอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านการเลิกบุหรี่ และแอลกอฮอล์ และด้านการนอน

มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05 ส่วนด้านจัดการความเครียด พบว่าไม่แตกต่างกัน ในด้านความสัมพันธ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์ที่ดีมีการพูดคุย หรือพบปะกับเพื่อนสนิทคนในครอบครัว มากกว่าสามครั้งต่อสัปดาห์ และสามารถรับฟังความคิดเห็นต่างของผู้อื่น ร้อยละ 100 ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) หลังเข้าร่วมทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

พฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t/z	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1.ด้านอาหาร	3.02	0.26	2.78	0.27	-5.06 ^c	<0.001*
2.ด้านการออกกำลังกาย	2.66	0.51	1.94	0.67	-4.15 ^c	<0.001*
3.ด้านการเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์	3.95	0.19	3.78	0.41	-2.50 ^c	0.012*
4.ด้านการจัดการความเครียด	2.42	1.93	3.28	2.33	-1.49 ^c	0.13
5.ด้านการนอน	1.15	0.36	1.58	0.78	-2.50 ^c	0.012*
6.ด้านความสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
- 1 คะแนน	0	0.00	0	0.00		
- 2 คะแนน	40	100.00	40	100.00		

* p-value < 0.05, ^c Wilcoxon signed rank test

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล เอชดีแอล และไตรกลีเซอไรด์ ในระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอลรวมและค่าเฉลี่ยระดับ

แอลดีแอลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ค่าเฉลี่ยระดับเอชดีแอลและค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล เอชดีแอล และไตรกลีเซอไรด์ ในระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับไขมันในเลือด	กลุ่มทดลอง mean ($\pm$ SD)	กลุ่มควบคุม mean ($\pm$ SD)	t/z	p-value
คอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol)	216.48 ($\pm$ 30.07)	236.08 ($\pm$ 22.58)	-3.04 ^b	<0.004*
แอลดีแอล (LDL)	141.00 ($\pm$ 20.56)	164.43 ($\pm$ 19.80)	-4.57 ^b	<0.000*
เอชดีแอล (HDL)	68.88 ($\pm$ 18.70)	69.13 ($\pm$ 16.61)	-0.06 ^b	0.954
ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)	89.65 ($\pm$ 44.36)	100.65 (50.39)	-1.03 ^c	0.301

* $p\text{-value} < 0.05$, ^b Independent t-test, ^c Wilcoxon signed rank test

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพหัวใจลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.04$ ดังตาราง 5

ตาราง 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง

สมรรถภาพหัวใจ	กลุ่มทดลอง (n = 35) mean ($\pm$ SD)	กลุ่มควบคุม (n = 35) mean ($\pm$ SD)	t/z	p-value
ก่อนการทดลอง				
สมรรถภาพหัวใจ	128.97 ($\pm$ 8.79)	125.43 ($\pm$ 10.75)	-1.60	0.108 ^c
หลังการทดลอง	116.20 ($\pm$ 10.87)	122.94 ($\pm$ 12.03)	-2.01	0.04 ^c

นัยสำคัญที่ $P\text{-value} < 0.05$ * Wilcoxon signed rank test ^c

สรุปผลและการอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในกลุ่มผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติ วิทยาลัยพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2

พิษณุโลก หลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 12 สัปดาห์ โดยใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูรา⁽⁹⁾ รวมถึงเทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการ

ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต ด้านอาหาร การออกกำลังกาย เลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ และการนอนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนด้านความสัมพันธ์ พบว่าทุกคนมีความสัมพันธ์ที่ดีมีการพูดคุยหรือพบปะกับเพื่อนสนิทคนในครอบครัวมากกว่าสามครั้งต่อสัปดาห์และสามารถรับฟังความคิดเห็นต่างของผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องแนวคิดรูปแบบการดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมสุขภาพของตนเอง เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในเชิงบวก ส่งผลให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมของตัวเองได้ และช่วยป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽⁷⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของนุสกร เนิ่งษาและคณะ⁽¹²⁾ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลสุขภาพตนเองเสริมสร้างความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตที่เหมาะสมในการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย จัดการความเครียด มีการเสริมสร้างแรงจูงใจกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีทำให้สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุรัช วัที รักด้วง⁽¹³⁾ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือด พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น มีระดับไขมันในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เมื่อเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือด พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอลน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีระดับน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ สอดคล้องกับการศึกษาของวิชา กันบัวลาและคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอลน้อยกว่าก่อนทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดเอชดีแอลและไตรกลีเซอไรด์หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมสะท้อนปัญหาทางสุขภาพของตนเอง มีการกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางสุขภาพ มีการวางแผน และส่งเสริมพัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิต โดยเน้นการปรับพฤติกรรมหลายด้านได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด สูบบุหรี่ และแอลกอฮอล์ ซึ่งรูปแบบของกิจกรรมส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นำมาซึ่งผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี และพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพหัวใจดีขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ อธิบายได้ว่า การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองและทักษะตนเองในเรื่องการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด และมีการตั้งเป้าหมายร่วมกับกลุ่มทดลองเพื่อให้ได้รับแรงจูงใจและเพิ่มพูนความสำเร็จของการเรียนรู้ และสร้างทักษะ เพื่อการดูแลตนเอง โดยการให้คำแนะนำขึ้นกับบริบทวิถีชีวิตของกลุ่มทดลอง และจากการที่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอลรวมและค่าเฉลี่ยระดับแอลดีแอลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ สมรรถภาพหัวใจส่วนใหญ่ดีขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเดินและภาวะไขมันในเลือดสูง⁽¹⁵⁾ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่เดินอย่างเดียวยช่วยลดคอเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอล อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมผลการศึกษาสำหรับไตรกลีเซอไรด์ และเอชดีแอล ได้รับการปรับให้เหมาะสมเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁵⁾ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ (Aerobic training) สามารถลดระดับไขมันไม่ดีได้ 3-6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และสามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ด้วยการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resistance training) สามารถลดระดับไขมันไม่ดีและไตรกลีเซอไรด์เช่นกัน อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายด้วยแรงต้านนั้นให้ผลในการลดระดับไขมันน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก⁽¹⁶⁾ ดังนั้นการทำให้กลุ่มเสี่ยงที่มีไขมันในเลือดผิดปกติมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้องตามหลัก FTT (Frequency, Intensity, Time, Type) ส่งผลต่อการมีสมรรถภาพหัวใจและหลอดเลือดที่ดีขึ้นโดยกระตุ้นและติดตามในระยะเวลาที่นานพอส่งผลให้สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ดีขึ้นลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและมีสุขภาพดีอายุยืนยาว

จากผลการวิจัย การได้รับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติวัยทำงาน ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตและส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองให้สามารถลดระดับไขมันในเลือด และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติ ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นได้ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด

หัวใจ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในหน่วยงานบริการสาธารณสุข

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นต้องใช้กระบวนการสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพมาเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ช่วยต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งต้องเน้นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมีความจำเป็นต้องสร้างทีมการเป็นโค้ชเพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพ (Lifestyle coach) ที่ปรึกษาที่มีศักยภาพและมาตรฐานที่มากเพียงพอครบทั้ง 6 เสาหลักในการดำเนินการ

3. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยศึกษาติดตามผลในระยะยาว 6 เดือน และระยะ 1 ปี เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯต่อการลดระดับไขมันในเลือด และความต่อเนื่องของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. นันทกร ทองแดง, สุทิน ศรีอัญญาพร. ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ Dyslipidemia. กรุงเทพฯ : ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
2. World Health Organization. Cardiovascular-diseases (CVDs). [Internet]. 2020 [cited 3 Jan 2567]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>
3. กรมควบคุมโรค. รณรงค์วันหัวใจโลก 2566. [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้ https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37372&deptcode=brc&news_views=9057/
4. กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก. [อินเทอร์เน็ต] 2562 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้ จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/53fd1bc42cfe98c5f1d35f71179598eb.pdf>

5. กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมไทย ไตรมาสสอง ปี 2566. ปีที่ 21 หน้า ที่ 11 ฉบับที่ 3 เดือนสิงหาคม 2566.
6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs มุ่งหน้าสู่เป้าหมายระดับโลก. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2557.
7. Tariq MNM, Stojanovska L, Dhaheri ASA, Cheikh Ismail L, Apostolopoulos V, Ali HI. Lifestyle Interventions for Prevention and Management of Diet-Linked Non-Communicable Diseases among Adults in Arab Countries. Healthcare. [Internet]. 2022. [cited 3 Jan 2 5 6 7]. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11010045>
8. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และภูติทิ เตชาดิวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: เวชปฏิบัติแนวใหม่แบบสหวิชาชีพเพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพไทย. 2565;1(4):456-63.
9. Bandura A. Self-Efficacy The Exercise of Control-W. H. Freeman & Co. 1997
10. เทิดศักดิ์ เดชคง, บรรณาธิการ. สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
11. พรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่อ้วนและมีไขมันในเลือดสูงในจังหวัดจันทบุรี: กรณีประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ต.ท่าช้าง อ.เมือง จังหวัดจันทบุรี. 2563. วารสารวิชาการสาธารณสุข; 29 ฉบับที่ (6).
12. นุสกร เนืองษา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(1):173-184
13. สุรัชดี รักด้วง. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลควนขนุน อำเภควนขนุน จังหวัดพัทลุง วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2562;1(1):7-14
14. วริษา กันบัวลาและคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(3):1-14
15. Ballard AM , Davis A , Wong B , Lyn R , Thompson WR . The Effects of Exclusive Walking on Lipids and Lipoproteins in Women with Overweight and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Health Promot. [Internet]. 2022 ; 36 (2) : 328 - 339 [cited 15 Jul 2567]. Available from: [10.1177/08901171211048135](https://doi.org/10.1177/08901171211048135)
16. Riebe D, Ehrman KJ, Liguori G, Magal M, editor. (2017). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. [Internet]. 10th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer. [cited 15 Jul 2 5 6 7]. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7965558/mod_resource/content/1/Colegi_o%20Americano%20de%20Medicina%20do%20Esporte_Guidelines%20for%20Exercise%20Testing%20and%20Prescription%20-%20ACSM%202018.pdf