

Research article

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อความรู้
และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

The Effect of a Self-Care Support and Education Program via the LINE Application
on Knowledge and Self-Care Behaviors among Patients with Hyperlipidemia

วรัชญ์กัญญ์ กันทะวงศ์¹, กัมพล อินทรทะกุล^{2*}, นุตชาติ วีรสรเดช³
Waratkhan Khanthawong¹, Kampon Introntakun^{2*}, Nutachat Treerasoradaj³

¹ศูนย์ตรวจสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

²หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

³ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

¹Health Check-up Center, Department of nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital

²Mahavajiravudh Ward 6A, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital,

³Vajira Health Check-up Center, Faculty of Medicine Vajira Hospital

Navamindradhiraj University

*Corresponding Author, e-mail: Kampon.int@gmail.com

Received: 10 April 2025; Revised: 9 September 2025; Accepted: 16 September 2025

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมและเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลตนเองจึงมีความสำคัญ **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง **วิธีการศึกษา:** การศึกษานี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านไลน์แอปพลิเคชันซึ่งประกอบด้วยสื่อ e-book และวิดีโอความรู้มีค่าความตรงเท่ากับ 1.00 และแบบวัดความรู้และแบบวัดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีค่าความตรงเท่ากับ 0.90 และ 0.85 ตามลำดับ และความเที่ยงตรวจสอบด้วย KR - 20 เท่ากับ 0.85 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ไคสแควร์ paired t-test และ independent t-test **ผลการศึกษา:** หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **บทสรุป:** บุคลากรทางสุขภาพควรประยุกต์ใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านไลน์แอปพลิเคชัน เพื่อเสริมสร้างความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมในการจัดการภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลตนเอง, ไลน์แอปพลิเคชัน, ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

Abstract

Background: Hyperlipidemia is a major risk factor for cardiovascular and cerebrovascular diseases. Strengthening patients' self-care behaviors and knowledge is therefore essential. **Objective:** To investigate

the effects of a support and education program delivered via the LINE application on self-care behaviors and knowledge among patients with hyperlipidemia.

Methods: This study employed a quasi-experimental design with an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The research instruments included a LINE-based support and education program comprising e-books and educational videos with a content validity index (CVI) of 1.00, a knowledge assessment questionnaire with a CVI of 0.90, and a self-care behavior assessment questionnaire with a CVI of 0.85. The reliability of the knowledge questionnaire was tested using KR-20, yielding a value of 0.85, and the reliability of the self-care behavior questionnaire was tested using Cronbach's alpha, yielding a value of 0.78. Data were analyzed using frequency, percentage, the chi-square test, the paired t-test, and the independent t-test.

Results: After the intervention, the experimental group showed significantly higher mean scores for knowledge and self-care behavior compared to their pre-intervention scores and to those of the control group, with statistical significance at the 0.05 level. **Conclusion:** Healthcare personnel should implement the self-care support and education program delivered via the LINE application to enhance knowledge and promote self-care behaviors in managing hyperlipidemia, which can help reduce the risk of potential complications.

Keywords: Self-care support and education program, LINE application, Knowledge and self-care behaviors, Patients with Hyperlipidemia.

บทนำ (Introduction)

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลกที่พบได้บ่อย โดยประมาณ 32.8% ของผู้ชายและ 36.2% ของผู้หญิงวัยผู้ใหญ่มีภาวะไขมันในเลือดสูง¹ และแนวโน้มของอัตราการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงโดยรวมแสดงรูปแบบเป็นเส้นโค้งรูปตัว U หมายถึง มีอัตราต่ำสุดในกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี และเพิ่มขึ้นในช่วงอายุที่มากขึ้น² ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและความคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะไขมันในเลือดสูงตั้งแต่อายุยังน้อย³ และข้อมูลจากศูนย์ตรวจสอบสุขภาพวิรัชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วิรัชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิน ระบุว่า ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้ที่เข้ารับ

การตรวจสุขภาพประจำปี และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูงคิดเป็น ร้อยละ 2.3, 4.9 และ 6.9 ของผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพทั้งหมดในแต่ละปี ตามลำดับ⁴ ซึ่งสาเหตุหลักอาจมาจากการพร่องความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม⁵

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นภาวะที่ระดับไขมันในเลือดเกินกว่าปกติ ซึ่งรวมถึงคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ และถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด⁶ เนื่องจากระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น ไขมันจะเริ่มสะสมที่ผนังหลอดเลือดและก่อตัวเป็นคราบไขมัน ทำให้หลอดเลือดแข็งและแคบลง ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดลดลง หากเลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญได้เพียงพอ ย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะสมองขาดเลือด⁶ นอกจากนี้ การสะสมของไขมันในหลอดเลือดยังส่งผลให้เกิดกระบวนการอักเสบในร่างกาย อาจทำให้คราบไขมันแตกออกและก่อให้เกิดลิ่มเลือดที่อาจนำไปสู่ภาวะหัวใจวายเฉียบพลันหรือภาวะสมองขาดเลือดฉับพลัน⁷ การสะสมของไขมันในหลอดเลือดยังทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพ สูญเสียความยืดหยุ่น และส่งผลให้ระบบไหลเวียนเลือดทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญต่าง ๆ เช่น หัวใจและสมอง นอกจากผลกระทบทางร่างกาย ภาวะไขมันในเลือดสูงยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสังคม ผู้ป่วยที่ทราบว่าตนเองมีภาวะไขมันในเลือดสูงอาจเกิดความวิตกกังวลและความเครียด โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้น⁸

ภาวะไขมันในเลือดสูงมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหนึ่งในปัจจัยสำคัญคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์สูง ซึ่งส่งผลให้ระดับไขมันแอลดีแอลซึ่งเป็นไขมันที่ไม่ดีเพิ่มขึ้น⁹ นอกจากนี้ พันธุกรรมยังมีบทบาทสำคัญ โดยผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้ มักมีความเสี่ยงสูงขึ้น ปัจจัยด้านพฤติกรรมยังส่งผลอย่างมากต่อระดับไขมันในเลือด เช่น การไม่ออกกำลังกาย ซึ่งสัมพันธ์กับระดับไขมันที่สูงขึ้น⁹ โรคประจำตัวบางชนิด เช่น เบาหวานและโรคไตเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน โดยเฉพาะในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน อาจทำให้ระดับไขมันแอลดีแอลเพิ่มขึ้น¹⁰

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง แต่ผู้ป่วยจำนวนมากอาจยังไม่สามารถควบคุมระดับไขมันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สาเหตุหนึ่งมาจากการพร่องความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ทำให้การจัดการโรคไม่ต่อเนื่องและเพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การให้ข้อมูลด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการปรับพฤติกรรมสามารถช่วยลดระดับไขมันในเลือดและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้^{11, 12} นอกจากนี้การใช้สื่อเทคโนโลยี เช่น ไลน์แอปพลิเคชันยังช่วยเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³ ในด้านทฤษฎี พบงานวิจัยที่สนับสนุนการประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลของ Orem เป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴ ซึ่งแนวคิดของ Orem เป็นกระบวนการสนับสนุนและช่วยเหลือที่มุ่งเน้นการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชันเป็นสื่อกลางในการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า งานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้กับผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงยังมีอยู่อย่างจำกัด^{12, 15, 16} ซึ่งเป็นช่องว่างทางการศึกษาที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านไลน์แอปพลิเคชันร่วมกับการประยุกต์แนวคิดของ Orem เพื่อส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ผลการศึกษาค้นคว้าจะช่วยทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถพัฒนาความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองและสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือด อีกทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

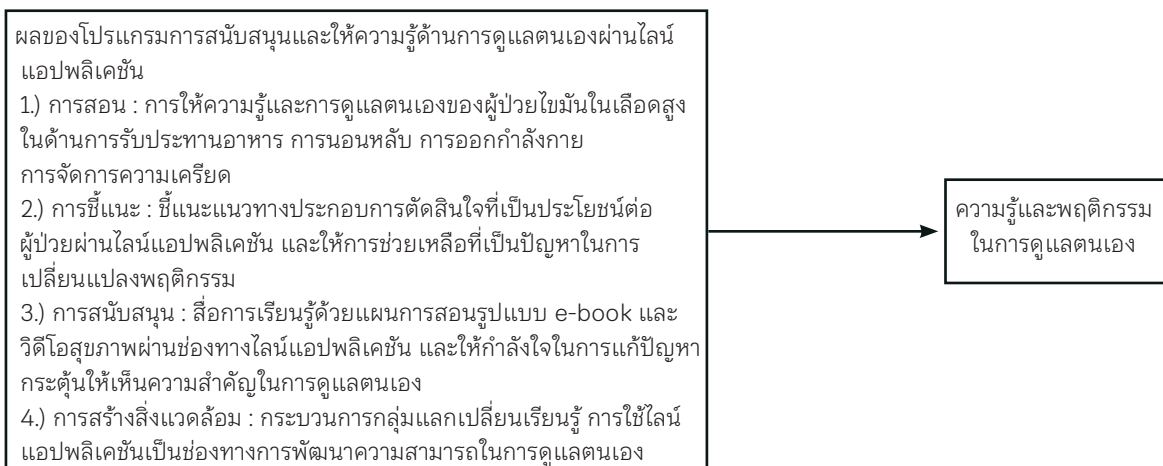
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิด การพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ซึ่งประกอบด้วย 4 วิธีหลัก ได้แก่ 1) การสอน ให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ครอบคลุมเรื่องการรับประทานอาหาร การนอนหลับ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด¹¹ 2) การชี้แนะ ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง และช่วยแก้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม เช่น การลดอาหารไขมันสูง และการส่งเสริมการออกกำลังกาย¹⁴ 3) การสนับสนุน ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่าน e-book และวิดีโอสุขภาพ ให้กำลังใจ กระตุ้นแรงจูงใจ และติดตามความก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพ¹² 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม ใช้ไลน์แอปพลิเคชันเป็นช่องทางสร้างชุมชนออนไลน์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้สนับสนุนจากเครือข่ายสังคมออนไลน์¹⁵ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงให้สามารถจัดการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2567 - เดือนมิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพที่ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไขมันในเลือดสูงมีระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล > 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ > 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นเพศชายและเพศหญิงมีอายุระหว่าง 20-60 ปี 2) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้ 3) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้และสามารถใช้ไลน์แอปพลิเคชันได้ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ทำแบบประเมินระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ครบ 2 ครั้ง และ 2) มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.2 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 และขนาดอิทธิพลที่ .90 จากการศึกษาก่อนหน้านี้¹¹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 15 ราย อย่างไรก็ตามจากการทบทวนของ Polit and Beck¹⁸ ได้ระบุว่าหากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่ากลุ่มละ 30 ราย ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย หลังจากเลือกแบบเจาะจงผู้วิจัยทำการจับคู่ (Matched pair) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านระดับการศึกษา เพศและอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองเพื่อป้องกัน การปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

1.2 แบบประเมินระดับความรู้ในการดูแลตนเอง คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นลักษณะการตอบถูก-ผิด มีจำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผลจัดระดับคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสท์¹⁹ ดังนี้ คะแนน 16 - 20 ระดับดีมาก คะแนน 11 - 15 ระดับดี คะแนน 6 - 10 ระดับปานกลาง

และคะแนน 0 - 5 ระดับน้อย

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ 20 ข้อ ข้อคำถามเป็นทางบวกทั้งหมด เกณฑ์การแปลผลจัดระดับคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสท์¹⁹ ดังนี้ คะแนน 84 - 100 ระดับดีมาก คะแนน 68 - 83 ระดับดี คะแนน 52 - 67 ระดับปานกลาง คะแนน 36 - 51 ระดับน้อย และ คะแนน 20 - 35 ระดับน้อยมาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Orem ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอน 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตัวและพูดคุยในบรรยากาศที่เป็นกันเองเพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามและสร้างความผ่อนคลายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหลัก ระยะเวลา 30 นาที

2. ระยะดำเนินการพยาบาล^{11-17, 19-22} ดังนี้

2.1 การสอน กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงด้านการรับประทานอาหาร การนอนหลับ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ดำเนินการสอนผ่าน e-book และวิดีโอความรู้ที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม กิจกรรมเสริมมีคำถามกระตุ้นความคิด และกิจกรรมถาม-ตอบเร็ว (Fast Q&A) หรือโพลล์พฤติกรรมสุขภาพเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสะท้อนความเข้าใจและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแบบทันทีเพื่อประเมินความเข้าใจก่อน-หลังเรียน^{11, 13} ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

2.2 การชี้แนะ กิจกรรมให้คำปรึกษาและแนะแนวทางที่เหมาะสม มีเนื้อหาเกี่ยวกับการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การลดอาหารไขมันสูง การออกกำลังกาย และการปรับพฤติกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม¹⁴ วิธีการโดยให้คำแนะนำรายบุคคลผ่านไลน์แอปพลิเคชัน โดยยกตัวอย่างสถานการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยวิเคราะห์การตัดสินใจของตนเอง พร้อมติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคล ระยะเวลา 45 นาที

2.3 การสนับสนุน กิจกรรมส่งเสริมแรงจูงใจและการเรียนรู้ต่อเนื่อง โดยใช้สื่อรูปแบบ e-book และวิดีโอที่ออกแบบตามหลักการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อกระตุ้นความเข้าใจและแรงจูงใจให้เกิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้มีการส่งสื่อและข้อความให้กำลังใจเชิงบวกผ่านไลน์แอปพลิเคชันพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแบ่งปันเป้าหมายและความสำเร็จส่วนตัวในกลุ่ม เพื่อสร้างแรงเสริมจากสังคมและความรู้สึกร่วม^{15, 22} นอกจากนี้ มีการจัดกิจกรรมแชร์ความก้าวหน้ารายสัปดาห์ เช่น การส่งภาพเมนูอาหารสุขภาพ หรือเวลาการออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา 30 นาที

2.4 การสร้างสิ่งแวดล้อม กิจกรรมในขั้นตอนนี้เน้นการ

จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กลุ่มไลน์เป็นพื้นที่กลางในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกร่วมในการดูแลตนเอง^{11, 20, 21} มีกิจกรรมเสริม คือ วันแชร์สูตรอาหารสุขภาพและกิจกรรมเดินสะสมก้าวเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วม รวมถึงการประเมินตนเองรายสัปดาห์ เพื่อส่งเสริมการสะท้อนพฤติกรรมของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ระยะเวลา 30 นาที

3. ระยะสิ้นสุดการพยาบาล กิจกรรมทบทวนความรู้และเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลตนเองในระยะยาว ด้วยการสรุปประเด็นสำคัญ แจกช่องทางการติดตามการดูแลตนเองผ่านไลน์แอปพลิเคชันพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก ระยะเวลา 30 นาที

4. ระยะติดตามผล กิจกรรมกระตุ้นและติดตามพฤติกรรม การดูแลตนเองด้วยการส่งสติ๊กเกอร์ไลน์ทุก 1 สัปดาห์ ทั้งหมด 12 สัปดาห์ ผ่านไลน์ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาลที่มีบุคลากรทางสุขภาพรับฟังเสียงสะท้อนของกิจกรรม ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา และตอบคำถามเมื่อมีข้อสงสัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ 3 ท่าน พยาบาลประจำศูนย์ดูแลกลุ่มโรค NCDs 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน โดยโปรแกรมฯซึ่งประกอบด้วยสื่อ e-book และวิดีโอความรู้ มีค่าความตรงเท่ากับ 1.00 แบบประเมินระดับความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีค่าความตรงเท่ากับ .90 และ .85 ตามลำดับ

2. ความเที่ยง ตรวจสอบด้วยการนำแบบประเมินระดับความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย มีค่า KR - 20 เท่ากับ 0.85 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.78 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรม ฯ สื่อ e-book และวิดีโอความรู้ หลังจากปรับแก้ไขตามผู้เชี่ยวชาญแล้วได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 3 ราย ได้รับข้อเสนอแนะและนำมาปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (เอกสารรับรอง COA195/2567 วันที่ 27 ตุลาคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ที่เกี่ยวข้องและหัวหน้าศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลอง รวมถึงกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์ตรวจสุขภาพวชิรพยาบาล ทำการแนะนำตัวและดำเนินการตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง (Pre-test) ระยะเวลา 30 นาที

3. ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านไลน์แอปพลิเคชันแบบรายบุคคล โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะสื่อสารและติดตามผ่านช่องทางส่วนตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วยการให้ข้อมูลด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต และการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูง โดยมีกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์ และประเมินพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลเพื่อสะท้อนความก้าวหน้าในแต่ละสัปดาห์ ผลสมผสานกิจกรรมกลุ่มผ่านไลน์แอปพลิเคชันเพื่อสร้างชุมชนออนไลน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

4. กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลปกติในศูนย์ตรวจสุขภาพ มีการตรวจติดตามตามนัดหมายและให้คำแนะนำตามมาตรฐานปกติโดยพยาบาลวิชาชีพ

5. โปรแกรมนี้ดำเนินการ 12 สัปดาห์ หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง หลังการทดลอง (Post-test) ระยะเวลา 30 นาที

6. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ดำเนินการโดย ผู้วิจัยหลัก ซึ่งเป็นผู้พัฒนาโปรแกรมและวางแผนกระบวนการวิจัยทั้งหมด และผู้ร่วมวิจัยจำนวน 2 คน ร่วมปฏิบัติงานในขั้นตอน การสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างผ่านไลน์แอปพลิเคชัน การประสานงานด้านการส่งสื่อสุขภาพ การรวบรวมและตรวจสอบแบบสอบถาม ตลอดจนการติดตามความก้าวหน้าในรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-square Test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test เนื่องจากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Shapiro-Wilk test มีค่า p-value > 0.05 ซึ่งเป็นการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้

สถิติ Independent t-test เนื่องจากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Shapiro-Wilk test มีค่า p-value > 0.05 ซึ่งเป็นการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปและความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 30 ปี ร้อยละ 33.30 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.70 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 56.70 รายได้ส่วนตัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000 - 19,999 บาท ร้อยละ 53.30 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 60.00 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.30

กลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 30 ปี ร้อยละ 33.30 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.30 รายได้ส่วนตัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,000 - 39,999 บาท ร้อยละ 36.70 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 53.30 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.70

ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square Test พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		X 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		
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		

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		X ²	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การดื่มแอลกอฮอล์					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		
การสูบบุหรี่					4.30	0.12
ไม่สูบ	25	83.30	29	96.70		
บางครั้ง	1	3.30	1	3.30		
ประจำ	4	13.30	0	0		

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.00, p < .001$ และ $t = 4.93, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง ($t = 1.14, p = .13$ และ $t = .27, p = .393$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง (n=30)								
ความรู้ในการดูแลตนเอง	9.53	2.26	ปานกลาง	16.03	2.44	ดีมาก	10.00	< .001
พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	58.30	8.71	ปานกลาง	68.70	7.61	ดี	4.93	< .001
กลุ่มควบคุม (n=30)								
ความรู้ในการดูแลตนเอง	9.43	2.61	ปานกลาง	10.40	3.44	ปานกลาง	1.14	.13
พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	58.20	10.50	ปานกลาง	58.90	9.74	ปานกลาง	.27	.393

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($t = .16, p < .44$ และ $t = .04, p < .08$ ตามลำดับ) หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.34, p < .001$ และ $t = 7.36, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไข้มันในเลือดสูง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=30)			กลุ่มทดลอง (n=30)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนทดลอง								
ความรู้ในการดูแลตนเอง	9.43	2.61	ปานกลาง	9.53	2.26	ปานกลาง	.16	.44
พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	58.20	10.50	ปานกลาง	58.30	8.71	ปานกลาง	.04	.08
หลังทดลอง								
ความรู้ในการดูแลตนเอง	10.37	3.44	ปานกลาง	16.03	2.44	ดีมาก	7.36	< .001
พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	58.90	9.74	ปานกลาง	68.70	7.61	ดี	4.34	< .001

อภิปรายผล (Discussion)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลดังกล่าวอาจมีความเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ซึ่งได้พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลของ Orem¹⁷ โดยมีองค์ประกอบที่ส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านการให้ความรู้ (การสอน) การแนะนำแนวทาง (การชี้แนะ) การสร้างแรงจูงใจ (การสนับสนุน) และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (การสร้างสิ่งแวดล้อม) โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านไลน์แอปพลิเคชันบูรณาการเข้ากับสื่อ e-book และวิดีโอสุขภาพในการให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย และสามารถเข้าถึงได้ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ซึ่งเป็นช่องทางที่สะดวกและแพร่หลาย อีกทั้งกลุ่มทดลองยังได้รับการติดตามพฤติกรรม การสนับสนุนทางอารมณ์ และกิจกรรมเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง เช่น การแบ่งปันเป้าหมาย การตอบกลับข้อความส่วนตัว และกิจกรรมวันแชร์สูตรอาหารสุขภาพและกิจกรรมเดินสะสมก้าว โดยผู้เข้าร่วมมีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 56.70 และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.30 ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงและใช้งานเทคโนโลยี รวมถึงแรงสนับสนุนจากครอบครัว ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ การออกแบบโปรแกรมที่ครอบคลุมทั้งด้านเนื้อหา วิธีการ และการสื่อสารต่อเนื่องผ่านช่องทางออนไลน์ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และนำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem ที่เน้นการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างเหมาะสมต่อความต้องการของแต่ละบุคคล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในบริบทชีวิตจริง ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Khademian และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีโอเรมช่วยในการให้ความรู้ และส่งเสริมการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองมีระดับที่สูงขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยให้สูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ในทำนองเดียวกัน Rakhshani และ Najafi¹⁹ ยังสนับสนุนว่าโปรแกรม Orem-Based Self-Care Education สามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการปรับตัวต่อผลข้างเคียงของการรักษาการปรับตัวต่อผลข้างเคียงของการรักษาจากผลการวิจัยและงานศึกษาที่เกี่ยวข้องข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันที่พัฒนาบนแนวคิดของ Orem มีองค์ประกอบที่สอดคล้องและเสริมกันทั้งด้านเนื้อหาและวิธีการ ถ่ายทอดผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่าย และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพในระดับค่อนข้างดี ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ได้รับ และทำให้ไม่สามารถสรุปผลไปยังกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา ความรู้ หรือพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำกว่าได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ระยะเวลาการติดตามผลเพียง 3 เดือน อาจยังไม่เพียงพอที่จะประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว อีกทั้งการศึกษานี้ไม่ได้วัดระดับไขมันในเลือดโดยตรง จึงไม่สามารถชี้ผลลัพธ์ทางชีวภาพได้อย่างครบถ้วน ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

บทสรุป (Conclusion)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ซึ่งบูรณาการสื่อ e-book และวิดีโอ สามารถยกระดับทั้งความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ จุดเด่นของโปรแกรมคือการใช้ช่องทางดิจิทัลที่ผู้ป่วยคุ้นเคย จึงเข้าถึงง่าย สื่อสารต่อเนื่อง และปรับเนื้อหาได้อย่างยืดหยุ่น ช่วยให้การส่งเสริม

สุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และในทางปฏิบัติ หน่วยงานด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงทั้งในโรงพยาบาล คลินิก และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างครอบคลุม ควบคู่กับการเพิ่มเติมเนื้อหาที่เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะช่วยให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์และตอบโจทย์การดูแลสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Zheutlin AR, Harris BRE, Stulberg EL. Hyperlipidemia-Attributed Deaths in the U.S. in 2018-2021. *Am J Prev Med.* 2024;66(6):1075-1077. doi:10.1016/j.amepre.2024.02.014
2. Liu LY, Aimaiti X, Zheng YY, et al. Epidemic trends of dyslipidemia in young adults: a real-world study including more than 20,000 samples. *Lipids Health Dis.* 2023;22(1):108. Published 2023 Jul 29. doi:10.1186/s12944-023-01876-2
3. Pootong A, Kittiteerasack P, Pattarapanitchai P, Choomean S. Prevalence and associated factors of dyslipidemia among university students in Central Thailand: a cross-sectional study. *J Assoc Med Sci.* 2023;57(1):161-9.
4. ศูนย์ตรวจสอบสุขภาพวัยรุ่นพยาบาล. สถิติของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. กรุงเทพมหานคร:โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; 2567
5. Yao YS, Li TD, Zeng ZH. Mechanisms underlying direct actions of hyperlipidemia on myocardium: an updated review. *Lipids Health Dis.* 2020;19(1):23-33.
6. Huang L, Lu Z, You X, Zou C, He L, Xie J, et al. U-shaped association of serum uric acid with all-cause mortality in patients with hyperlipidemia in the United States: a cohort study. *Front Cardiovasc Med.* 2023;10(4):1-11.
7. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติการบำบัดภาวะไขมันผิดปกติในเลือดเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร 2567
8. Abera A, Worede A, Hirigo AT, Alemayehu R, Ambachew S. Dyslipidemia and associated factors among adult cardiac patients: a hospital-based comparative cross-sectional study. *Eur J Med Res.* 2024;29(1):237.
9. Yin H, Lu B, Zeng K, Li Y, Ma J. Prevalence and factors associated with dyslipidemia in patients with first hospitalization for major depressive disorder: a large sample cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2024;24(1):396.
10. Shi M, Wang H, Zhang X. Dyslipidemia and its associated factors among community adults located in Shangcheng district, Zhejiang province. *Sci Rep.* 2024;14(1):4628.
11. วริษา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุข, อาภรณ์ ดินาน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมัน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา.* 2564;29(3):1-14.
12. Wungrath J, Autorn N. 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.* 2021;11(4):438-43.
13. ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์, พรสวรรค์ คำทิพย์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารการออกกำลังกายแวกซ์แบน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารสภาการพยาบาล.* 2563;35(2):52-69.
14. Khademian Z, Kazemi Ara F, Gholamzadeh S. 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.* 2020;8(2):140-9.
15. ศุภลักษณ์ ทองขาว, นิภา กิมสูงเนิน และรัชนี นามจันทร์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้วัยผู้ใหญ่ตอนต้น. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.* 2564;32(2):73-88.
16. ภัณฑภัทร สนสกุล และวไลยนารี พรหมลา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก. *วารสารกองการพยาบาล.* 2567;51(3):92-101.
17. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: Concepts of Practice.* Mosby; St. Louis; 2001.
18. Polit DF, Beck CK. *Nursing research: Principle*

and methods: 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia; 2004.

19. Best JW. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
20. Rakhshani T, Najafi S, Javady F, bozorg A, Mohamadkhah F, Khani Jeihooni A. 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*. 2022;22(10):1-9.
21. Jang Y, Ahn SH, Lee K, Kwon OY, Kim JH. Development and Pilot Testing of a Smart-phone-Based Self-Care Program for Patients with Chronic Hepatitis B. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21):139-49.
22. Baghersad Z, Alimohammadi N, Boroumandfar Z, Golshiri P. Effect of self-care training program based on Orem's model on the behaviors leading to sexually transmitted disease in vulnerable women. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016;21(15):527-33.
23. Bin TM, Tengku MM, Ahmad A. 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. *Malays J Nurs*. 2023;14(4):119-31.

การอ้างอิง

วรัชญ์ภักดิ์, กันทะวงศ์, กัมพล อินทรทะกุล และนุชชาติ ชีรสรเดช. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง: *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*. 2569; 8(1):13-22. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/274740>

Khanthawong W., Introntakun K. and Treerasoradaj N. The Effect of a Self-Care Support and Education Program via the LINE Application on Knowledge and Self-Care Behaviors among Patients with Hyperlipidemia. *J Chulabhorn Royal Acad*. 2026; 8(1): 13-22. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/274740>

Online Access

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/274740>

