เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ปีงบประมาณ 2569

# การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

อัจฉรา กลับกลาย
โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง (ยุวสมาคมแห่งประเทศไทย) จังหวัดสงขลา

https://skho.moph.go.th/oa

# การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

**อัจฉรา กลับกลาย**

**โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง (ยุวสมาคมแห่งประเทศไทย) จังหวัดสงขลา**

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้ (Descriptive Correlational Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการรับรู้ภาวะไขมันในเลือด 2) ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา คำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power จำนวน 164 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนร่วมกับการสุ่มเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การรับรู้ภาวะไขมันในเลือด และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.73 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.50 อายุเฉลี่ย 65.06 ปี การรับรู้ภาวะไขมันในเลือดโดยรวม อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.13, S.D. = 0.24) พิจารณารายด้านพบว่าด้านผลกระทบจากภาวะไขมันในเลือดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$=2.27, S.D.= 0.37) รองลงมาคือด้านสาเหตุและด้านแนวทางการควบคุมระดับไขมันในเลือด ส่วนด้านความหมายของภาวะไขมันในเลือดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}$= 2.01, S.D. = 0.41) สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี($\bar{X}$= 2.96, S.D. = 0.32) โดยด้านการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$= 3.66,S.D. = 0.68) รองลงมาคือด้านการรับประทานยาไขมัน ($\bar{X}$=3.08, *SD*=0.52) ส่วนด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}$= 2.63, S.D. = 0.67) การทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .167*, p < .05) โดยเฉพาะการรับรู้ด้านแนวทางการควบคุมระดับไขมันในเลือดที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .173, p < .05) ในขณะที่ด้านความหมาย สาเหตุ และผลกระทบจากภาวะไขมันในเลือด ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะ ทีมสหวิชาชีพควรเน้นการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหมายของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และส่งเสริมแนวทางการควบคุมระดับไขมันในเลือดซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคู่กับการพัฒนารูปแบบกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

**คำสำคัญ** ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ; การรับรู้; พฤติกรรมการดูแลตนเอง

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

ความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้ถึงร้อยละ 46 ได้รับการวินิจฉัยและรักษาเพียงร้อยละ 42 มากกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในทวีปเอเชียและความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1] สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าความชุกโรค ความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 จากร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 ไม่ได้รับการวินิจฉัยในเพศชายร้อยละ 57.0 และเพศหญิงร้อยละ 40.5 โดยภาคใต้ ไม่ได้รับการวินิจฉัยต่ำ มีเพียงร้อยละ 22.6 และได้เก็บตัวอย่างเลือดเพื่อเจาะไขมัน พบว่า มากกว่าครึ่งมีระดับคลอเลสเตอรอลสูง ไขมันเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตามอายุ เมื่อพิจารณาตามรายภาคพบผู้ชายภาคใต้มีระดับ คลอเลสเตอรอลเฉลี่ยสูงสุด และสำหรับในผู้หญิงนั้นผู้หญิงภาคใต้มีระดับคลอเลสเตอรอลสูงรองจากกรุงเทพฯ[2] โรคความดันโลหิตสูงมักจะไม่มีอาการแต่หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ในระยะยาวจะส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด และโรคไตวายเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ ในปี 2566 อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมองในระดับเขต เขตที่ 12 สูงสุด 310.31 ต่อแสนประชากร และได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl ต่ำสุดเพียง 55.85 สำหรับจังหวัดสงขลาในปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดถึง 4,299 ราย คิดเป็น 300.41 ต่อแสนประชากร และส่วนหนึ่งพบในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและมีไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย กลุ่มดังกล่าวได้รับการตรวจไขมันในเลือดและผลไขมันตัวร้าย LDL น้อยกว่า 100 เพียงร้อยละ 55.50 และ ในปี 2567 อำเภอคลองหอยโข่ง มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งอำเภอที่มารับบริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลและเครือข่าย จำนวน 2,386 ราย ได้รับการตรวจไขมันในเลือด เพียงร้อยละ 77.77 และที่ ไขมัน LDL น้อยกว่าร้อยมีเพียง ร้อยละ 31.5 และพบป่วยเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต อัตราป่วยสูงเป็นอันดับ 2 ของจังหวัดสงขลาถึง 1,414 ต่อแสน[3]

อุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกตินั้น ยากที่จะวัดโดยตรง เนื่องจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมักไม่แสดงอาการ และมักพบร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน และการสูบบุหรี่ สำหรับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันและเกลือโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรักษาขึ้นอยู่กับการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมที่ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อลดระดับระดับ ไขมันในเลือดในผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งระดับไขมันในเลือดเป้าหมาย คือ ระดับไขมันในเลือดรวม (Total Cholesterol) น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับแอลดีแอล (LDL Cholesterol) น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride Cholesterol) น้อยกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับเอชดีแอล (HDL Cholesterol) มากกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในชายและมากกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในหญิง การดูแลรักษาประกอบด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการใช้ยา ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ประกอบด้วย

การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลต่ำ เกลือโซเดียมต่ำ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ดื่มเหล้าปริมาณที่เหมาะสม และการมีจิตใจที่เบิกบาน เพื่อควบคุมระดับไขมันและระดับความดันในเลือดอยู่ในระดับปกติ[4] ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลในการควบคุมกำกับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตัวเอง

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ในการตั้งเป้าหมาย มีความตั้งใจ ควบคุมกำกับพฤติกรรมด้วยตนเอง[5] ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีการรับรู้ในการเจ็บป่วยของตนว่าเป็นเหตุการณ์ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตหรือพิการกับตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย คิดวิถีและควบคุมกำกับตนในการที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แต่การรับรู้การเจ็บป่วยของตนว่าไม่เกิดความผิดปกติหรือไม่เกิดความรุนแรงกับตนเอง จะทำให้ละเลยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง[6] ผู้ที่การรับรับรู้ภาวะสุขภาพดี มักมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีด้วย[7] ดังนั้นผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องจึงจะสามารถควบคุมโรคได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มีจำนวนมากขึ้น ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีได้ทุกรายทั้งในการบริโภคอาหาร หรือการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมระดับไขมันในเลือด การรับประทานยา และควบคุมระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดต่างๆ ได้มากขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา การรับรู้ภาวะไขมันในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปกำหนดแนวทางในการวางแผนให้ความรู้ คำแนะนำ และพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในปัจเจกบุคคล เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดความรุนแรงของโรค

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

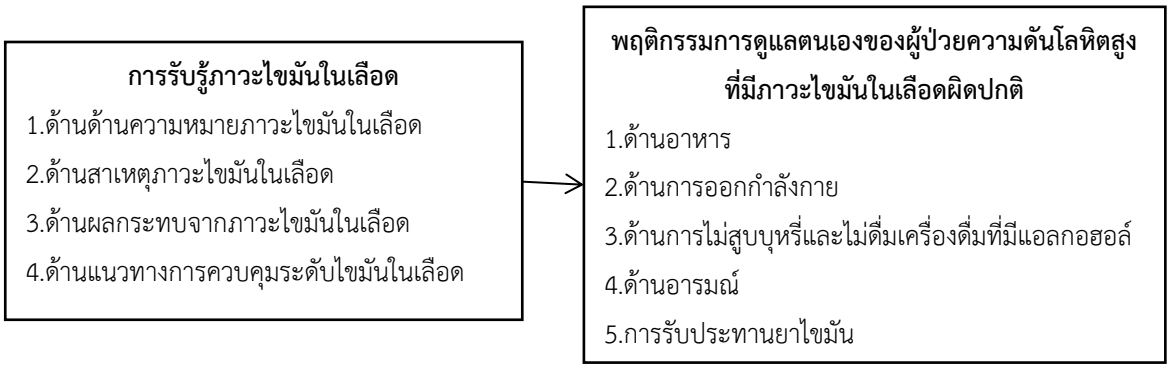
1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ไขมันในเลือดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

**สมมติฐานการวิจัย**

การรับรู้ภาวะไขมันในเลือด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิด การรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ในการตั้งเป้าหมาย มีความตั้งใจ ควบคุมกำกับพฤติกรรมด้วยตนเอง[5]ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีการรับรู้ในการเจ็บป่วยของตนว่าเป็นเหตุการณ์ ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตหรือพิการกับตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย คิดวิถีและควบคุมกำกับตนในการที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แต่การรับรู้การเจ็บป่วยของตนว่าไม่เกิดความผิดปกติหรือไม่เกิดความรุนแรงกับตนเอง จะทำให้ละเลย ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง[6] ผู้ที่การรับรับรู้ภาวะสุขภาพดี มักมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ดีด้วย[7] จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งอาจจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยมีตัวแปรต้นประกอบด้วย การรับรู้ภาวะไขมันในเลือด 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความหมายของภาวะไขมันในเลือด หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะและความสำคัญของภาวะไขมันในเลือด (2) ด้านสาเหตุของภาวะไขมันในเลือด หมายถึง การรับรู้ถึงปัจจัยหรือพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (3) ด้านผลกระทบจากภาวะไขมันในเลือด หมายถึง การตระหนักถึงอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพ และ (4) ด้านแนวทางการควบคุมระดับไขมันในเลือด หมายถึง การรับรู้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือใช้มาตรการเพื่อควบคุมระดับไขมันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ (1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม (2) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (3) การดูแลด้านอารมณ์และการผ่อนคลายความเครียด (4) การงดสูบบุหรี่และการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ (5) การรับประทานยาลดไขมันและยาลดความดันโลหิตตามคำแนะนำของแพทย์ ดังภาพ 1




ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

**วิธีดำเนินการวิจัย**

เป็นการศึกษาวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) โดยศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ไขมันในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร**ที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในคลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 1,634 คน

**กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้** คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในคลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test family เลือก Exact, Statistical test เลือก Correlation: Bivariate Normal Model กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(Correlation) = 0.25 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .90[8] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 164 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติโดยการวินิจฉัยของแพทย์ 2) สามารถฟัง พูด อ่าน หรือสื่อสารได้ดี 3) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

**เลือกกลุ่มตัวอย่าง** โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนร่วมกับวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Proportionate Stratified Systematic Sampling) ตามขั้นตอนดังนี้

1.การแบ่งชั้นภูมิ (Stratification) ผู้วิจัยแบ่งประชากรผู้ป่วยจำนวน 1,634 คน ออกเป็น 2 ชั้นภูมิตามกลุ่มอายุ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครอบคลุมความหลากหลายของช่วงวัย ได้แก่ กลุ่มอายุ 35 – 59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

2.การกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มอายุตามสัดส่วนประชากรจริง

1) กลุ่มอายุ 35 - 59 ปี มีจำนวน 508 คน คำนวณตามสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่าง 51 คน

2) กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 1,126 คน คำนวณตามสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่าง 113 คน

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวม 164 คน

3. การสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Sampling) เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละชั้นภูมิแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเลือกรายชื่อผู้ป่วย ได้แก่

3.1) นำรายชื่อผู้ป่วย แต่ละกลุ่มอายุมาเรียงลำดับตามรหัสเลขประจำตัวผู้ป่วย

3.2) คำนวณช่วงการสุ่มจากสูตร K= N/n ซึ่งเท่ากับ 1,634 /164 = 9.96 จึงกำหนดค่า K = 10

3.3) ใช้วิธีสุ่มตัวเลขเริ่มต้นระหว่างลำดับที่ 1 ถึง 10 โดยสมมติสุ่มได้ลำดับที่ 3

3.4) เลือกผู้ป่วยลำดับที่ 3 เป็นรายแรก และเลือกรายต่อไปโดยบวกเพิ่มทีละ 10 (เช่น ลำดับที่ 13, 23, 33, ...) จนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดในแต่ละชั้นภูมิ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย (BMI) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ระยะการรับรู้ว่ามีไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งเป็นรายการคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ

2. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะไขมันในเลือด แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความหมายภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 6 ข้อ 2) สาเหตุภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 7 ข้อ 3) ผลกระทบทำให้เกิดภาวะไขมัน

ในเลือดผิดปกติจำนวน 6 ข้อ และ 4)แนวทางภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น 27 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราวัดประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยบางส่วน เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตามความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมต่อสัปดาห์ คือปฏิบัติสม่ำเสมอ เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง เท่ากับ2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์เชี่ยวชาญโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง นักโภชนาการ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สงขลา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแบบสอบถาม (Index Of Item Objective Congruence :IOC) ระหว่าง .67 - 1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันผิดปกติ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา จำนวน 20 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดส่วนที่ 2,3 เท่ากับ 0.73 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เท่ากับ 0.74 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.82

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน สิงหาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ทั้งนี้ภายหลังกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด 164 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับดังนี้ [9]

| | | | |
|---|---|---|---|
| คะแนนเฉลี่ย | 1.00 - 1.66 | หมายถึง | ระดับน้อย |
| คะแนนเฉลี่ย | 1.67 - 2.33 | หมายถึง | ระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย | 2.34 - 3.00 | หมายถึง | ระดับมาก |

3. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*S.D.*) ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ [9]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| คะแนนเฉลี่ย | 1.00 - 1.75 | หมายถึง | ระดับ | น้อย |
| คะแนนเฉลี่ย | 1.76-2.50 | หมายถึง | ระดับ | ปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย | 2.51-3.25 | หมายถึง | ระดับ | ดี |
| คะแนนเฉลี่ย | 3.26-4.00 | หมายถึง | ระดับ | ดีมาก |

4.วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การรับรู้ภาวะไขมันในเลือด กับพฤติกรรามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยเกณฑ์ในการพิจารณาความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (*r*) ดังนี้ [10]

| | | | |
|---|---|---|---|
| 0.01 - 0.20 | หมายถึง | ระดับ | ต่ำมาก |
| 0.21 - 0.40 | หมายถึง | ระดับ | ต่ำ |
| 0.41 - 0.60 | หมายถึง | ระดับ | ปานกลาง |
| 0.61 - 0.80 | หมายถึง | ระดับ | สูง |
| มากกว่า 0.80 | หมายถึง | ระดับ | สูงมาก |

**การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสงขลา เลขที่ 89/2567 ลงวันที่ 9 กันยายน 2567 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับ รวมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลการวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

**ผลการวิจัย**

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 164)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **อายุ** ($\bar{X}$= 65.06 ปี, SD = 9.75, Min=35 ปี Max = 89 ปี) | | |
| **เพศ** | | |
| เพศหญิง | 109 | 66.5 |
| เพศชาย | 55 | 33.5 |
| **สถานภาพสมรส** | | |
| โสด | 10 | 6.1 |
| สมรส/อยู่ด้วยกัน | 114 | 69.5 |
| หม้าย/หย่า/แยก | 40 | 24.4 |

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 164) (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **อาชีพ** | | |
| เกษตรกรรม | 73 | 44.5 |
| รับราชการ/พนักงานบริษัท | 11 | 6.7 |
| รับจ้าง | 8 | 4.9 |
| ค้าขาย | 5 | 3.0 |
| แม่บ้าน/งานบ้าน /อยู่บ้านเฉยๆ | 67 | 40.9 |
| **การศึกษาสูงสุด** ($\bar{x}$= 6.65, SD = 5.38, Min - Max = 1 – 24, Mode = 54) | | |
| ประถมศึกษา | 116 | 70.7 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 10 | 6.1 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. | 11 | 6.7 |
| อนุปริญญา/ปวส. | 8 | 4.9 |
| ปริญญาตรีหรือปริญญาโท | 19 | 11.6 |
| **รายได้เฉลี่ยต่อเดือน** ($\bar{x}$=7,986.59 บาท, SD = 9023.31, Min = 400 บาท Max = 50,000 บาท) | | |
| <1,000 บาท/เดือน | 44 | 26.8 |
| 1,001 – 5,000 บาท/เดือน | 43 | 26.2 |
| 5,001 – 10,000 บาท/เดือน | 48 | 29.3 |
| 10,001 – 20,000 บาท/เดือน | 18 | 11.0 |
| 20,001 – 30,000 บาท/เดือน | 11 | 6.7 |
| 30,001 บาท/เดือน ขึ้นไป | 44 | 26.8 |
| **ดัชนีมวลกาย** (BMI) Min = 16.8 kg/m² Max = 37.90 kg/m² | | |
| ผอมหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ | 1 | 0.6 |
| สมส่วน | 39 | 23.8 |
| น้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนระดับที่ 1 | 38 | 23.2 |
| โรคอ้วนหรือโรคอ้วนระดับที่ 2 | 59 | 36.0 |
| โรคอ้วนอันตรายหรือโรคอ้วนระดับ3 | 27 | 16.5 |
| ผอมหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ | 1 | 0.6 |
| **ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย ($\bar{x}$ =7.43 ปี) (SD=5.52)** | | |
| 1-4 ปี | 57 | 34.8 |
| 5-10 ปี | 49 | 29.9 |
| >10 ปีขึ้นไป | 58 | 35.4 |
| **ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยไขมันในเลือดสูงเฉลี่ย ($\bar{x}$ =5.04 ปี) (SD=4.60)** | | |
| 1-4 ปี | 93 | 56.7 |
| 5-10 ปี | 39 | 23.8 |
| >10 ปีขึ้นไป | 32 | 19.5 |

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 164 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 66.50 อายุเฉลี่ย 65.06 ปี ($\bar{X}$=65.06,*S.D.*=9.75) ซึ่งอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.90 ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ อยู่ร่วมกับคู่สมรส คิดเป็น ร้อยละ 69.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 70.7 ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 44.5 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน ร้อยละ 40.90 และมีรายได้ต่อเดือน 7,986.59 บาท ด้านภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 2 มากที่สุด จำนวน 59 คน ร้อยละ 36.00 รองลงมาคือโรคอ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 23.20 สำหรับประวัติการเจ็บป่วย พบว่า มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 7.43 ปี ($\bar{X}$=7.43) และมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย เฉลี่ย 5.04 ปี ($\bar{X}$=5.04)

2. ระดับการรับรู้ภาวะไขมันในเลือด ในอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*S.D.*) และระดับการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดในอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา (n = 164)

| **การรับรู้** | $\bar{X}$ | ***S.D.*** | **ระดับ** |
|---|---|---|---|
| ด้านความหมายภาวะไขมันในเลือด | 2.01 | 0.41 | ปานกลาง |
| ด้านสาเหตุภาวะไขมันในเลือด | 2.12 | 0.33 | ปานกลาง |
| ด้านผลกระทบจากภาวะไขมันในเลือด | 2.27 | 0.37 | ปานกลาง |
| ด้านแนวทางการควบคุมระดับไขมันในเลือด | 2.12 | 0.29 | ปานกลาง |
| **ภาพรวม** | **2.13** | **0.24** | ปานกลาง |

จากตารางที่ 2 พบว่าการรับรู้ภาวะไขมันในเลือด อำเภอคลองหอยโข่งภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.13, *SD*=0.24) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านผลกระทบภาวะไขมัน ในเลือด ($\bar{X}$=2.27, *SD*=0.38) รองลงมาคือด้านสาเหตุภาวะไขมันในเลือด ($\bar{X}$=2.12, *SD*=0.32) และด้านแนวทางการควบคุมระดับไขมันในเลือด ($\bar{X}$=2.12, *SD*=0.29) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการรับรู้ความหมายภาวะไขมันในเลือด ($\bar{X}$=2.01, *SD*=0.41)

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*S..D*) และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำแนกเป็นรายด้าน (n = 164)

| การรับรู้ | $\bar{X}$ | *SD* | ระดับ |
|---|---|---|---|
| ด้านอาหาร | 2.76 | 0.35 | ดี |
| ด้านการออกกำลังกาย | 2.63 | 0.67 | ดี |
| ด้านการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ | 3.66 | 0.68 | ดีมาก |
| ด้านอารมณ์ | 2.65 | 0.57 | ดี |
| ด้านการรับประทานยาไขมัน | 3.08 | 0.52 | ดี |
| **ภาพรวม** | **2.96** | **0.32** | **ดี** |

จากตาราง 3 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในเขตอำเภอคลองหอยโข่ง ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=2.96, *S.D.*=0.32) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X}$=3.66 ,*S.D.*=0.68) รองลงมาคือด้านการรับประทานยาไขมัน ($\bar{X}$=3.08, *S.D.*=0.52) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}$=2.63, *S.D.*=0.67)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะไขมันในเลือด และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

**ตารางที่ 4** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (*r*) ระหว่างการรับรู้ภาวะไขมันในเลือด และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ รายด้าน (n = 164)

| ปัจจัยที่ศึกษา | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (*r*) | ระดับ | p |
|---|---|---|---|
| การรับรู้ภาวะไขมันในเลือด ภาพรวม | .167* | ต่ำมาก | .032 |
| ด้านความหมายภาวะไขมันในเลือด | .117 | ต่ำมาก | .136 |
| ด้านสาเหตุภาวะไขมันในเลือด | .070 | ต่ำมาก | .370 |
| ด้านผลกระทบจากภาวะไขมันในเลือด | .110 | ต่ำมาก | .160 |
| ด้านแนวทางการควบคุมระดับไขมันในเลือด | .173* | ต่ำมาก | .027 |

*$p < 0.05$

จากตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า การรับรู้ภาวะไขมันในเลือด ภาพรวม (r = .167*) มีความสัมพันธ์ทางบวก**ระดับต่ำมากกับพฤติกรรม**การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) และรายด้านแนวทางการควบคุมระดับ

ไขมันในเลือด (r = .173*) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) สำหรับด้านความหมายภาวะไขมันในเลือด ด้านสาเหตุภาวะไขมันในเลือด ด้านผลกระทบจากภาวะไขมันในเลือด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

**อภิปรายผลการวิจัย**

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานและวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ระดับการรับรู้ภาวะไขมันในเลือด ผลการวิจัยพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.13, *S.D.*=0.24) โดยมีด้านผลกระทบภาวะไขมันในเลือดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$=2.27, *S.D.*=0.38) ส่วน ด้านการรับรู้ความหมายภาวะไขมันในเลือดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ($\bar{X}$=2.01, *SD*=0.41) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนูร์มา แวบือซา[11] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอปะนาแระ จังหวัดปัตตานี พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลตนเองโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง และพัชรี สีจ๊ะแปง[12] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตจังหวัดพิจิตร พบว่า มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ในทางคลินิกการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงพิจารณาจากระดับแอลดีแอล-คอเลสเตอรอล (LDL) โดยการเริ่มรักษาและเป้าหมาย LDL ขึ้นกับความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในแต่ละบุคคลของณัฐพล สถาวโรดม[13] ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และมีความเข้าใจเรื่องความหมายของโรคต่ำ อาจเนื่องมาจากลักษณะประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และจบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 70.7 ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้และทำความเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อน เช่น ค่าระดับไขมันต่างๆ LDL, HDL, Triglyceride ได้ยากกว่าเรื่องโรคความดันโลหิตทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจความหมาย ของโรคอย่างลึกซึ้ง แต่ตระหนักรู้ในเรื่อง ผลกระทบ ว่าเป็นอันตราย จึงทำให้ระดับคะแนนด้านผลกระทบสูงกว่าด้านอื่นๆ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ โกเวช ทองเทพและอ้อมใจ แต้เจริญวิริยะกุล[14] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้เกี่ยวภาวะไขมันในเลือดผิดปกติอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของบริบทพื้นที่และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

2. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=2.96, *S.D.*=0.32) โดยด้านการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$=3.66, *S.D.*=0.68) รองลงมาคือด้านการรับประทานยาระดับดี ($\bar{X}$=2.96, *S.D.*=0.32) ส่วนด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$=2.63, *SD*=0.67) สอดคล้องกับการศึกษาของประนอม กาญจนวณิชย์[8] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภาพรวมอยู่ในระดับดี

($\bar{X}$=2.35, *SD*=0.23) สอดคล้องกับการศึกษาของวราพร เนื่องคำ[15] ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของนนทิยา กาลิ้ม[16] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยรวม อยู่ในระดับดี ซึ่งสาเหตุที่พฤติกรรมอยู่ในระดับดี แม้การรับรู้จะอยู่เพียงระดับปานกลาง อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยในบริบทชนบทมีความไว้วางใจและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด และเห็นว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (Medical Compliance) โดยเฉพาะเรื่อง การกินยาและการงดสารเสพติด แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการออกกำลังกาย ซึ่งอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอย ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างเต็มที่

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะไขมันในเลือดโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .167^{*}$, $p < .05$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีเพียงด้านแนวทางการควบคุมระดับไขมันในเลือดเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .173^{*}$,$p < .05$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนันธิกา สนแย้ม[17] ศึกษาการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง บริษัท ชีวาศรม อินเตอร์เนชั่นแนล เฮลท์ รีสอร์ท จำกัด พบว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับต่ำ ($r$=0.187) กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าลำพังเพียงความรู้หรือการรับรู้อาจไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพได้ทั้งหมด แต่อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์ และคณะ[7] ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r$=.669, $p$<.01) โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีและเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังมีความสอดคล้องในเชิงผลลัพธ์กับการศึกษาของโกเวช ทองเทพ และอ้อมใจ แต้เจริญวิริยะกุล [14] พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดมีความสัมพันธ์แบบผกผันและสามารถทำนายระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันผิดปกติเพิ่มขึ้น จะมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ที่ถูกต้องโดยเฉพาะด้านการควบคุมโรค เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดลดลงในที่สุด

ประเด็นที่น่าสนใจคือ ด้านการรับรู้ด้านความหมายภาวะไขมันในเลือด ด้านสาเหตุภาวะไขมันในเลือด และด้านผลกระทบจากภาวะไขมันในเลือด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของนนทิยา กาลิ้ม[16] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรม

สุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กัน (r=0.05) ซึ่งอภิปรายได้ว่า แม้ผู้ป่วยจะมีความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับโรคไม่มากนัก รับรู้ความหมายน้อย แต่หากผู้ป่วยรู้วิธีการควบคุม หรือรู้แนวทางปฏิบัติ (Practical Knowledge) ก็สามารถนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ นอกจากนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดแตกต่างกันไป แต่ก็มีปัจจัยอีกหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ เช่น การขาดสิ่งจูงใจ เป้าหมายของการกระทำไม่ชัดเจน หรือการรู้จักตนเองไม่ถูกต้อง Bandura[5] อาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หรือการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา[18]

**ข้อเสนอแนะ**

1. ข้อเสนอแนะในการนาผลการวิจัยไปใช้ จากผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความหมายของภาวะไขมันในเลือดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด มีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 ทีมสหวิชาชีพและคลินิก NCD ควรเน้นการให้ความรู้ในประเด็นที่ผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจ คือ ด้านความหมายและสาเหตุของโรค เพื่อสร้างความตระหนักรู้ แต่ในขณะเดียวกันต้องเน้นย้ำด้านแนวทางการควบคุมระดับไขมันในเลือด ควบคู่กันไป เนื่องจากผลการวิจัยพบเป็นด้านเดียวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยควรจัดรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้เข้าใจง่าย เหมาะกับบริบทของผู้สูงอายุและระดับการศึกษาของกลุ่มเป้าหมาย

1.2 ควรพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ และวิถีชีวิตชาวสวนยางพารา ในอำเภอคลองหอยโข่ง เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าเป็นด้านที่มีการปฏิบัติต่ำที่สุด โดยอาจเป็นการออกกำลังกายแบบเบา ที่สามารถทำได้ที่บ้านหรือในวิถีชีวิตประจำวัน เพื่อลดข้อจำกัดด้านความเสื่อมถอยของร่างกายและป้องกันการบาดเจ็บ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองได้ดียิ่งขึ้น

**ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป**

2.1 ควรพัฒนาศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) จัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและทำการศึกษาผลของโปรแกรมโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Two - Group Pretest - Posttest Design) พร้อมทั้งควรติดตามผลระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม

2.2 ศึกษาปัจจัย อื่นๆ เพิ่มเติม จากผลการวิจัย พบว่าการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ (*r*=.167) แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หรือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy) ตามแนวคิดของ Bandura เพื่อให้ครอบคลุมมิติการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นไป

**เอกสารอ้างอิง**


1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 16]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension.
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. ระบบคลังข้อมูลจังหวัดสงขลา. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/ska/public/main.
4. ประวีณ โลห์เลขา, สรจิต สุนทรธรรม. แนวทางเวชปฏิบัติการบำบัดภาวะไขมันผิดปกติในเลือดเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2567. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2567.
5. Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. Asian J Soc Psychol. 1999;2(1):21 - 41.
6. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):354 - 86.
7. ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์, สายฝน สุภาศรี, วารุณี พันธ์วงศ์, วรัญญา มณีรัตน์. พฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย. วารสารเกื้อการุณย์. 2566;30(2):213 - 27.
8. ประนอม กาญจนวณิชย์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2564;36(1):20 - 33.
9. Best JW. Research in Education. 4th ed. New Delhi: Prentice Hall of India; 1981.
10. Wiersma W, Jurs SG. Research Methods in Education: An Introduction. 9th ed. Boston: Pearson; 2009.
11. นูร์มา แวบือซา. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอปะนาแระ จังหวัดปัตตานี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
12. พัชรี สีจ๊ะแปง. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตจังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2566;4(1):10 - 20.
13. ณัฐพล สถาวโรดม. ภาวะไขมันในเลือดสูง. เวชสารแพทย์ทหารบก. 2566;76(3):201-6.
14. โกเวช ทองเทพ, อ้อมใจ แต้เจริญวิริยะกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอุ่ม จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2563;26(1):105 - 16.

15. วราพร เนื่องคำ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
16. นนทิยา กาลิ้ม. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2564;1(1):37 - 48.
17. นันธิกา สนแย้ม. การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง บริษัท ชีวาศรม อินเตอร์เนชั่นแนล เฮลท์ รีสอร์ท จำกัด [สารนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์; 2560.
18. ภาสิต ศิริเทศ, ณพวิทย์ ธรรมสีหา. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;20(2):58-65.