

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ในช่วง พ.ศ. 2551-2552 พบความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบความชุกของภาวะโคเลสเตอรอลรวมสูงและภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงมากที่สุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 27.4 และ 44.2 ตามลำดับ ความชุกของภาวะไขมันเอชดีแอลโคเลสเตอรอลต่ำพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.9 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553) จากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะไขมันในเลือดสูงมีมากเป็นอันดับสองรองจากภาวะโลหิตจาง โดยร้อยละ 43 ของผู้สูงอายุมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ร้อยละ 29 มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง และร้อยละ 15.9 มีระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดสูง (Uttawichai et al., 2004) ข้อมูลจากหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2551 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจากสถิติ พ.ศ. 2548-2550 ในจำนวนผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร้อยละ 57.2, 59.5 และ 73.3 ตามลำดับ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย โดยเป็นทั้งปัจจัยที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพและมีผลต่อการดำเนินโรคด้วย (Grundy, Pasternak, Greenland, Smith, & Fuster, 1999) เนื่องจากไขมันที่สะสมภายในผนังเส้นเลือดเมื่อรวมตัวกันมากขึ้นจะเกิดเป็นคราบไขมัน (plaque) การไม่คงสภาพของไขมัน (plaque instability) การแตกของคราบไขมัน (plaque disruption) และเกิดลิ่มเลือด (Maron, Rider, Pearson, & Gerundy, 2001) เมื่อลิ่มเลือดนี้ไปอุดตันหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นอันตรายทำให้เสียชีวิตกะทันหันได้ (ปิยมิตร ศรีธรรมา, 2545)

สาเหตุของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ ความผิดปกติของไขมันในเลือดจากสาเหตุทางพันธุกรรม สาเหตุจากโรคทางกายหรือยาบางชนิดที่มีผลต่อกระบวนการสร้างและ/หรือสลายไลโปโปรตีนทำให้ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ และสาเหตุจากการบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและ/หรือกรดไขมันอิ่มตัวมากหรืออาหารที่ก่อให้เกิดภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เป็นต้น (อภิชาติ สุคนทรศัพท์, 2546; Hachem, & Mooradian, 2006) สำหรับผู้สูงอายุสาเหตุของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ต่างจากวัยอื่น ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายลดลง การมีน้ำหนักตัวเกิน ร่วมกับการสลายและกำจัดแอลดีแอลโคเลสเตอรอลลดลง เนื่องจากตัวรับแอลดีแอลทำงานลดลงและการกำจัดแอลดีแอลที่ตับลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Katzel & Goldberg, 1999) ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้มากกว่าวัยอื่น

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสามารถรักษาด้วยการไม่ใช้ยาและการใช้ยา วิธีการไม่ใช้ยา ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต (Therapeutic Lifestyle Change: TLC) ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การลดน้ำหนักกรณีที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และการรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง การหลีกเลี่ยงการบริโภคไขมันอิ่มตัว และการบริโภคอาหารที่มีผลลดระดับแอลดีแอล (นลินี พูลทรัพย์ และจันทนา บุรณะ โอสถ, 2547; พิงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545) เมื่อจัดการสาเหตุของระดับไขมันในเลือดผิดปกติโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตเป็นเวลา 3-6 เดือนแล้วระดับไขมันในเลือดยังสูงเกินเป้าหมายที่กำหนดจึงต้องมีการใช้ยาร่วมด้วย แพทย์จะพิจารณาเลือกให้ยาให้เหมาะสมกับความผิดปกติของไขมันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากชนิดและความรุนแรงของระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ (พิงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545; National Cholesterol Education Program [NCEP], 2001)

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่ามีผู้ที่มีไขมัน โคเลสเตอรอลรวมสูงที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมระดับไขมันไม่ได้ร้อยละ 5.2 ในเพศชาย และร้อยละ 5.5 ในเพศหญิง ซึ่งในจำนวนผู้ที่มีโคเลสเตอรอลรวมสูงที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ พบว่าเป็นผู้สูงอายุเพศชายร้อยละ 24.5 และผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 22.3 ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยผู้สูงอายุร้อยละ 80.3 มีพฤติกรรมบริโภคอาหารกลุ่มไขมันสูง ผู้สูงอายुर้อยละ 20.3 ยังคงสูบบุหรี่ และมีแนวโน้มในการออกกำลังกายและทำกิจกรรมทางกายลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจึงจำเป็นที่จะต้องมีการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด เนื่องจากในผู้สูงอายุอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาในขนาดสูง การปรับพฤติกรรมจึงเป็นวิธีที่เหมาะสมและปลอดภัยในการควบคุมระดับไขมันในเลือด ช่วยลดปริมาณการใช้ยาและลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาในผู้สูงอายุได้

การจัดการตนเองเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญในการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพและรักษาภาวะสุขภาพ (Dongbo et al., 2003) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลใช้จัดการกับภาวะเรื้อรังของตน โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติสามารถลดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจจากภาวะเจ็บป่วย ทำให้บุคคลมีความสามารถจัดการกับผลกระทบของอาการของโรค และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนถึงขั้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สามารถอยู่กับภาวะเรื้อรังของโรคได้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ (Barlow, Wrigth, Sheasby, Turnur, & Hainsworth, 2002) การจัดการตนเองเป็นรูปแบบของพฤติกรรมเพื่อการควบคุมโรคหรือความเจ็บป่วยของบุคคลซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะในการปฏิบัติการดูแลตนเอง สิ่งสำคัญประการหนึ่งของแนวคิดการจัดการตนเอง คือ บุคคลจะสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะต้องมีสมรรถนะแห่งตน (Embrey, 2006) เกิดความมั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จตามเป้าหมาย (efficacy beliefs) และรับรู้ว่าการปฏิบัติที่ตนเองปฏิบัตินั้นจะส่งผลตามที่ต้องการ (outcome expectation) โดยบุคคลจะสามารถพัฒนาสมรรถนะแห่งตนได้จาก 4 แหล่ง (Bandura, 1997) ได้แก่ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective states)

ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) กล่าวว่าจัดการตนเองประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (medical management) เช่น การควบคุมอาการ การใช้ยา การรับประทานอาหารเฉพาะโรค 2) การจัดการกับบทบาท (role management) เป็นการคงไว้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการกำหนดพฤติกรรมให้เหมาะกับภาวะเจ็บป่วย 3) การจัดการกับอารมณ์ (emotional management) เป็นการจัดการกับอารมณ์ที่มีผลกระทบจากความเจ็บป่วย เช่น อารมณ์โกรธ กลัว เครียด ซึมเศร้า ซึ่งการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องอาศัยทักษะการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแก้ปัญหา (problem solving) โดยการให้คำจำกัดความของปัญหา เพื่อหาแนวทางที่เป็นไปได้ในการแก้ปัญหา รวมทั้งวิธีการดำเนินการและประเมินผล 2) การตัดสินใจ (decision making) เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค โดยอาศัยพื้นฐานการมีความรู้ที่เหมาะสมและเพียงพอ 3) การใช้แหล่งประโยชน์ (resource utilization) ที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม 4) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ (forming of patient/health care provider partnership) เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพในการวางแผน และกำหนดกิจกรรมในการจัดการตนเอง 5) การลงมือปฏิบัติ (taking action) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และ 6) การปรับใช้ทักษะ และความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (self-tailoring)

การจัดการตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีโรคหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดย แวกเนอร์, ออสติน, และ โครอฟ (Wagner, Austin & Korff, 1996) ได้พัฒนาโมเดลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) และใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน และได้กำหนดให้การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นมโนทัศน์หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผลที่เกิดขึ้นจากการจัดการตนเองไม่ได้มีเพียงแต่การควบคุมหรือกำจัดผลกระทบจากโรคหรือภาวะเรื้อรังเท่านั้น จากการวิเคราะห์แนวคิดการจัดการตนเองของเอมบริย์ (Embrey, 2006) ได้อธิบายว่า การจัดการตนเองทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ได้แก่ พลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (empowerment) ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการและลดผลกระทบของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคสูงขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตาย ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งปัจจุบันมีผู้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด (Stanford University Chronic Disease Self-Management Program) ที่พัฒนาขึ้นโดย ลอริก, โซเบล, ริทเตอร์, ลอเรนซ์, และ ฮอบบส์ (Lorig, Sobel, Ritter, Laurent, & Hobbs, 2001) และรูปแบบการจัดการตนเองของฟลินเดอร์ (The Flinder Model of Chronic Condition Self-management) (Jordan & Osborne, 2007) สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน (จิตติมา จรุงสิทธิ์, 2545; Wattana, 2006) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (จินตนา บัวทองจันทร์, 2548) โดยผลของการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในการจัดการกับโรคเรื้อรังดังกล่าวอย่างได้ผล แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ และยังไม่พบว่ามีการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองและการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อรังดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติว่าจะมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้นและควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ คล้ายคลึงกับกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นหรือไม่ เนื่องจากในวัยสูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการสูงอายุหลายประการ เช่น มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การรับรส การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและข้อ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเป็นข้อจำกัดในการจัดการตนเอง โดยผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันใน

เลือดผิดปกติในการกำหนดวิธีการดำเนินการเพื่อควบคุมภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติสำหรับ
ผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
3. เปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. เปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
3. ระดับไขมันของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. ระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ในช่วงระยะเวลาเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2554

นิยามศัพท์

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ คือ รูปแบบของกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) เพื่อเสริมสร้างความรู้ และฝึกทักษะแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการทางการแพทย์ การจัดการบทบาท และการจัดการทางอารมณ์ เป็นการสอนแบบกลุ่มๆ ละ 10-15 คน โดยผู้วิจัย เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์ๆ ละ 1.5-2 ชั่วโมง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน พร้อมกับสอนวิธีการตั้งเป้าหมาย และการวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ร่วมกับการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง 6 อย่าง ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งข้อมูล 4) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับทักษะและการปฏิบัติให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล และมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์

พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ หมายถึง การปฏิบัติของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในการจัดการภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน การรับประทานอาหาร การหยุดสูบบุหรี่ การรับประทานยาลดไขมันในเลือด และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับบุคลากรทางสุขภาพ 2) การจัดการบทบาท และ 3) การจัดการกับอารมณ์ที่มีผลกระทบจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ประเมินจาก

แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

ระดับไขมันในเลือด หมายถึง ระดับของโคเลสเตอรอลรวม แอลดีแอลโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอล ในเลือดที่เจาะส่งตรวจหลังจากงดอาหาร 9-12 ชั่วโมง และส่งตัวอย่างเลือดเพื่อวิเคราะห์ระดับไขมันในเลือดที่หน่วยปฏิบัติการเคมีคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ ด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ Merck รุ่น MEGA

ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด พิจารณาจากเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติโดยราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย โดยมีระดับโคเลสเตอรอลรวมมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือมีระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลมากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือมีระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือมีระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การดูแลตามปกติ หมายถึง การให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติโดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพประจำห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด