

**ผลของโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ
พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง
และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง**
**The Effects of a Health Coaching Program on Health Literacy,
Behavior in Controlling Hyperlipidemia, and Clinical Outcome
among Individuals with Hyperlipidemia**

ปาลีรัฐญ์ ฐาสีรสวัสดิ์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) ¹

Paleerun Thasirasawad, M.N.S. (Nursing Administration) ¹

ลลิตา เดชาวูธ, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) ²

ดราวรรณ ร่องเมือง, Ph.D. (Nursing) ³

Lalita Dechavoot, M.N.S. (Family Nursing) ²

Daravan Rongmuang, Ph.D. (Nursing) ³

ดวงมณี บัลลังการ, พย.บ. ⁴

Duangmanee Bunlungkarn, B.N.S. ⁴

Received: August 13, 2025 Revised: November 27, 2025 Accepted: December 9, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีไขมัน

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: lalitappk@gmail.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

⁴ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนม จังหวัดจันทบุรี

⁴ Registered Nurse, Khamong Sub-district Health Promoting Hospital, Chanthaburi Province

ในเลือดสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขม อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 80 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 39 คน และกลุ่มควบคุม 41 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพเพื่อการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง สมุดคู่มือการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง มีค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบประเมินพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง มีค่าความเชื่อมั่น .72 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.098, p < .001$ และ $t = 5.918, p < .001$ ตามลำดับ) มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวม ค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.019, p < .05$; $t = 1.984, p < .05$ และ $t = 2.155, p < .05$ ตามลำดับ) แต่มีค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.912, p < .001$ และ $t = 4.338, p < .001$ ตามลำดับ) มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวม และค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.262, p < .01$ และ $t = 2.965, p < .01$ ตามลำดับ) แต่มีค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิควรนำโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพนี้ไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่ใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด และควรมีการกำกับติดตามให้มีการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและเพียงพอที่จะทำให้ระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล เพิ่มขึ้น และระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล ลดลง
คำสำคัญ: การโค้ชด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง
ผลลัพธ์ทางคลินิก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a health coaching program on health literacy, behavior in controlling hyperlipidemia, and clinical outcome. The participants comprised 80 individuals with hyperlipidemia who received the medical services at Khamong Sub-district Health Promoting Hospital, Tha Mai District, Chanthaburi Province. They were divided into an experimental group ($n = 39$) and a control group

($n = 41$). The research instruments included a health coaching program for controlling hyperlipidemia, a health behavior recording handbook, a demographic questionnaire, a health literacy assessment form for controlling hyperlipidemia with a reliability of .92, and a behavior in controlling hyperlipidemia assessment form with a reliability of .72. The implementation and data collection were conducted from April to July 2025. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, paired t -test, and independent t -test.

The research results revealed that 1) after entering the program, the experimental group demonstrated statistically significantly higher mean scores in health literacy and behavior in controlling hyperlipidemia than before entering the program ($t = 4.098$, $p < .001$ and $t = 5.918$, $p < .001$, respectively), it also demonstrated statistically significantly lower mean total cholesterol level, low-density lipoprotein (LDL) level, and triglyceride level than before entering the program ($t = 2.019$, $p < .05$; $t = 1.984$, $p < .05$; and $t = 2.155$, $p < .05$, respectively), but it showed that mean high-density lipoprotein (HDL) level was not differ from before entering the program; and 2) after entering the program, the experimental group demonstrated statistically significantly higher mean scores in health literacy and behavior in controlling hyperlipidemia than the control group ($t = 4.912$, $p < .001$ and $t = 4.338$, $p < .001$, respectively), it also demonstrated statistically significantly lower mean total cholesterol level and triglyceride level than the control group ($t = 3.262$, $p < .01$ and $t = 2.965$, $p < .01$, respectively), but it showed that mean HDL level and LDL level were not differ from the control group.

This research suggests that primary healthcare personnel should implement a health coaching program for controlling hyperlipidemia to enhance health literacy and behavior in controlling hyperlipidemia, particularly among individuals not currently receiving lipid-lowering medication. There should be supervision and follow-up to ensure consistent and sufficient exercise that can help increase HDL cholesterol and decrease LDL cholesterol levels.

Keywords: Health coaching, Health literacy, Behavior in controlling hyperlipidemia, Clinical outcome

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะไขมันในเลือดสูง คือ การที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ ทั้งคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ จากการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พบความชุกของการมีคอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูง ร้อยละ 56.80 ไตรกลีเซอไรด์สูง ร้อยละ 36 โดยกลุ่มที่มีคอเลสเตอรอลรวมสูงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยถึงร้อยละ 62.50 และมีเพียงร้อยละ 26.50 ได้รับการรักษาและสามารถควบคุมได้ (วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรพรเจริญ, และวารภรณ์ เสถียรนพเก้า, 2564) ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง (Costache, Dmour, Costache, & Botnariu, 2022) ภาวะไขมันในเลือดสูงเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย การมีความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (Nouh, Omar, & Younis, 2019) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถลดไขมันในเลือดได้อย่างไรก็ตาม กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีความซับซ้อนต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ต้องอาศัยแรงจูงใจและความตั้งใจของบุคคล ปัจจุบันมีวิธีการสนับสนุนให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ คือ การโค้ชด้านสุขภาพ (health coaching) (Olsen, 2014)

การโค้ช เป็นการพัฒนาด้านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเปลี่ยนแปลง ผ่านการสนทนาแลกเปลี่ยนกันระหว่างโค้ชกับผู้รับการโค้ช เพื่อให้ผู้รับการโค้ชเข้าใจปัญหาของตนเองและตัดสินใจเปลี่ยนแปลงและแก้ไขพฤติกรรม โดยโค้ชเป็นผู้สนับสนุนส่งเสริม (Grant, 2014) การโค้ชด้านสุขภาพ

เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคคล ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม และการติดตามผล (Olsen, 2014) สำหรับประเทศไทย วนิดา พลเดช (2560) ได้พัฒนาต้นแบบการโค้ชวิถีไทย โดยประยุกต์พุทธปรัชญาสู่การโค้ช ประกอบด้วย 1) โค้ชรับฟังให้เข้าใจอย่างลึกซึ้งและไม่ตัดสิน 2) โค้ชจุดประกายความคิด กระตุ้นให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้รับการโค้ชหาคำตอบหรือทางออกด้วยตัวเอง 3) โค้ชกระตุ้น จูงใจให้ผู้รับการโค้ชลงมือปฏิบัติอย่างถูกต้อง และ 4) โค้ชกำกับติดตามความคิดและการกระทำของผู้รับการโค้ช เพื่อการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การโค้ชด้านสุขภาพทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลดีขึ้น ดังการศึกษาการใช้เทคนิคการโค้ชด้านสุขภาพในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชเป็นระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ดีขึ้น โดยลดแป้งผลไม้ ไขมัน เนื้อสัตว์ และเพิ่มการรับประทานผักมากขึ้น กว่ากลุ่มควบคุม (Lin, Huang, Chang, Chen, & Yang, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาการโค้ชด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง (Liddy, Johnston, Nash, Ward, & Irving, 2014) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยระดับคีโตนินในเลือดลดลง และมีอัตราการครองของไตเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยโปรแกรมช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้สำรวจตนเอง มองเห็นปัญหา เกิดแรงกระตุ้นภายใน จูงใจให้ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถค้นพบวิธี

การปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและช่วยชะลอการเสื่อมของไตด้วยตนเองได้ (ศรีรัตน์ อินตา และอนุลักษณ์ ใจวงศ์, 2565) นอกจากนี้ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ทำให้บุคคลสามารถแสวงหาความรู้ เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (İlgün, Turaç, & Orak, 2015)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาของจิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2564) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของมิตรธิดา แจ่มใส, วิภาพร สิทธิศาสตร์, และธิดิรัตน์ ราศิริ (2567) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น นอกจากนี้ แนวคิดสภ.โมเดล ได้เสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยหลักการ 3อ 3ล ได้แก่ การรับประทานอาหารออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การลดนุหรี การลดแอลกอฮอล์ และการลดอ้วน ซึ่งมีการศึกษาที่ยืนยันว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สภ.โมเดล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ (นสพ.ม. เอโอ, วิภาพร สิทธิศาสตร์, และสุริรัตน์ ณ วิเชียร, 2565) ดังนั้นการเฝ้าระวังสุขภาพจึงเป็นทั้งกลไกและโอกาสสำคัญที่จะช่วยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงควบคุมระดับไขมันในเลือดได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขมจ อำเภอ

ท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ได้ดำเนินการตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2566 ในประชาชนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป พบว่า ประชาชนตำบลโขมจ จำนวน 482 คน มีระดับไขมันในเลือดสูงกว่า 200 mg/dL จำนวน 350 คน แม้ว่าจะมีการให้ความรู้โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง แต่อัตราของภาวะไขมันในเลือดสูงก็ยังไม่ลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากยังขาดการกำกับติดตามและสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับไขมันในเลือดจึงมีความสำคัญ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการเฝ้าระวังด้านสุขภาพโดยการประยุกต์แนวคิดการเฝ้าระวังไทยเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ตามหลัก 3อ 3ล มาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนที่มีระดับไขมันในเลือดสูงเพื่อให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

ความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวม ค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

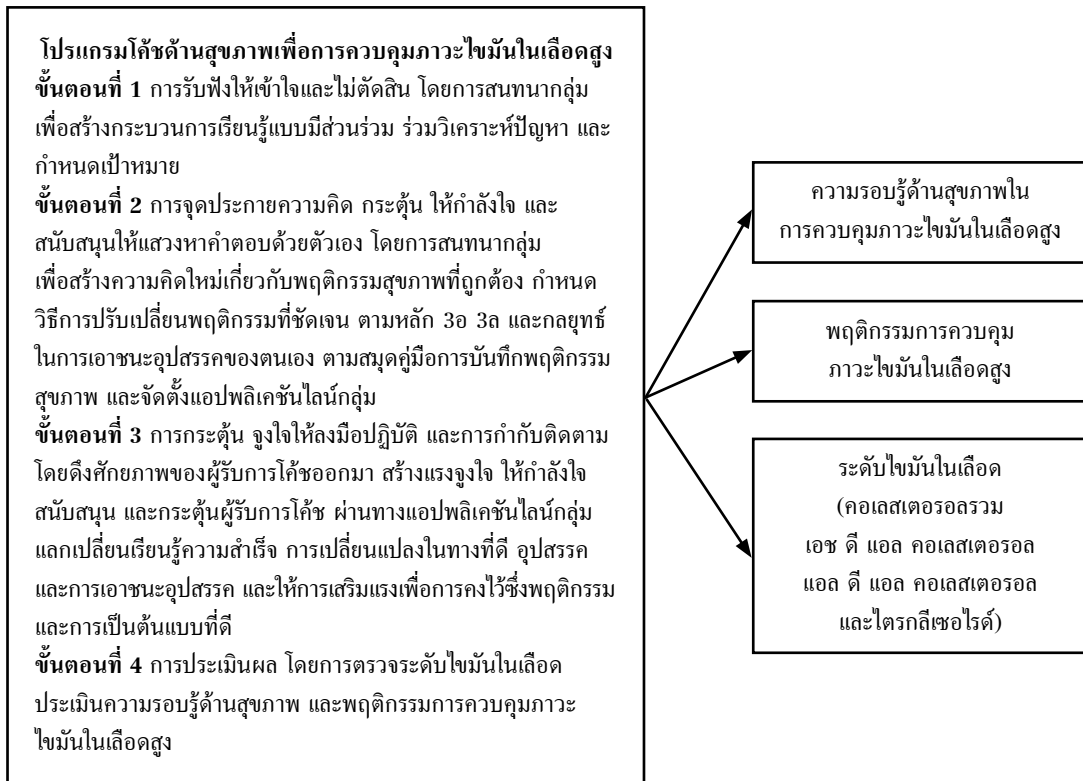
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล สูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวม ค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการแก้ไข

วิถีไทย ที่พัฒนาโดยวนิดา พลเดช (2560) เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรณรงค์ให้เข้าใจและไม่ตัดสิน ช่วยให้ได้รับการแก้ไขสามารถกำหนดปัญหา เป้าหมายได้อย่างถูกต้อง และสามารถกำจัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จออกไป 2) การจุดประกายความคิด กระตุ้น ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้แสวงหาคำตอบด้วยตัวเอง 3) การกระตุ้น จูงใจให้ลงมือปฏิบัติ และการกำกับติดตาม โดยดึงศักยภาพของผู้รับการแก้ไขออกมา และ 4) การประเมินผล เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการแก้ไข โดยนำสาระการแก้ไขตามแนวคิด สบซ.โมเดล คือ 3อ 3ล ประกอบด้วย การรับประทานอาหารลดไขมัน การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การลดบุหรื การลดแอลกอฮอล์ และการดื่มน้ำหนัก เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับการแก้ไขมีความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง มีพฤติกรรมควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงที่ดี และสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นประชาชนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2567 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขม อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีภาวะไขมันตัวใดตัวหนึ่งในเลือดผิดปกติ คือ ระดับคอเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) สูงกว่า 200 mg/dL ระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล (HDL) ต่ำกว่า 40 mg/dL

ระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล (LDL) สูงกว่า 130 mg/dL และระดับไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) สูงกว่า 150 mg/dL 2) มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวรุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน 3) ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับไขมันในเลือด 4) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี และมีทักษะในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ 5) ไม่อยู่ในช่วงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร 6) ไม่มีภาวะจิตตวิปลาสหรือเครื่องดัดแปลงอวัยวะ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนด

ขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 (จากการศึกษาของวิริยา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุข, และอารณ์ ดินาน [2564] โดยใช้ระดับคอเลสเตอรอลรวม ได้ขนาดอิทธิพล 1.39) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 42 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม) รวมจำนวน 84 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพเพื่อการ ควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดย ประยุกต์แนวคิดการโค้ชวิถีไทย ของวนิดา พลเดช (2560) ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับฟังให้เข้าใจและไม่ตัดสิน ใช้เวลา 45–60 นาที ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้รับการโค้ชออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 14 คน ต่อโค้ช 1 คน เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม ให้ผู้รับการโค้ชตั้งชื่อกลุ่ม และให้ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาในการควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยโค้ชตั้งใจรับฟัง ไม่ตัดสิน กิจกรรมประกอบด้วยการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงและการป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ ผลการตรวจระดับไขมันในเลือด ดัชนีมวลกาย และ รอบเอวของตนเอง กระตุ้นให้ผู้รับการโค้ชบอกเล่า พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ พฤติกรรมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งด้าน บวกและด้านลบ และให้ผู้รับการโค้ชตั้งเป้าหมาย การเปลี่ยนแปลงตนเอง วางแผนการปรับพฤติกรรม ตนเองภายในเวลา 1 สัปดาห์ และจดบันทึกในสมุด บันทึกลับ

ขั้นตอนที่ 2 การจุดประกายความคิด กระตุ้น ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้แสวงหาคำตอบ

ด้วยตัวเอง ใช้เวลา 45–60 นาที ดำเนินการในสัปดาห์ ที่ 2 เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้รับ การโค้ชแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกที่ ได้ทำ/ไม่ได้ทำกิจกรรมตามที่ตนเองวางแผน ใช้คำถาม กระตุ้นให้ผู้รับการโค้ชวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรค ที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่วางแผนได้ เช่น “มีอะไรบ้างที่ทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่ ตั้งใจไว้” “อะไรคือสาเหตุที่ทำให้ท่านไม่สามารถทำตาม แผนที่วางไว้ได้” และร่วมกันหาวิธีการจัดการกับปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมถึงวางแผนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของตนเองในอีก 1 เดือนข้างหน้า พร้อมทั้ง จัดตั้งแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มเพื่อใช้สำหรับการสื่อสาร ในกลุ่ม โดยให้ผู้รับการโค้ชส่งภาพการทำกิจกรรม ตามหลัก 3อ 3ล และโค้ชเสริมแรงโดยการชื่นชม ให้กำลังใจ และกระตุ้นการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 3 การกระตุ้น จูงใจให้ลงมือ ปฏิบัติ และการกำกับติดตาม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3–16 โดยผู้วิจัยตั้งศักยภาพของผู้รับการโค้ชออกมา โดยใช้คำถาม “พฤติกรรมใดที่ท่านภูมิใจที่สุดใน สัปดาห์นี้” “อะไรคืออุปสรรคที่ท่านเอาชนะได้ และ ท่านทำได้อย่างไร” และให้ผู้รับการโค้ชส่งภาพการทำ กิจกรรมตามหลัก 3อ 3ล และบอกว่าวันนี้ได้ทำอะไร เพราะอะไร ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มทุกวัน ผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ สนับสนุน และกระตุ้น ผู้รับการโค้ช โดยส่งสติ๊กเกอร์แสดงความชื่นชม และ กล่าวชมเมื่อผู้รับการโค้ชทำได้ถูกต้อง และนัดพบ ผู้รับการโค้ชเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความสำเร็จ การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี อุปสรรคและ การเอาชนะอุปสรรค และให้การเสริมแรงเพื่อการคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมและการเป็นต้นแบบที่ดี

ขั้นตอนที่ 4 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 16 ดำเนินการประเมินผล โดยการตรวจระดับไขมันในเลือด ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การ ควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง

1.2 สมุดคู่มือการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง การประเมินพฤติกรรมสุขภาพตนเองเบื้องต้นตามแนวคิด สุข.โมเดล แหล่งการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาด้านสุขภาพ แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และตารางบันทึกความมุ่งมั่นตั้งใจ ผลการปฏิบัติ อุปสรรค และการเอาชนะอุปสรรค

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมองค์ประกอบ 5 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการซักถามข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ จำนวนทักษะละ 4 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติได้ยากมาก ปฏิบัติได้ยาก ปฏิบัติได้ง่าย และปฏิบัติได้ง่ายมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

ชุดที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 9 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ ด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 2 ข้อ และด้านการหลีกเลี่ยงบุหรี่ แอลกอฮอล์ และการลดน้ำหนัก จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทางบวก จำนวน

10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3-5 วันต่อสัปดาห์) และปฏิบัติสม่ำเสมอ (6-7 วันต่อสัปดาห์) ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16-64 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงเหมาะสมน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงเหมาะสมมาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมไค้ชด้านสุขภาพเพื่อการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง สมุดคู่มือการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .97, 1, .96 และ .97 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้น นำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ไปทดลองใช้กับผู้ที่มิระดับไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโฆม่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .92 และ .72 ตามลำดับ ส่วนการตรวจระดับไขมันในเลือด เป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสุขภาพประจำปี ที่ดำเนินการโดยห้องปฏิบัติการมาตรฐานของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี การตรวจนี้ครอบคลุมทั้งกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no. 093/67 วันที่ 4 ตุลาคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขมงชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับทั้งสองกลุ่มในช่วงเวลาเดียวกัน (ต่างวันกัน) โดยก่อนเริ่มดำเนินโปรแกรมผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขมง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1-16 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขมง แบ่งกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นโค้ชประจำกลุ่ม ดำเนินการตามโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพเพื่อการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง โดยในสัปดาห์ที่ 1-2 ให้เข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนที่ 1 การรับฟังให้เข้าใจและไม่ตัดสิน และขั้นตอนที่ 2 การจุดประกายความคิด กระตุ้น

ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้แสวงหาคำตอบด้วยตัวเอง ในสัปดาห์ที่ 3-16 ให้เข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนที่ 3 การกระตุ้น จูงใจให้ลงมือปฏิบัติ และการกำกับติดตาม และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล รวมจำนวน 16 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงตามที่ได้เรียนรู้ตามปกติ คือ การให้คำแนะนำสั้น ๆ เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย และให้ผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. ในสัปดาห์ที่ 16 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขมง ให้ตอบแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นนัดหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มาเจาะเลือดหาระดับไขมันในเลือด ประจำปีงบประมาณ 2568 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขมง และลงบันทึกข้อมูลผลเลือดของตนเองในสมุดคู่มือการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ (ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องในภายหลัง)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม 2568 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการโค้ชด้านสุขภาพเพื่อการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงให้แก่กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ independent *t*-test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล

แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลัง การทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการ เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะ ไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมัน ในเลือดสูง และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ทั้งนี้ กลุ่มทดลองเข้าร่วม กิจกรรมไม่ครบ จำนวน 2 คน และรับประทานยารักษาโรค ทางหูที่มีผลทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง จำนวน 1 คน คงเหลือจำนวน 39 คน และกลุ่มควบคุมเดินทางไป ต่างจังหวัด จำนวน 1 คน คงเหลือจำนวน 41 คน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 48.69 ปี ($SD = 11.83$) มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.42 มีอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.42 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 97.43 และมี ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23.00–24.99 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.02 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.54 มีอายุเฉลี่ย 53.68 ปี ($SD = 10.74$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือ ต่ำกว่า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.35 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.46 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 97.56 และมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50–22.99 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.14 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับ

กลุ่มควบคุม พบว่า เพศ โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย ไม่แตกต่างกัน ส่วนอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการ ควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์) ของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมัน ในเลือดสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุม ภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.098, p < .001$ และ $t = 5.918, p < .001$ ตามลำดับ) มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล รวม ค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และ ค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.019, p < .05$; $t = 1.984, p < .05$ และ $t = 2.155, p < .05$ ตามลำดับ) แต่มี ค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ไม่แตกต่าง จากก่อนการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการ ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมัน ในเลือดสูง ค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และค่าเฉลี่ย ระดับไตรกลีเซอไรด์ ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุม ภาวะไขมันในเลือดสูงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.715, p < .05$) และมี ค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.477, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือด
(คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์)
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 39)						
ความรู้ด้านสุขภาพ (คะแนน)	80.10	6.14	85.84	7.67	4.098	< .001
พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง (คะแนน)	43.69	5.10	48.69	4.09	5.918	< .001
ระดับไขมันในเลือด						
คอเลสเตอรอลรวม (mg/dL)	229.89	23.59	222.02	28.25	2.019	.025
เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	47.87	10.09	49.28	7.77	1.094	.140
แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	163.05	22.64	155.97	27.61	1.984	.027
ไตรกลีเซอไรด์ (mg/dL)	152.64	76.46	121.43	62.86	2.155	.015
กลุ่มควบคุม (n = 41)						
ความรู้ด้านสุขภาพ (คะแนน)	78.82	12.29	75.07	11.46	1.715	.047
พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง (คะแนน)	42.21	5.58	43.68	6.00	1.191	.120
ระดับไขมันในเลือด						
คอเลสเตอรอลรวม (mg/dL)	230.34	25.52	246.07	36.87	1.477	.002
เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	49.70	16.69	50.41	12.86	.306	.380
แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	160.26	36.70	168.34	38.88	1.477	.073
ไตรกลีเซอไรด์ (mg/dL)	164.87	81.76	168.17	77.01	.215	.401

3. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวม ค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับ

ไตรกลีเซอไรด์ ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.912$, $p < .001$ และ $t = 4.338$, $p < .001$ ตามลำดับ) มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวม และค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.262$, $p < .01$ และ $t = 2.965$, $p < .01$ ตามลำดับ) แต่มีค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือด
(คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์)
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 39)		กลุ่มควบคุม (n = 41)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (คะแนน)	80.10	6.14	78.82	12.29	.582	.563
พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง (คะแนน)	43.69	5.10	42.21	5.58	1.229	.223
ระดับไขมันในเลือด						
คอเลสเตอรอลรวม (mg/dL)	229.89	23.59	230.34	25.52	.081	.936
เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	47.87	10.09	49.70	16.69	.591	.556
แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	163.05	22.64	160.26	36.70	.406	.686
ไตรกลีเซอไรด์ (mg/dL)	152.64	76.46	164.87	81.76	.701	.486
หลังการทดลอง						
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (คะแนน)	85.84	7.67	75.07	11.46	4.912	< .001
พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง (คะแนน)	48.69	4.09	43.68	6.00	4.338	< .001
ระดับไขมันในเลือด						
คอเลสเตอรอลรวม (mg/dL)	222.02	28.25	246.07	36.87	3.262	.002
เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	49.28	7.77	50.41	12.86	.474	.637
แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	155.97	27.61	168.34	38.88	1.632	.107
ไตรกลีเซอไรด์ (mg/dL)	121.43	62.86	168.17	77.01	2.965	.004

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตาม
สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง
มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุม
ภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่า
กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม
สมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมโค้ชด้าน
สุขภาพเพื่อการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงที่พัฒนาขึ้น
มีการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง
และการควบคุมระดับไขมันในเลือด ประกอบด้วย
กิจกรรมการสนทนากลุ่ม เพื่อจุดประกายความคิด

ให้กำลังใจ รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านทาง
แอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจ
เกี่ยวกับการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง การสนทนากลุ่ม
ทำให้ผู้รับการโค้ชได้รับการสนับสนุนจากโค้ชและเพื่อน
เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เพิ่มทักษะการเข้าถึง
ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ
มีการประเมินข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ และมีการนำข้อมูล
ไปใช้ในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้
กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.69 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่
มีความสามารถในการเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติ
พฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อลดระดับไขมันในเลือด ซึ่ง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้

(İlgün et al., 2015) ดังการศึกษาที่พบว่า การจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น และสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ (วริษา กันบัวลา และคณะ, 2564) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al. (2022) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการโค้ชด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของสุครดา จันทรธมยา และสุภัช จันทรธมยา (2568) ที่พบว่า ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานที่เข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการโค้ชด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตามหลัก 3อ 2ส มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพฯ ที่พัฒนาขึ้น มีการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างสม่ำเสมอ ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม รวมถึงมีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมไขมันในเลือดได้ ทั้งการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสุครดา จันทรธมยา และสุภัช จันทรธมยา (2568) ที่พบว่า ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานที่เข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการโค้ชด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตามหลัก 3อ 2ส มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวม และค่าเฉลี่ยระดับ

ไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และมีค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการโค้ชด้านสุขภาพส่งผลให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยการสนับสนุนให้บุคคลกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง การสนับสนุนให้กำลังใจ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง (Olsen, 2014) โดยโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมไขมันในเลือด มีการกำหนดเป้าหมายในการลดระดับไขมันในเลือด และกำหนดแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมตามหลัก 3อ 3ล ด้วยตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ และการลดพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งการลดน้ำหนัก การลดแอลกอฮอล์ และการลดอ้วน ทำให้กลุ่มทดลองรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมและมีความรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง การมีโค้ชประจำกลุ่ม และเพื่อนร่วมกลุ่มทำให้กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนจากโค้ชและเพื่อนร่วมกลุ่ม เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันในเลือดให้สำเร็จ

นอกจากนี้ การที่โปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพฯ มีการติดตามความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ และมีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และส่งผลให้มีระดับไขมันในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การโค้ชด้านสุขภาพสามารถลดระดับคอเลสเตอรอลและระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้ (Costache et al., 2022) และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไต้หวันพบว่า การโค้ชด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 6 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วย

สามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม และสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ (Lin et al., 2021) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับคอเลสเตอรอลรวม ระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลง (Luo, Jin, Li, Cui, & Jiang, 2021)

สำหรับระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากหลายปัจจัย แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมมากขึ้น แต่การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและเพียงพอก็ทำให้ระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล เพิ่มขึ้นได้ไม่ชัดเจน (Buzdagli, Tekin, Eyipinar, Öget, & Siktari, 2022) นอกจากนี้ การรับประทานอาหารที่ช่วยเพิ่มระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ในเลือดต้องบริโภคอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว เช่น น้ำมันมะกอก อาหารที่มีกากใยสูง ถั่ว ข้าวไม่ขัดสี ในปริมาณที่เพียงพอ จึงจะช่วยเพิ่มระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ในเลือดได้ (Hernández et al., 2019) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กำหนดชนิดและปริมาณของการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร จึงทำให้ได้ผลไม่ชัดเจน นอกจากนี้ ระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้การเพิ่มของระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ในเลือดเป็นเรื่องยากหากบุคคลนั้นมีระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ในเลือดต่ำอยู่แล้ว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิควรนำโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพนี้ไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่ใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดระดับไขมันในเลือด ทั้งนี้ โค้ชต้องมีทักษะในการรับฟังอย่างลึกซึ้งและไม่ตัดสิน และควรมีการติดตามผลและเสริมแรงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มกิจกรรมการกำกับติดตามให้มีการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและเพียงพอ รวมถึงมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *สวรงค์/ประชากรศาสตร์ เวชสาร*, 18(2), 142-155.
- นสพ. เอโอไฮ้, วิภาพร ลิทธิศาสตร์, และสุริรัตน์ วัฒนวิเชียร. (2565). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบขโมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสพพ.พิษณุโลก*, 5(2), 129-139.

- มิตรธิดา แจ่มใส, วิภาพร ลิทธิศาสตร์, และธิดิรัตน์ ราศิริ. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก. *ราชวาทสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร*, 14(1), 20–36.
- วนิดา พลเดช. (2560). ต้นแบบการโค้ชวิถีไทย: ประยุกต์พุทธปรัชญาสู่การโค้ชบนพื้นฐานสติ. *วารสารสุทธิปริทัศน์*, 31(97), 125–136.
- วิริยา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุข, และอาภรณ์ ดีนาน. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(3), 1–14.
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริรัตน์ อินตา, และอนุลักษณ์ ไจวงศ์. (2565). ผลของโปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและประสิทธิภาพการทำงานของไตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 2(1), 1–14.
- ศุภรดา จันทร์ถมยา, และศุภภัช จันทร์ถมยา. (2568). ประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ด้วยการโค้ชด้านสุขภาพอำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 10(2), 741–749.
- Buzdagli, Y., Tekin, A., Eyipinar, C. D., Öget, F., & Siktir, E. (2022). The effect of different types of exercise on blood lipid profiles: A meta-analysis of randomized controlled studies. *Science & Sports*, 37(8), 675–687. doi:10.1016/j.scispo.2022.07.005
- Costache, I. I., Dmour, B. A., Costache, A. D., & Botnariu, G. (2022). Dyslipidemia and cancer - more than a simple association. *Annals of Endocrinology, Diabetes and Metabolism*, 1(1), 1001. Retrieved from <https://meddocsonline.org/annals-of-endocrinology-diabetes-and-metabolism/dyslipidemia-and-cancer-more-than-a-simple-association.pdf>
- Grant, A. M. (2014). The efficacy of executive coaching in times of organisational change. *Journal of Change Management*, 14(2), 258–280. doi:10.1080/14697017.2013.805159
- Hernández, Á., Sanllorente, A., Castañer, O., Martínez-González, M. Á., Ros, E., Pintó, X., ... Fitó, M. (2019). Increased consumption of virgin olive oil, nuts, legumes, whole grains, and fish promotes HDL functions in humans. *Molecular Nutrition & Food Research*, 63(6), e1800847. doi:10.1002/mnfr.201800847
- İlgün, G., Turaç, İ. S., & Orak, S. (2015). Health literacy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 174, 2629–2633. doi:10.1016/j.sbspro.2015.01.944

- Liddy, C., Johnston, S., Nash, K., Ward, N., & Irving, H. (2014). Health coaching in primary care: A feasibility model for diabetes care. *BMC Family Practice*, 15(1), 60. doi:10.1186/1471-2296-15-60
- Lin, C. L., Huang, L. C., Chang, Y. T., Chen, R. Y., & Yang, S. H. (2021). Effectiveness of health coaching in diabetes control and lifestyle improvement: A randomized-controlled trial. *Nutrients*, 13(11), 3878. doi:10.3390/nu13113878
- Lin, S., Xiao, L. D., Chamberlain, D., Ullah, S., Wang, Y., Shen, Y., ... Wu, M. (2022). Nurse-led health coaching programme to improve hospital-to-home transitional care for stroke survivors: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 105(4), 917–925. doi:10.1016/j.pec.2021.07.020
- Luo, Q., Jin, P., Li, H., Cui, K., & Jiang, T. (2021). Effects of integrated health education combined with life intervention on patients with coronary atherosclerotic heart disease complicated with hyperlipidemia. *American Journal of Health Behavior*, 45(5), 843–848. doi:10.5993/AJHB.45.5.4
- Nouh, F., Omar, M., & Younis, M. (2019). Risk factors and management of hyperlipidemia (Review). *Asian Journal of Cardiology Research*, 2(1), 1–10. doi:10.9734/AJCR/2019/45449
- Olsen, J. M. (2014). Health coaching: A concept analysis. *Nursing Forum*, 49(1), 18-29. doi:10.1111/nuf.12042