

# ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กัลยาณี บุญสิน<sup>1</sup>

จงจิตร ตรีนาศายุธ<sup>1</sup>

บุญศรี เจริญมาก<sup>1</sup>

Effectiveness of health education for the patient with hyperlipidemia attending the general practice clinic in Songklanagarind Hospital

Boonsin K<sup>1</sup>, Trethasayuth J<sup>1</sup>, Chareanmak B<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Department of Nursing Survice, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine,  
Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Songkla Med J 2008;26(6):519-525

## Abstract:

*This quasi-experimental reseasech aims to 1) determine the effectiveness of health education in hyperlipidemia patients at Songklanagarind Hospital, 2) compare the cholesterol levels between a control and experimental group. The 60 subjects with hyperlipidemia were selected by simple random sampling with replacement and divided equally into two groups. All the subjects were given a pre-test of their knowledge and perception of hyperlipidemia as well as a blood examination. For 3-6 months after the intervention all subjects were followed up three times with a blood investigation and were given a post test of their knowledge, perception of hyperlipidemia.*

**Results:** Before the start of the intervention there was no statistical significance in demographic data, high density lipoprotein cholesteral (HDL-C), cholesterol (TC) or triglyceride (TG) levels between the two groups. There were statisti-

---

<sup>1</sup>คลินิกฝากครรภ์ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110  
รับต้นฉบับวันที่ 13 มิถุนายน 2550 รับลงตีพิมพ์วันที่ 24 ธันวาคม 2551

cally significant differences in body weight and cholesterol, triglyceride and HDL-C in the blood between the experimental group and control groups.

**Conclusion:** The nurses should regulate appropriately the hyperlipidemia patient's health patterns to improve their health.

**Key words:** cholesterol, health education, high density lipoprotein cholesterol, hyperlipidemia, triglyceride

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูง 2) เปรียบเทียบระดับของไขมันในเลือดภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจำนวน 60 ราย ที่เลือกสุ่มตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย

**ผลการศึกษา:** กลุ่มทดลองได้รับความรู้คำแนะนำ ร่วมตั้งเป้าหมาย ใส่ใจใส่ใจและการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและใช้คู่มือการเฝ้าระวังการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่อเนื้อทุก 3-6 เดือนเป็นเวลา 3 ครั้ง ระดับไขมันในเลือดและความรู้ของทั้ง 2 กลุ่มก่อนเข้าโครงการ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง 6-12 เดือน กลุ่มทดลองรับรู้เรื่องความรุนแรงของโรค การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเอง การปฏิบัติตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้เรื่องความเสี่ยงต่อการมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติไม่มีความแตกต่างกัน น้ำหนักตัว ระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอลในเลือด ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับที่น่าพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุป:** การให้สุขศึกษา การให้คำแนะนำ และการสร้างการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้น้ำหนักตัวและไขมันในเลือดลดลง

**คำสำคัญ:** การสอนสุขศึกษา, โคเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์, ภาวะไขมันในเลือดสูง, เอชดีแอล,

## บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ทั้งประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะผนังหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) นำไปสู่โรคหลอดเลือดและหัวใจ (cardiovascular disease) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ในประเทศไทยพบว่าโรคนี้นำไปสู่การสูญเสียในระดับสูง จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2548 พบว่าอัตราการตายอย่างหยาบของโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น<sup>1</sup>

การเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถประเมินได้โดยตรงจากระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงและประเมินโดยอ้อมจากดัชนีความหนาของร่างกายและภาวะอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ แต่ปัจจัยหลักคือพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง และปัจจัยที่รองลงมาคือ การขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน ฮอว์โมน ปัจจัยทาง

จิตสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงการมีความเข้าใจหรือความรู้ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง<sup>2-3</sup>

จากการศึกษาของสุรจิต สุนทรธรรม และสามารถ นิธินันท์<sup>4</sup> พบว่าผู้ที่ใช้บริการอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ดมากที่สุด คือผู้มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีร้อยละ 67.2 โดยแบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 และเพศชายร้อยละ 32.3 จึงเห็นได้ว่าพฤติกรรมบริโภคอาหารของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เพิ่มแนวโน้มของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงและเกิดภาวะอ้วน อันจะนำมาซึ่งภาวะไขมันในเลือดสูงและการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในที่สุด ดังนั้นแนวทางในการป้องกันแก้ไขปัญหภาวะไขมันในเลือดสูงจึงมุ่งเน้นที่สาเหตุหลัก จากการศึกษาของพร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์<sup>5</sup> ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2539 พบว่าการให้การศึกษากลุ่มเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จากการศึกษาของวงศ์จันทร์ ไกรมาก<sup>6</sup> ซึ่งศึกษาถึงการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมการบริโภคให้อยู่ในสภาวะที่ห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จะเป็นการสร้างเกราะป้องกันพยาธิสภาพ หนทางสู่โรคหัวใจขาดเลือดได้เป็นอย่างดีและการศึกษาของจันทนา เชื้อนาค<sup>7</sup> ในการใช้คู่มือการเฝ้าระวังการบริโภคอาหารไขมันด้วยตนเองของผู้สูงอายุ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดและน้ำหนักที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ใช้คู่มือการเฝ้าระวังการบริโภคอาหารไขมันด้วยตนเอง

บทบาทของพยาบาลของคลินิกอายุรกรรมและคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คือ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในโรคต่างๆ โรคที่ให้คำแนะนำมากกว่าโรคอื่น คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549 ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกอายุรกรรมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมากเป็นอันดับ 5 จำนวน 731, 831 ราย รองมาจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระเพาะอาหาร และโรคหอบหืด ขณะที่คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป ปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีจำนวน 1,328 และ 1,640 ราย ตามลำดับ และสูงเป็นอันดับ 1<sup>8</sup> จากการสังเกตการให้คำแนะนำทั้ง 2 คลินิกนั้นพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมในระยะสั้นและไม่สามารถสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองได้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนหรือมีกรอบการให้คำแนะนำที่ชัดเจนและใช้บทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมพลังเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มพฤติกรรมใหม่ ขณะเดียวกันมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และผลที่คาดว่าจะได้รับจากการทำตามคำแนะนำ พร้อมกันนั้นมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด ในโรงพยาบาลต่างๆ จะมีพยาบาลซึ่งทำหน้าที่ในการส่งเสริมให้ผู้มารับบริการมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการทำให้ผู้วิจัยสนใจ จึงนำคู่มือดังกล่าวมาปรับใช้กับผู้มารับบริการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และผู้วิจัยคาดว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการส่งเสริมสุขภาพตนเองอันเป็นผลในการป้องกันโรคและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงจำนวนมาก ๆ ได้

## วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ที่มารับบริการคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 2) ระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า

200 mg% ตั้งแต่ 2 ครั้ง ภายใน 6 เดือน 3) ไม่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคตับ 4) ไม่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาลดไขมัน 5) ไม่มีภาวะผิดปกติทางจิต 6) ไม่เคยได้รับคำแนะนำอย่างมีแบบแผนมาก่อน 7) สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถสื่อสารโดยการพูดได้ 8) สติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และยินดีเข้าร่วมโครงการ

โครงการวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว

## เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกระดับไขมันในเลือดประกอบด้วยระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เฮชดีแอล แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารในแต่ละวัน การรับรู้เรื่องความรุนแรงของโรคเมื่อมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเมื่อมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ การปฏิบัติตัวในการป้องกันเมื่อมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นคำถามรวมทั้งสิ้นจำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และพยาบาล จำนวน 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดยใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ความเที่ยง = 0.71

แผนการสอนประกอบด้วย 1) ความรู้เรื่องระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ผลของการมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ การปฏิบัติตัว การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยการบรรยาย 2) การให้คำปรึกษา 3) การร่วมกันตั้งเป้าหมายระดับไขมันในเลือดและน้ำหนักตัว 4) การให้ผู้ป่วยสัญญาว่าจะควบคุมระดับไขมันในเลือดและน้ำหนักตัว 5) การให้กำลังใจและคำชมเชย 6) การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยสนับสนุนการบริหารตนเองของผู้ป่วย 7) การมีคู่มือการเฝ้าระวังการบริโภคอาหารไขมันเพื่อเป็นแนวทางในการบันทึกอาหารที่รับประทานและไขมันที่ได้รับตามประเภทอาหารที่รับประทาน โดยต้องรับประทานไขมันไม่เกินที่ผู้วิจัยคำนวณและกำหนด ถ้ารับประทานอาหารที่มีไขมันสูงในมื้อเช้าและมื้อกลางวันแล้ว มื้อเย็นจะต้องเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ ผู้วิจัยคำนวณการหาปริมาณไขมันให้ผู้ป่วย โดยใช้สูตรคำนวณปริมาณไขมันจากคู่มือการเฝ้าระวังการบริโภคอาหารไขมันด้วยตนเองของจันทนา เชื้อนาค<sup>7</sup>

### การคำนวณหาปริมาณไขมันที่ควรบริโภคใน 1 วัน

$$\text{เพศชาย} = \text{ส่วนสูง (ซม.)} - 100 \times 0.89$$

$$\text{เพศหญิง} = \text{ส่วนสูง (ซม.)} - 110 \times 0.78$$

ตัวอย่าง เพศหญิงสูง 160 ซม. ปริมาณไขมันที่ควรบริโภค  
ใน 1 วัน

$$= 160 - 110 = 50 \times 0.78 = 39 \text{ กรัม}$$

### กิจกรรมการให้สุขศึกษา ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

1. ใช้สถานที่คลินิกปฐมภูมิ (ที่เก่า) ซึ่งเป็นมุมที่จัดประชุม
2. จัดกลุ่มย่อย 3-5 ราย (มีญาติของผู้ป่วยแต่ละรายเข้าร่วมด้วย)
3. สร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคย แนะนำให้สมาชิกรู้จักกัน
4. บรรยายชนิดของไขมันในเลือด สาเหตุที่ทำให้มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ผลของการที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ การปฏิบัติตัว การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกายที่เหมาะสม การป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
5. พยาบาลแจกคู่มือการเฝ้าระวังการบริโภคอาหารไขมัน โดยคำนวณการหาปริมาณไขมันให้ผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมอธิบาย การบันทึกอาหารที่รับประทานและไขมันที่ได้รับตามประเภทอาหารที่รับประทาน
6. ให้ผู้ป่วยแต่ละรายเล่าถึงพฤติกรรมปฏิบัติตัวในแต่ละวัน
7. มีการซักถามปัญหาที่ผู้ป่วยแต่ละรายประสบและให้กลุ่มช่วยกันวิเคราะห์สาเหตุ แนวทางปฏิบัติ
8. พยาบาลสรุปและอธิบายให้ผู้ป่วยแต่ละรายต้องแก้ไขปรับปรุงตัวเองอย่างไร

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการตอบแบบสอบถามและแบบวัดความรู้ด้วยตนเองก่อนเข้าโครงการ จากนั้นทดสอบความรู้และติดตามระดับไขมันในเลือดทุก 3 เดือน

### ผลการศึกษา

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกระจายของข้อมูลพบประชากรซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา วุฒิกการศึกษา และอาชีพ ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ด้านการรับรู้เรื่องความรุนแรงของโรค การรับรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเมื่อมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ และด้านการรับรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการป้องกันเมื่อมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่าการรับรู้เรื่องความรุนแรงของโรค การรับรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เมื่อมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ และด้านการรับรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการป้องกันเมื่อมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านการรับรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเมื่อมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ เมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการรับรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเมื่อมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 แสดงการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวและระดับไขมันในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สรุปได้ว่าก่อนให้ความรู้ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวและระดับไขมันต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน

### วิจารณ์

การทดลองนี้แสดงให้เห็นว่าการให้สุขศึกษาและการให้คำแนะนำและสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงทำให้น้ำหนักตัวและระดับไขมันในเลือดลดลงอย่างได้ผลภายในระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการปฏิบัติตามปกติ น้ำหนักตัวและระดับไขมันดีขึ้น อาจเนื่องจากเอกสารต่าง ๆ ที่จัดไว้ให้ผู้ป่วยตามความสนใจของน้ำหนักตัว และระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอลในเลือด อย่างชัดเจน แสดงว่าได้ผลจริง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>9-11</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาของชนิดา สุขแสง<sup>12</sup> ซึ่งศึกษาเรื่องผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไขมันในเลือด นอกจากนี้ Becker<sup>13</sup> ยังกล่าวว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างถูกต้อง จะทำให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยในการป้องกัน

โรคได้ดีและสม่ำเสมอ แต่อย่างไรก็ตามก็ไม่อาจสรุปได้ว่าการให้ความรู้ว่าเป็นระบบในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะสามารถดูแลตนเองได้ยั่งยืนหรือไม่ เพราะมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สม่ำเสมอไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการควบคุมโรคในระยะยาวได้<sup>14-16</sup>

### ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยชิ้นนี้และผลงานวิจัยที่ผ่านมาบ่งบอกว่าควรมีการให้คำแนะนำอย่างมีระบบต่อภาวะไขมันในเลือดสูงเข้าสู่งานประจำ โดยมีการประเมินความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นระยะๆ โดยวิธีการดังกล่าวมาแล้ว

### ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>					0.43
ชาย	9	30.0	12	40.0	
หญิง	21	70.0	18	60.0	
<b>อายุ (ปี)</b>					
ต่ำกว่า 50	11	36.7	11	36.7	
50-60	15	50.0	12	40.0	
มากกว่า 60					
<b>ศาสนา</b>					0.056
พุทธ	29	96.7	28	93.3	
อิสลาม	1	3.3	2	6.7	
<b>วุฒิทางการศึกษา</b>					0.74
ประถมศึกษา	5	16.7	5	16.7	
มัธยมศึกษา	4	13.3	6	20.0	
อาชีวศึกษา	9	30.0	2	6.6	
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	40.0	17	56.7	
<b>อาชีพ</b>					0.51
แม่บ้าน	3	10.0	2	6.7	
เกษตรกร	4	13.3	2	6.7	
รับจ้าง	1	3.3	2	6.7	
ค้าขาย	5	16.7	5	16.7	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	46.7	8	60.0	
อื่นๆ	3	10.0	1	3.3	
<b>สถานภาพ</b>					0.56
คู่	23	76.7	26	86.7	
โสด	4	13.3	3	10.0	
แยกกันอยู่	3	10.0	1	3.3	
<b>รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>					0.12
ต่ำกว่า 2,000	5	16.7	5	16.7	
2,000-4,000	4	13.3	6	20.0	
5,000-8,000	8	30.0	2	6.7	
มากกว่า 8,000	12	40.0	17	56.7	

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการให้คำแนะนำ

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม					P-value	P-value	P-value		
	ก่อนร่วมโครงการ		หลังร่วมโครงการ		P-value	ก่อนร่วมโครงการ		หลังร่วมโครงการ		P-value				Pre	Post
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน						
1. การรับรู้เรื่องความรุนแรงของโรคเมื่อมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ	3.30	0.47	3.77	0.43	0.00*	3.23	0.57	3.23	0.50	1.0	0.62	0.00*			
2. การรับรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเมื่อมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ	3.37	0.57	3.90	0.40	0.00*	3.33	0.55	3.73	0.45	0.00*	0.82	0.14			
3. การรับรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการป้องกันการมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ	3.17	0.38	3.63	0.49	0.00*	2.97	0.56	3.00	0.59	0.33	0.11	0.00*			
4. คะแนนรวมการรับรู้ด้านต่าง ๆ	9.83	0.83	11.30	0.79	0.00*	9.57	1.00	9.97	1.03	0.01*	0.27	0.00*			

\*P<0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบน้ำหนักตัว ระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนให้คำแนะนำและหลังให้คำแนะนำ (N=30)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม					P-value	P-value	P-value		
	ก่อนร่วมโครงการ		หลังร่วมโครงการ		P-value	ก่อนร่วมโครงการ		หลังร่วมโครงการ		P-value				Pre	Post
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน						
น้ำหนักตัว	61.77	9.07	57.31	8.90	0.00*	66.19	11.04	66.55	11.51	0.07	0.12	0.00*			
TC	253.42	19.47	204.10	14.24	0.00*	254.20	29.94	249.47	29.75	0.05*	0.92	0.00*			
TG	150.50	38.06	116.73	23.05	0.00*	148.27	30.35	142.33	40.68	0.54	0.23	0.00*			
HDL-C	48.86	8.75	58.03	7.38	0.00*	51.56	10.52	56.60	9.82	0.11	0.20	0.02*			

\*P<0.05

## สรุป

จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลสงขลา-นครินทร์ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน สามารถควบคุมน้ำหนักและระดับไขมันในเลือดได้ระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ยังคงต้องพัฒนาความสามารถในการบริหารตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลที่ให้บริการคลินิกเวชปฏิบัติทุกคนสามารถจัดการสอนสุขศึกษาอย่างมีแบบแผนให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้เพื่อไม่ให้เกิดการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง ญาติและครอบครัวเห็นความสำคัญของการป้องกันการดูแลตนเองมากกว่าการพึ่งพา และการรักษา การทำวิจัยครั้งนี้จึงเป็นเพียงการนำร่องเพื่อนำไปสู่การวิจัยที่เหมาะสมต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. สถิติสาธารณสุข. สถานการณ์การตายของประชาชนไทย ปี 2548. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
2. Goldberg KC, Melnyk SD, Simel DL. Overcoming inertia: improvement in achieving target low-density lipoprotein cholesterol. *Am J Manag Care* 2007;13:530-4.
3. Hupp JA, Martin JD, Hansen LO. Results of a single center vascular screening and education program. *J Vasc Surg* 2007;46:182-7.
4. สุรจิต สุนทรธรรม, สามารถ นิตินันท์. การให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพทางเวชปฏิบัติ. ใน: สุรจิต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. แนวทางการตรวจและสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนชาวไทย ฉบับพิมพ์พระชนม 72 พรรษามหาราช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พระมงกุฎเกล้า; 2543.
5. พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
6. วงศ์จันทร์ ไกรมาก. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อลดภาวะไขมันสูงในเลือด. *วชิรเวชสาร* 2540;41:195-200.
7. จันทนา เชื้อนาค. การศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดและน้ำหนักตัวในผู้สูงอายุเมื่อใช้และไม่ใช้คู่มือการเฝ้าระวังการบริโภคอาหารไขมัน. *วชิรเวชสาร* 2542;43:135-41.
8. รายงานสถิติผู้ป่วยที่ภาวะไขมันในเลือดสูง. สงขลา: หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์; 2544.
9. วัลภา ตันตโยทัย. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
10. ภาวนา กิรติยุตวงศ์. การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
11. วิลาวัลย์ ผลพลอย. การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2539.
12. ชนิตา สุขแสง. ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2543.
13. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. In the health belief model and personal health behavior. New Jersey: Charles B. Slack Inc; 1974; 82-90.
14. Falkenberg MG, Elwing BE, G ransson AM, et al. Problem oriented participatory education in the guidance of adult with non-insulin-treated type II diabetes mellitus. *Scand J Prim Health Care* 1986;4:157-64.
15. Scott RS, Beaven DW, Stafford JM. The effectiveness of diabetes education for non-insulin-dependent diabetic persons. *Diabetes Educ* 1984;10:36-9.
16. McNabb WL, Quinn MT, Rosing L. Weight loss program for inner-city black women with non-insulin-dependent diabetes mellitus: pathways. *J Am Diet Assoc* 1993; 93:75-7.