

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 1.1 ความหมายของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 1.2 ชนิดของไขมันในเลือด
 - 1.3 สาเหตุของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 1.4 สาเหตุของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในผู้สูงอายุ
 - 1.5 การรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
2. การจัดการตนเอง
 - 2.1 ความหมายของการจัดการตนเอง
 - 2.2 แนวคิดการจัดการตนเอง
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง
 - 2.4 ผลของการจัดการตนเอง
3. การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 3.1 การสนับสนุนจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 3.2 โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 3.3 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 3.4 การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม เป็นผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต

ความหมายของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดต่างไปจากเกณฑ์ปกติ ได้แก่ มีการเพิ่มขึ้นของระดับโคเลสเตอรอลรวม แอลดีแอลโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ และการมีระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำกว่าปกติ อาจพบความผิดปกติของไขมันในเลือดเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน (Christie, James, & Antonio, 2007) ซึ่งมีความหมายเช่นเดียวกับของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ได้กล่าวถึงความผิดปกติของไขมันในเลือดว่าเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดมีได้หลายรูปแบบ (พึงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545) ได้แก่

1. ระดับโคเลสเตอรอลรวมในเลือดสูง
2. ระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดสูง
3. ระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำ
4. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง
5. ระดับไขมันผิดปกติแบบใดแบบหนึ่งร่วมกัน 2 อย่างขึ้นไป

สำหรับการศึกษานี้ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ คือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยมีระดับโคเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ แอลดีแอลโคเลสเตอรอลสูง และมีระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำ ซึ่งอาจมีความผิดปกติของไขมันในเลือดเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน

โดยเกณฑ์ในการตัดสินภาวะไขมันในเลือดผิดปกตินั้น พิจารณาจากระดับโคเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ แอลดีแอลโคเลสเตอรอล และเอชดีแอลโคเลสเตอรอล โดยการเจาะเลือดหลังจากงดอาหาร 9-12 ชั่วโมง และส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจในห้องปฏิบัติการที่เที่ยงตรง มีมาตรฐาน และเชื่อถือได้ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจควรจะมีระดับไขมันในเลือด ดังนี้ (พึงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545)

1. ระดับโคเลสเตอรอลรวมในเลือด น้อยกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
2. ระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือด น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
3. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด น้อยกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
4. ระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลรวมในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

National Cholesterol Education Program (NCEP, 2001) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ และความรุนแรงของความผิดปกติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

เกณฑ์ตัดสินภาวะผิดปกติของระดับไขมันในเลือด

ระดับไขมัน (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	ความหมายทางคลินิก
LDL-cholesterol	
< 100	เหมาะสม
100-129	ยอมรับได้
130-159	ก้ำกึ่ง
160-189	สูง
≥ 190	สูงมาก
Total cholesterol	
< 200	เหมาะสม
200-239	ก้ำกึ่ง
≥ 240	สูง
HDL-cholesterol	
< 40	ต่ำ
≥ 60	สูง
Triglycerides	
< 150	เหมาะสม
150-199	ก้ำกึ่ง
200-499	สูง
≥ 500	สูงมาก

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก. แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด, (หน้า 15), โดย ฟิงโจ งามอุโฆษ, และคณะ, 2545, สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ, 19(6), 15-33.

สำหรับการศึกษานี้ การตัดสินภาวะไขมันผิดปกติในผู้สูงอายุใช้เกณฑ์ตัดสินภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้แก่ ระดับโคเลสเตอรอลรวมมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลมากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยอาจมีความผิดปกติของไขมันในเลือดเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน

ชนิดของไขมันในเลือด

ไขมันในเลือดที่สำคัญมีอยู่หลายชนิด โดยทั่วไปในการตรวจระดับไขมันในเลือดจะตรวจสอบสารต่างๆ ในเลือด ดังต่อไปนี้

1. โคเลสเตอรอล (cholesterol) เป็นสารประกอบสเตอรอล พบในร่างกายที่เนื้อเยื่อตับสมอง ประสาท ต่อมหมวกไต ต่อมเพศ ไตและผิวหนัง สามารถสังเคราะห์ในร่างกายอาจอยู่ในรูปโคเลสเตอรอลอิสระหรือเอสเทอร์กับกรดไขมัน โคเลสเตอรอลในพลาสมาส่วนมากอยู่ในรูปของเอสเทอร์ (ester) มีความสำคัญต่อร่างกายโดยเป็นองค์ประกอบของเนื้อเยื่อ และเยื่อหุ้ม (myelin sheath) รอบๆ เส้นประสาท (nerve axon) เป็นสารตั้งต้น (precursor) ในการสร้างกรดน้ำดี สเตียรอยด์ ฮอร์โมนหรือวิตามินดี โคเลสเตอรอลในร่างกายมีแหล่งมาจากอาหารและการสังเคราะห์อะเซทิลโคเอ (acetyl co-a) ซึ่งได้มาจากการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรต กรดอะมิโนและกรดไขมัน หากโคเลสเตอรอลมีปริมาณสูงเกินไปในเลือดจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่โคเลสเตอรอลจะสะสมตามผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นและแข็ง เกิดภาวะผนังหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) ตามมา (อุษณีย์ วินิจเขตคำนวณ, 2547) โดยปกติระดับโคเลสเตอรอลในเลือดไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (พึงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545) เนื่องจากระดับโคเลสเตอรอลที่วัดในเลือดนั้นเป็นโคเลสเตอรอลรวมของไลโปโปรตีนทั้ง 4 ชนิด คือ แอลดีแอลโคเลสเตอรอลร้อยละ 60-78 เอชดีแอลโคเลสเตอรอลร้อยละ 20-30 วีแอลดีแอลร้อยละ 10-15 และไลโปไมครอนซึ่งมีอยู่น้อยมาก จึงสามารถแบ่งโคเลสเตอรอลที่พบในกระแสเลือดที่มีความสำคัญเป็น 2 ชนิด คือ

- 1.1 แอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL-C) เป็นโคเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นต่ำ โดยที่ผิวของเซลล์ตับหรือเซลล์เนื้อเยื่อจะมีตัวรับแอลดีแอล (LDL-receptor) ซึ่งเป็นตัวรับที่เฉพาะต่อแอลดีแอลที่ทำให้แอลดีแอลเข้าสู่เซลล์ ดังนั้นเมื่อขาดหรือพร่องในการทำงานของตัวรับแอลดีแอล เช่น จากการได้รับยาสเตียรอยด์ การเป็นโรคตับ การบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวมากเกินไปความต้องการในการทำหน้าที่ของเซลล์ จึงทำให้เกิดภาวะแอลดีแอลโคเลสเตอรอล

ในเลือดสูงผิดปกติ และพบว่าระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลที่สูงกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและโรคหลอดเลือดหัวใจ (อารมณฺ์ เจษฎาญาณเมธา, 2549; NCEP, 2001)

1.2 เอชดีแอลโคเลสเตอรอล (HDL-C) เป็นโคเลสเตอรอลที่มีขนาดเล็กสุดแต่ความหนาแน่นสูง สร้างจากตับและลำไส้เล็ก ทำหน้าที่เป็นตัวช่วยในการสลายโคเลสเตอรอล และวีแอลดีแอลช่วยย้ายที่โคเลสเตอรอลส่วนเกินออกจากเนื้อเยื่อมาขับออกที่ตับโดยกระบวนการที่เรียกว่า reverse cholesterol transport ยิ่งกว่านั้นเอชดีแอลโคเลสเตอรอลยังช่วยยับยั้งการเกิดออกซิเดชันของแอลดีแอลโคเลสเตอรอล ยับยั้งการรวมตัวและการยึดเกาะกันของโมเลกุลต่างๆ และยับยั้งการรวบรวมเม็ดเลือดขาวโมโนไซต์ (monocyte) กลไกเหล่านี้จะประสานกันในการป้องกันหลอดเลือดแดงแข็ง นอกจากนี้เอชดีแอลโคเลสเตอรอล ยังอาจช่วยลดการเกิดหลอดเลือดอุดตัน (thrombosis) โดยช่วยยับยั้งการทำงานของและการรวมตัวกันของเกล็ดเลือด (อภิชาติ สุคนทรทรัพย์, 2550) ดังนั้นผู้ที่มีระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลเพียงพอ (มากกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) จึงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันได้น้อย (อุษณีย์ วินิจเขตคำนวน, 2547)

2. ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) เป็นสารประกอบกลีเซอไรด์ที่มีมากที่สุดเป็นเอสเทอร์ของกลีเซอรอลกับกรดไขมัน 3 ตัว อาจเป็นชนิดเดียวหรือต่างชนิดกัน เป็นสารชีวะโมเลกุลที่เก็บพลังงานสะสมได้มากที่สุด สามารถสลายให้ความร้อนได้มากกว่าสารอื่นๆ เมื่อร่างกายได้รับสารอาหารที่มากเกินไปเกินความต้องการ โดยเฉพาะคาร์โบไฮเดรต จะทำให้คาร์โบไฮเดรตส่วนที่เหลือถูกเปลี่ยนเป็นไตรกลีเซอไรด์ และนำไปเก็บสะสมไว้ที่เนื้อเยื่อไขมัน (adipose tissue) ส่งผลให้ร่างกายอยู่ในภาวะอ้วน (อุษณีย์ วินิจเขตคำนวน, 2547) จากข้อมูลการศึกษาของประเทศญี่ปุ่นพบว่าระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดที่สูงมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทำให้เพิ่มความเสี่ยงจากการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Teramoto et al., 2007)

สาเหตุของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

สาเหตุของระดับไขมันในเลือดผิดปกติอาจเกิดจากสาเหตุ 3 ประการ (วิชัย ต้นไพจิตร และคณะ, 2542) ดังนี้

1. ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติปฐมภูมิ (primary dyslipidemia) ภาวะนี้เป็นความผิดปกติจากสาเหตุทางพันธุกรรม โรคที่พบบ่อยในกลุ่มนี้คือ polygenic hypercholesterolemia, familial combined hyperlipidemia และ familial hypercholesterolemia (FH)



สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่... 20 ก.ย. 2555
เลขทะเบียน... 219698
เลขเรียกหนังสือ.....

2. ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติทุติยภูมิ (secondary dyslipidemia) ภาวะนี้เกิดจากโรคทางกายหรือยาบางชนิดที่มีผลต่อกระบวนการสร้างและสลายไลโปโปรตีน (lipoprotein) ทำให้ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ สาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดสูง ได้แก่ ต่อมไทรอยด์ทำงานลดลง (hypothyroidism) ภาวะน้ำดีคั่งค้างในท่อน้ำดี (cholestasis) โรคไต (nephrotic syndrome) ยาโปรเจสโตเจนบางชนิด และยาขับปัสสาวะกลุ่มไทอะไซด์ เป็นต้น สาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน ไตวาย การดื่มสุรา การตั้งครรภ์ ยาด้านเบต้า (beta blocker) ยาขับปัสสาวะ (thiazide) กลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) อนุพันธ์ของกรดวิตามินเอ (isotretinoin) และเอสโตรเจน (estrogen) เป็นต้น สาเหตุที่ทำให้เอชดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำ ได้แก่ โรคอ้วน การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน การไม่ออกกำลังกาย และยาสเตียรอยด์ (anabolic steroid) เทสโทสเตอโรน (testosterone) โปรเจสโตเจน (progestogen) บางชนิด และยาด้านเบต้า เป็นต้น (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2550)

3. ภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดจากอาหาร (dietary dyslipidemia) การบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดภาวะแอลดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดสูง คือ อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก และอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานเกินความต้องการของร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตโดยเฉพาะน้ำตาลฟรุกโทสและซูโครสมาก การดื่มสุรา เป็นต้น โดยการบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลวันละ 100 มิลลิกรัม จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลรวมในเลือดเพิ่มขึ้น 2-3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Fletcher et al., 2005)

สาเหตุของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในผู้สูงอายุ

สำหรับผู้สูงอายุสาเหตุของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ต่างจากวัยอื่น ได้แก่

1. อายุที่เพิ่มมากขึ้น ระดับไขมันในเลือดมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น (Katzel & Goldberg, 1999) การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากความสูงอายุส่งผลให้ผนังหลอดเลือดมีความหนามากขึ้น และความยืดหยุ่นลดลงจากการสะสมของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและไขมันในเลือด (สมนึก กุลสถิตพร, 2550) จากการศึกษาฟรามิงแฮม (Framingham study) พบว่าระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลจะเพิ่มขึ้นจาก 101 เป็น 159 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง และจาก 112 เป็น 144 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย เมื่ออายุเพิ่มจาก 20-24 ปี มาเป็น 60-64 ปี (Abbott et al., 1983)

2. การลดลงของกิจกรรมทางกาย เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเสื่อมของกระดูกและข้อ ทำให้มีกิจกรรมทางกายลดลง มีการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีภาวะอ้วน

น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย และผู้สูงอายุที่เป็นนักกีฬาจะมีระดับไขมันในเลือดเทียบเท่ากับ คนวัยหนุ่มสาว (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2546; Katznel & Goldberg, 1999)

3. มีการเปลี่ยนแปลงของการสร้างและการสลายไขมัน พบว่าในผู้สูงอายุจะมีการสลาย แอลดีแอล โคลเลสเตอรอลลดลง เนื่องจากตัวรับแอลดีแอลทำงานลดลง และการกำจัดแอลดีแอล ที่ต่ำลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Katznel & Goldberg, 1999) มีการทำงานที่ลดลงของเอนไซม์ไลโป โปรตีนไลเปส จึงทำให้มีการสลายวีแอลดีแอล โคลเลสเตอรอลลดลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2550) และมีผลทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์เพิ่มสูงขึ้นตามมาด้วย

จากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายกว่าวัยอื่น

การรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

การรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติประกอบด้วยวิธีการไม่ใช้ยา ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การลดน้ำหนักกรณีที่มีน้ำหนักเกิน มาตรฐาน การหลีกเลี่ยงการบริโภคไขมันอิ่มตัว การบริโภคอาหารที่มีผลลดระดับแอลดีแอล และการให้ยาลดระดับไขมันเมื่อจำเป็น (นลินี พุทธทรัพย์ และจันทนา บุรณะโอสถ, 2547; วิชัย ตันไพจิตร และคณะ, 2540) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน (Therapeutic Lifestyle Change: TLC) หมายถึง การกำจัดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวันให้หมดสิ้นไป ได้แก่ การสูบบุหรี่ การนั่งหรือการยืนอยู่กับที่เป็นส่วนใหญ่ในแต่ละวัน (sedentary life) ความเครียด ร่วมกับการปฏิบัติ พฤติกรรม ได้แก่ การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง (พึงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545) ดังนี้

1.1 การรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติด้วยอาหาร

การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและรักษาภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ดังนั้นต้องทำความเข้าใจถึงแนวทางการบริโภคอาหารที่ควบคุมระดับไขมันในเลือดอย่างถูกต้องและนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน การรักษาโคเลสเตอรอลในเลือดสูงด้วยอาหารประกอบด้วยหลักการ 7 ประการ (วิชัย ตันไพจิตร และคณะ, 2542) คือ

1.1.1 รับประทานอาหารที่ให้พลังงานแต่พอควร รับประทานอาหารที่ให้พลังงานมากกว่าร่างกายนำไปใช้ได้เป็นประจำจะก่อให้เกิดโรคอ้วนในที่สุด ซึ่งมีผลทำให้วีแอลดีแอลในเลือดสูง และเอชดีแอล โคลเลสเตอรอลในเลือดต่ำ ตลอดจนอาจทำให้แอลดีแอล โคลเลสเตอรอลใน

เลือดสูงด้วย ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปแล้วสามารถประเมินตนเองได้ว่าร่างกายมีสมดุลของพลังงานหรือไม่จากดัชนีความหนาของร่างกายและอัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก โดยผู้ใหญ่ปกติตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่ว่าจะหญิงหรือชายควรมีดัชนีความหนาของร่างกาย 20.0-24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร ผู้ใหญ่ชายและหญิงควรมีเส้นรอบวงเอววัดที่ระดับสะดือต่อเส้นรอบวงสะโพกน้อยกว่า 1.0 และ 0.8 ตามลำดับ

1.1.2 รับประทานไขมันทั้งหมดไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ

1.1.3 รับประทานไขมันที่มีสัดส่วนของกรดไขมันอย่างเหมาะสม ดังนี้

1) รับประทานกรดไขมันอิ่มตัวให้น้อยกว่าร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับ เพราะกรดไขมันอิ่มตัวส่วนใหญ่เพิ่มระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือด

2) รับประทานกรดไลโนเลอิก (linoleic acid) ร้อยละ 7-10 ของพลังงานที่ได้รับ โดยมีเหตุผลที่สำคัญ 2 ประการคือ ป้องกันการขาดกรดไลโนเลอิกซึ่งต้องการเพียงร้อยละ 2 ของพลังงานที่ได้รับ และลดระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดเพราะการเปลี่ยนโคเลสเตอรอลอิสระเป็นโคเลสเตอรอลไลโนเลอิกเพิ่มขึ้น ทำให้การทำงานของตัวรับแอลดีแอล (LDL receptor) ที่ตับเพิ่มขึ้น

3) รับประทานกรดแอลฟา-ไลโนเลนิก (alpha-linolenic acid) ร้อยละ 0.5-1.0 ของพลังงานทั้งหมด กรดแอลฟา-ไลโนเลนิก เป็นกรดไขมันจำเป็นเช่นเดียวกับกรดไลโนเลอิก และเป็นต้นกำเนิดของกรดไอโคซาเพนตะอีโนอิก (eicosapentaenoic acid: EPA) และกรดโดโคซาเฮกซะอีโนอิก (docosahexaenoic acid: DHA) กรดไอโคซาเพนตะอีโนอิกเป็นต้นกำเนิดของไอโคซานอยด์ (eicosanoid) อนุกรม 3 และลิวโคไตรอีน (leukotriene) อนุกรม 5 ส่วนกรดโดโคซาเฮกซะอีโนอิก จำเป็นต่อการมองเห็นภาพของเด็กคลอดก่อนกำหนด ถึงแม้ว่ากรดแอลฟา-ไลโนเลนิก ไม่ลดระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือด แต่ก็ต้องรับประทานกรดไขมันจำเป็นชนิดนี้ให้เพียงพอ เพื่อป้องกันการขาดกรดแอลฟา-ไลโนเลนิก และรักษาระดับกรดไอโคซาเพนตะอีโนอิก และกรดโดโคซาเฮกซะอีโนอิกในเนื้อเยื่อให้เพียงพอ

4) รับประทานกรดโอเลอิก (oleic acid) ร้อยละ 10-15 ของพลังงานทั้งหมด กรดโอเลอิกเป็นกรดไขมันที่ร่างกายสามารถสร้างได้เอง ถ้ารับประทานเข้าไปมากก็ไม่ทำให้เกิดโรคหัวใจ และมีแนวโน้มช่วยลดไขมันในเลือดได้ด้วย พบมากในน้ำมันมะกอก น้ำมันจากเมล็ดถั่วต่างๆ เช่น ถั่วอัลมอนด์ ถั่วลิสง และน้ำมันปลา กรดโอเลอิกมีประสิทธิภาพลดระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดได้เกือบเท่ากรดไลโนเลอิก

1.1.4 รับประทานโคเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม โคเลสเตอรอลมีเฉพาะในอาหารที่มีต้นตอจากสัตว์เท่านั้น และมีมากในสมองสัตว์ (มากกว่า 2000 มก./100 กรัม)

เครื่องในสัตว์ชนิดต่าง ๆ (350-750 มิลลิกรัม/100 กรัม) และไข่แดงทุกชนิด (1480 มิลลิกรัม/100 กรัม) จึงควรหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารเหล่านี้ แม้ว่าหนึ่งสัตว์มีโคเลสเตอรอลเพียง 100 มิลลิกรัม/100 กรัม แต่ถ้ารับประทานมากก็ก่อให้เกิดระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดสูงได้ เนื้อสัตว์ชนิดต่าง ๆ มีโคเลสเตอรอลเพียง 50-150 มิลลิกรัม/100 กรัม จึงรับประทานได้พอสมควร

1.1.5 รับประทานโปรตีนร้อยละ 15-20 ของพลังงานที่ได้รับ โดยเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่มีไขมันมาก ได้แก่ เนื้อไก่ เนื้อปลา นมและผลิตภัณฑ์นมที่ระบุว่ามีไขมันต่ำ ควรรับประทานถั่วเหลืองและผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง เพราะเป็นแหล่งให้โปรตีนที่ดี และไม่มีโคเลสเตอรอล ควรรับประทานไข่ไม่เกินวันละ 1 ฟอง เพราะแม้ไข่เป็นแหล่งให้โปรตีนที่ดีแต่มีโคเลสเตอรอลมาก เช่น ไข่ไก่หนัก 50 กรัมมีโปรตีน 7 กรัม และโคเลสเตอรอล 240 มิลลิกรัม นอกจากนี้ควรรับประทานไข่ในสภาพไข่ดาวหรือไข่เจียวทอดด้วยน้ำมันถั่วเหลือง ส่วนไข่ขาวรับประทานได้ไม่จำกัด เพราะไม่มีโคเลสเตอรอล

1.1.6 รับประทานคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 55-60 ของพลังงานที่ได้รับ ประเภทของคาร์โบไฮเดรตที่ควรรับประทานคือ คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (complex carbohydrate) ได้แก่ ข้าวเป็นหลัก ส่วนน้ำตาลรับประทานแต่พอควร

1.1.7 รับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น ควรรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน ไม่ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดมาก ผักและผลไม้ นอกจากเป็นแหล่งที่ดีของวิตามินและเกลือแร่แล้ว ยังให้ใยอาหาร (dietary fiber) การได้รับใยอาหารประเภทละลายในน้ำวันละ 15-30 กรัม จะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่รับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวต่ำ

1.2 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีผลดีโดยทำให้ไขมันเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น กล่าวคือลดระดับไตรกลีเซอไรด์ และโคเลสเตอรอล เพิ่มระดับเอชดีแอล และเพิ่มการสลายไขมัน ซึ่งกลไกของการออกกำลังกายที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด ได้แก่

1.2.1 การออกกำลังกายในช่วงแรกจะใช้พลังงานที่สะสมในกล้ามเนื้อในรูปไกลโคเจน และไขมัน เมื่อเริ่มต้นออกกำลังกายจะมีการเผาผลาญน้ำตาลถึงร้อยละ 60 และเผาผลาญไขมันเพียงร้อยละ 40 เพื่อที่จะนำไปสร้างเป็นพลังงานใหม่ และถ้ามีการออกกำลังกายต่อเนื่องไปเรื่อยๆ จนถึงนาทีที่ 20 จะมีการเผาผลาญน้ำตาลร้อยละ 50 และเผาผลาญไขมันร้อยละ 50 เช่นกัน หลังจากนั้นยิ่งออกกำลังกายต่อเนื่องนานเท่าใดการเผาผลาญไขมันก็จะมากขึ้นเรื่อยๆ (เสก อักษรานุเคราะห์, 2545)

1.2.2 การออกกำลังกายเป็นตัวกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ไลโปโปรตีนไลเปส (lipoprotein lipase) ให้ทำงานได้ดีขึ้น ทำให้มีการสลายไตรกลีเซอไรด์จากโคโลไมครอนและวีแอลดีแอลโคเลสเตอรอลมาใช้เป็นพลังงาน (Dustrine & Thompson, 2001) ระดับวีแอลดีแอลโคเลสเตอรอลจึงลดลง แอลดีแอลซึ่งได้มาจากวีแอลดีแอลโคเลสเตอรอลจึงลดลงด้วย และเอนไซม์ไลโปโปรตีนไลเปส ยังเพิ่มความสามารถของกล้ามเนื้อลายในการนำไตรกลีเซอไรด์ไปใช้ ส่งผลให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลง ในขณะที่เดียวกันเอนไซม์ไลโปโปรตีนไลเปส จะเปลี่ยนโคโลไมครอน และส่วนประกอบย่อยของวีแอลดีแอลโคเลสเตอรอลไปเป็นเอชดีแอลโคเลสเตอรอล มีผลทำให้เอชดีแอลโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น และเอนไซม์ไลโปโปรตีนไลเปส ยังมีส่วนช่วยให้เอชดีแอลสามเปลี่ยนเป็นเอชดีแอลสอง ซึ่งเป็นเอชดีแอลโคเลสเตอรอลชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญในการดึงไขมันอิสระออกจากผนังหลอดเลือด อีกทั้งการออกกำลังกายช่วยเพิ่มการทำงานของเอนไซม์เลซิทินโคเลสเตอรอล เอซิลทรานเฟอร์ส (lecithin cholesterol acyl transferase) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สร้างเอสเทอร์จากกรดไขมันอิสระภายในโมเลกุลของเอชดีแอลโคเลสเตอรอล ทำให้เกิดช่องว่างบนผิวของเอชดีแอลโคเลสเตอรอลส่งผลให้เอชดีแอลโคเลสเตอรอลสามารถดึงไขมันอิสระจากหลอดเลือดได้ดีขึ้น และส่งผลให้การทำงานของเอนไซม์เฮปาทิกไลเปส (hepatic lipase) ลดลง ซึ่งโดยปกติเอชดีแอลโคเลสเตอรอลจะถูกทำลายที่ตับด้วยเอนไซม์เฮปาทิกไลเปส ดังนั้นการทำงานของเฮปาทิกไลเปสที่ลดลงจึงทำให้เอชดีแอลโคเลสเตอรอลถูกทำลายน้อยลงด้วย ร่วมกับการออกกำลังกายเป็นการกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์เลซิทินโคเลสเตอรอล เอซิลทรานเฟอร์ส (lecithin cholesterol acyl transferase) ส่งเสริมให้มีการดึงโคเลสเตอรอลจากเนื้อเยื่อและจากไลโปโปรตีนในเลือดได้มากขึ้น เพื่อพาโคเลสเตอรอลไปที่ตับในรูปของเอชดีแอลสอง และกำจัดโคเลสเตอรอลออกจากร่างกายส่งผลให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลง ซึ่งผลของการออกกำลังกายในการเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือดนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีที่ออกกำลังกายแต่ต้องใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 12 สัปดาห์ (ภัทรารุช อินทรกำแหง, 2547)

1.2.3 การออกกำลังกายมีผลต่อการทำงานที่เพิ่มขึ้นของตัวรับแอลดีแอลบนผิวเซลล์ชนิดต่างๆ รวมทั้งเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบ ไฟโบรบลาสต์ เซลล์ไขมัน เซลล์เม็ดเลือดขาว (lymphocyte) ซึ่งมีตัวรับแอลดีแอลที่สามารถจับกับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลภายในเซลล์ ผลดังกล่าวทำให้แอลดีแอลโคเลสเตอรอลถูกทำลายเพิ่มขึ้น ระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลจึงลดลง (ภัทรารุช อินทรกำแหง, 2547)

มีการศึกษาแสดงว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มเอชดีแอลโคเลสเตอรอลในผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง (abdominal obesity) และมีไตรกลีเซอไรด์สูง มากกว่าในผู้ที่มีแต่เอชดีแอลโคเลสเตอรอลต่ำอย่างเดียว (Couillard et al., 2001) เพราะฉะนั้นการออกกำลังกาย

สม่ำเสมอจะป้องกันการเกิดโรคหัวใจและเพิ่มคุณภาพชีวิต นอกจากนี้การออกกำลังกายยังเป็นวิธีการสำคัญในการลดและควบคุมน้ำหนัก โดยก่อนออกกำลังกายควรตรวจสอบสุขภาพก่อน โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ต้องทดสอบระบบหัวใจและหลอดเลือดเพื่อดูว่ามีโรคหรือภาวะที่เสี่ยงหรือเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายหรือไม่ และจัดโปรแกรมการออกกำลังกายให้เหมาะสม ข้อพึงปฏิบัติสำหรับการออกกำลังกายที่สำคัญ คือ เริ่มออกกำลังกายแต่น้อยและค่อยๆ เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายที่ถูกต้องประกอบด้วย มีความสม่ำเสมอ (frequency) คือ ทุกวันหรือวันเว้นวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระยะเวลาออกกำลังกาย (duration) นานเพียงพอ คือครั้งละ 30-45 นาที ความหนักของการออกกำลังกาย (intensity) พอเหมาะ ซึ่งในทางปฏิบัติใช้อัตราการเต้นของหัวใจเป็นเกณฑ์ ในผู้สูงอายุการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือดจะต้องมีการออกกำลังกายให้ได้อัตราเต้นของหัวใจอยู่ที่ร้อยละ 55-69 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด ซึ่งเป็นระดับความหนักของการออกกำลังกายในระดับปานกลาง (American College of Sports Medicine [ACSM], 2006) โดยอัตราเต้นหัวใจสูงสุดได้จากการคำนวณโดยลบอายุเป็นปีออกจาก 220 ซึ่งการกำหนดอัตราการเต้นหัวใจระหว่างออกกำลังกายขึ้นกับสุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วย และการออกกำลังกายทุกครั้งต้องมีการอบอุ่นร่างกาย (warm up) ก่อนออกกำลังกาย และการผ่อนคลาย (cool down) หลังการออกกำลังกาย (ภทรารุช อินทรกำแหง, 2547)

1.3 การหยุดสูบบุหรี่

สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เอชดีแอลโคเลสเตอรอลลดลง (United State Public Health Service, 1990) เป็นอันตรายต่อเซลล์เยื่อ (endothelial cell) และมีผลต่อการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดง (thrombus) รวมทั้งทำให้เกิดลิ่มเลือดจับตัวกัน (Fusegawa, Goto, Handa, Kawasa, & Ando, 1999; Newby et al., 1999) ดังนั้นการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เมื่อหยุดสูบบุหรี่ เป็นผลให้ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกลับมาปกติ เช่น เอชดีแอลโคเลสเตอรอลกลับสู่ระดับปกติ ไฟบริโนเจนลดระดับลง ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด และเกล็ดเลือดกลับมาปกติ ทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายลดลง

1.4 การลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน

ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมักมีระดับไตรกลีเซอไรด์ และแอลดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เอชดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำ พบว่าเมื่อผู้สูงอายุสามารถลดน้ำหนักตัวลงได้ร้อยละ 3 ของน้ำหนักตัวเริ่มต้นจะสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลรวมลงได้ และเมื่อทำการลดน้ำหนักได้ถึงร้อยละ 8 ของน้ำหนักตัวเริ่มต้นก็จะสามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ลงได้เช่นกัน (Stewart et al., 2004) ผู้ที่เป็นโรคอ้วนทั้งตัวและ/หรือโรคอ้วนลงพุง ควรจำกัดปริมาณพลังงานที่รับประทาน ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลักการนี้ผู้ที่เป็นโรคอ้วนทั้งตัวและ/หรือโรคอ้วนลงพุง

ต้องนำไปปฏิบัติให้ได้ การลดน้ำหนักตัวสัปดาห์ละ 0.25-0.5 กิโลกรัม ซึ่งจัดว่าปลอดภัย (วิชัย ตันไพจิตร และคณะ, 2542)

2. การใช้ยาเพื่อลดระดับไขมันในเลือด

หลังจากได้ขจัดสาเหตุของระดับไขมันสูงในเลือดรวมทั้งให้การรักษาโดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเป็นระยะเวลา 3-6 เดือนแล้วระดับไขมันในเลือดยังสูงเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงพิจารณาใช้ยาเพื่อช่วยลดความผิดปกติของระดับไขมัน และต้องเลือกให้ยาให้เหมาะสมกับความผิดปกติของไขมันของผู้ป่วยแต่ละราย ในปัจจุบันยาลดไขมันที่มีหลากหลายกลุ่มแบ่งออกได้เป็น 5 ประเภท ได้แก่

2.1 ยากลุ่มยับยั้งการดูดซึมของกรดน้ำดี (bile acid sequestrants) ยาที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ cholestyramine ออกฤทธิ์ลดโคเลสเตอรอลโดยรวมตัวกับกรดน้ำดีที่อยู่ในลำไส้เล็ก ทำให้กรดน้ำดีไม่ถูกดูดซึมกลับเข้าสู่กระแสเลือด ส่งผลให้เซลล์ตับต้องเร่งเปลี่ยนโคเลสเตอรอลให้เป็นกรดน้ำดีมากขึ้น เมื่อเซลล์ตับมีปริมาณโคเลสเตอรอลในเซลล์ลดลงจึงปรับตัวโดยเพิ่มปริมาณตัวรับแอลดีแอล (LDL receptor) บริเวณเซลล์ทำให้มีการดึงเอาแอลดีแอลออกจากระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น ระดับแอลดีแอลจึงลดลง ระดับของแอลดีแอลที่ลดลงทำให้มีการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ซึ่งกระตุ้นให้มีการสังเคราะห์โคเลสเตอรอล และวีแอลดีแอลเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง ยาในกลุ่มนี้ไม่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายจึงไม่มีอาการอื่นไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตราย แต่อาจมีอาการข้างเคียง ได้แก่ ท้องอืด อาหารไม่ย่อยจากการที่ยาไปลดการดูดซึม และสูญเสียวิตามินที่ละลายในไขมัน (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2550) ผู้ป่วยอาจมีอาการเลือดออกจากการขาดวิตามินเค ซึ่งพบได้ในบางครั้ง ยาในกลุ่มนี้สามารถจับกับยาบางตัวได้ เช่น digoxin และ warfarin ทำให้ลดการดูดซึมยาเหล่านี้ ซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงได้โดยรับประทานยานี้หลังจากรับประทานยา digoxin และ warfarin ไปแล้วไม่ต่ำกว่า 2 ชั่วโมง หรือรับประทานยานี้ก่อนยาตัวอื่นอย่างน้อยที่สุด 4 ชั่วโมง

2.2 ยากลุ่มยับยั้งการดูดซึมของโคเลสเตอรอล (inhibitors of cholesterol absorption) ได้แก่ ezemibe มีคุณสมบัติในการยับยั้งการดูดซึมโคเลสเตอรอลจากทางเดินอาหาร โดยมีความจำเพาะเจาะจงต่อการยับยั้งการขนส่งโคเลสเตอรอล การให้ยานี้ในผู้ที่มีแอลดีแอลสูงไม่มากสามารถลดแอลดีแอลโคเลสเตอรอลลงได้ร้อยละ 15-20 โดยสามารถใช้ร่วมกับยากลุ่ม statins ได้จะมีผลทำให้ลดแอลดีแอลโคเลสเตอรอลได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10-20 (อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2549) ยากลุ่มนี้ต่างจากยากลุ่มแรกคือจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วในลำไส้และสามารถวัดระดับยาได้ในกระแสเลือด ยานี้มีผลเพียงเล็กน้อยต่อระดับเอชดีแอล และไตรกลีเซอไรด์ และยังไม่พบว่ายานี้มีอาการไม่พึงประสงค์หรือปฏิกิริยาระหว่างยาใดๆ

2.3 ยากลุ่มยับยั้งการสังเคราะห์โคเลสเตอรอล (inhibitors of cholesterol synthesis) หรือยากลุ่มสแตติน (statins) ได้แก่ ยากลุ่ม simvastatin, pravastatin, fluvastatin, atorvastatin, rovastatin ยากลุ่มนี้เป็นยาที่มีการใช้มากที่สุดในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ สามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ร้อยละ 20-40 (NCEP, 2002) ออกฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์โคเลสเตอรอลโดยยับยั้งเอนไซม์ 3-hydroxy-3-methylglutaryl-coenzyme A (HMG-CoA) reductase ทำให้เซลล์ตับไม่สามารถเพิ่มการสังเคราะห์โคเลสเตอรอล และทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเซลล์ตับลดลง ผลที่ตามมาคือเกิดการกระตุ้นการสร้างตัวรับแอลดีแอลเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการนำแอลดีแอลออกจากกระแสเลือดคล้ายกับที่เกิดกับยากลุ่มที่เลือกจับกับกรดน้ำดี ทำให้ระดับแอลดีแอลในพลาสมาลดลง ระดับวีแอลดีแอลก็ลดลงด้วยเนื่องจากการสังเคราะห์วีแอลดีแอลลดลง และเพิ่มการขจัดไลโปโปรตีนโดยตับ อารมณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่สำคัญ คือ ความเป็นพิษต่อกล้ามเนื้อ (myotoxicity or myositis) โดยเป็นได้ตั้งแต่อาการปวดกล้ามเนื้อธรรมดาไปจนถึงภาวะกล้ามเนื้อสลายตัวที่เป็นอันตรายต่อชีวิต โดยทั่วไปจะพบได้เมื่อใช้ยาในขนาดสูง

2.4 ยากลุ่มไฟเบรท (fibrates) ได้แก่ gemfibrate, fenofibrate, bezafibrate, clofibrate, ciprofibrate สามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ร้อยละ 40-60 และเพิ่มระดับเฮซีดีแอลโคเลสเตอรอลได้ร้อยละ 5-20 (NCEP, 2002) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยการจับและกระตุ้น peroxisome proliferators-activated receptor alpha ทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลงเนื่องจากการเพิ่มการทำงานของเอนไซม์ไลโปโปรตีนไลเปสในเซลล์กล้ามเนื้อ เพิ่มออกซิเดชันของกรดไขมันในตับ ลดการหลั่งวีแอลดีแอลจากตับ และเพิ่มการสร้างเฮซีดีแอล เป็นยาที่ใช้เพื่อลดไตรกลีเซอไรด์ และเพิ่มเฮซีดีแอลโคเลสเตอรอลมากกว่าการใช้เพื่อลดแอลดีแอลโคเลสเตอรอล อารมณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด คือ อาการท้องอืด ปวดแน่นบริเวณลิ้นปี่ เมื่อใช้ร่วมกับยากลุ่มสแตตินอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ นอกจากนี้อาจพบการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะถุงน้ำดีอักเสบได้โดยเป็นผลมาจากการจับโคเลสเตอรอลทางท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น ยากลุ่มนี้เป็นยาที่รวมตัวกับพลาสมาโปรตีนได้สูง เช่น อัลบูมิน จึงอาจเกิดปฏิกิริยากับยาอื่นที่รวมตัวกับพลาสมาโปรตีนได้สูงเหมือนกัน เช่น warfarin เมื่อใช้ร่วมกับยากลุ่มไฟเบรท จะทำให้ warfarin หลุดออกจากการจับกับอัลบูมิน ทำให้ระดับยา warfarin อยู่ในรูปอิสระเพิ่มขึ้น ออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น จึงเกิดภาวะเลือดออกง่าย ดังนั้นหากมีการใช้ยานี้ร่วมกันควรลดขนาดยา warfarin ลงประมาณร้อยละ 30 (ศราวุธ อุพูนันท์, 2551)

2.5 ยากลุ่มไนอาซีน (niacin) ได้แก่ nicotinic acid, vitamin B3 สามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ร้อยละ 30-50 เพิ่มระดับเฮซีดีแอลโคเลสเตอรอลได้ร้อยละ 20-30 และลดระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลได้ร้อยละ 5-20 (NCEP, 2002) โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการสลายไตรกลีเซอไรด์จากเนื้อเยื่อไขมัน ทำให้กรดไขมันอิสระเข้าสู่ตับน้อยลง ส่งผลให้ตับสร้างไตรกลีเซอไรด์ได้น้อยลง

โดยยับยั้งการสังเคราะห์และการเกิดกระบวนการสร้างเอสเทอร์ (esterification) ของกรดไขมัน ทำให้ตับสร้างวีแอลดีแอลได้ลดลง ส่งผลให้แอลดีแอลลดลงด้วย (เนื่องจากแอลดีแอลมาจากการสลายของวีแอลดีแอล) และทำให้มีระดับเอชดีแอลเพิ่มขึ้นโดยการยับยั้งการขจัด HDL-apoA-I ที่ตับ นอกจากนี้ยังเป็นยาตัวเดียวที่ลดระดับไลโปโปรตีนได้โดยการกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ที่ยับยั้งการสังเคราะห์ไลโปโปรตีน ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ ผิวน้ำแดงและอุ่น ซึ่งเป็นผลมาจากเส้นเลือดบริเวณผิวน้ำแดงขยายตัว (vasomotor side effects) (McKenney, 2004) ส่วนผลข้างเคียงอื่นๆ ได้แก่ อาการคัน ผิวน้ำแห้ง คลื่นไส้ ไม่สบายท้อง ระดับ aminotransferase หรือ alkaline phosphatase เพิ่มขึ้น เพิ่มระดับกลูโคส และเพิ่มระดับกรดยูริกในเลือด เป็นต้น

หลังให้การรักษาด้วยยาลดระดับไขมันในเลือดแล้วประมาณ 6-12 สัปดาห์ ควรได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือดทุกตัวทุก 3-6 เดือนตามความเหมาะสม (วิชัย ตันไพจิตร และคณะ, 2542) เมื่อเริ่มรักษาด้วยยาในกลุ่มสแตตินหรือไฟเบรทควรตรวจระดับเอนไซม์ทรานซามิเนสหลังจากที่ได้รับยาไปแล้ว 6-12 สัปดาห์ เพื่อเฝ้าดูอาการไม่พึงประสงค์จากยาดังกล่าว ถ้าอยู่ในเกณฑ์ปกติควรติดตามเป็นระยะๆ ปีละ 1-2 ครั้งแม้จะมีข้อมูลว่าการใช้ยาระยะยาวมีความปลอดภัย ในกรณีที่ใช้ยาขนาดสูงหรือใช้ยา 2 ชนิดขึ้นไปร่วมกันควรติดตามทุก 3-6 เดือนหรือตามความเหมาะสม เมื่อพบระดับทรานซามิเนสเพิ่มขึ้นเกิน 3 เท่าของเกณฑ์สูงสุดของค่าปกติให้หยุดยา หากมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อควรตรวจระดับ CPK ด้วย ถ้ามีค่ามากกว่า 10 เท่าบ่งชี้ว่าเกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อซึ่งอาจรุนแรงขึ้นเป็นการสลายตัวของเซลล์กล้ามเนื้อลาย (rhabdomyolysis) ซึ่งจำเป็นต้องหยุดยาเช่นกัน ในกรณีที่ต้องใช้สแตตินร่วมกับไฟเบรทผู้ป่วยควรมีการทำงานของตับและไตที่อยู่ในเกณฑ์ปกติคือระดับทรานซามิเนสและครีเอตินินอยู่ในเกณฑ์ปกติ และควรติดตามระดับ SGOT, SGPT และ CPK ทุก 1-2 เดือนในระยะ 6 เดือนแรก เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการสลายตัวของเซลล์กล้ามเนื้อลาย และตับอักเสบได้ (อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2546)

จากแนวทางการรักษาภาวะไขมันในเลือดที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำมาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมในการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ประกอบด้วย การออกกำลังกายและลดน้ำหนักตัวในผู้ที่น้ำหนักเกิน การรับประทานอาหาร การหยุดสูบบุหรี่ และการใช้ยาลดไขมันในเลือด



การจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเริ่มแรกในปี ค.ศ. 1960 โดย โทมัส เครียร์ และคณะ หลังจากนั้นจึงเริ่มมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเวลาต่อมาอย่างแพร่หลาย ซึ่งลอริก และคณะ ได้มีการพัฒนา โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นในปี ค.ศ. 1996 และมีการนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมาใช้ในศูนย์วิจัยการสอนผู้ป่วยของ มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา

ความหมายของการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญในการปรับพฤติกรรม ด้านสุขภาพและรักษาภาวะสุขภาพ (Dongbo, Ding, Patrick, & Hua, 2006) ความหมายของการจัดการตนเองมีความหลากหลายแตกต่างกันออกไปในแต่ละบริบท เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะ และสามารถลดผลกระทบจากความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันเพื่อจัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Glasgow, Wilson, & McCall, 1985) สอดคล้องกับความหมายของการจัดการตนเองของนาคาอากา-โคเกนและคณะที่กล่าวไว้ว่า การจัดการตนเอง เป็นการดูแลรักษาที่ให้ผลลัพธ์ที่เฉพาะ และรวมเอาเทคนิคการจัดการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Nakagawa-Kogan, Garber, Jarrett, Egan, & Hendershot, 1988)

การจัดการตนเองจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา หรือเมื่อบุคคลได้มีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่ช่วยควบคุมหรือลดผลกระทบของโรค โดยมีการประสานความร่วมมือกับ ผู้ให้บริการทางสุขภาพ (Creer, Renne, & Christian, 1976) เช่นเดียวกับ คลาร์ก และคณะ (Clark et al., 1991) ได้กล่าวไว้ว่า การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติในการควบคุม และลดผลกระทบของโรคต่อ ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย โดยมีการประสานความร่วมมือ และอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ และผู้ให้บริการทางสุขภาพ

ลอริก (Lorig, 1993) ได้กล่าวถึงการจัดการตนเอง หมายถึง การเรียนรู้ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับการทำหน้าที่ของร่างกาย และอารมณ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายในการช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และมีความกระตือรือร้น เป็นหุ้นส่วนกับผู้ให้การดูแลทางสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการเฝ้าติดตาม และจัดการกับอาการ อาการแสดงของความเจ็บป่วย

รวมทั้งการจัดการกับอิทธิพลของความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเป็นการส่งเสริมการดูแลรักษาภาวะสุขภาพ (Gruman, & Von Korff, 1996)

เกรียร์ (Creer, 2000) ได้ให้คำจำกัดความของการจัดการตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงรูปแบบพฤติกรรมของตน ซึ่งกระบวนการประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและการประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การกระทำ และการสะท้อนตนเอง โดยผู้ที่มีทักษะ ความชำนาญ และความสามารถในการจัดการตนเองจะทำให้เกิดผลที่ตามมา คือ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอัตราการตาย และพิการจากโรคเรื้อรัง ทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิต และทำให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน โดยเชื่อว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับความผิดปกติของตนได้ โดยการมีส่วนร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้การดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมภาวะเรื้อรังของโรคหรือความผิดปกติ

The Expert Patient Approach (National Health Service, 2001) ให้คำจำกัดความของการจัดการตนเองไว้ว่าเป็นรูปแบบของโปรแกรมการให้ความรู้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการจัดการกับอาการ ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์ โดยมีพื้นฐานบนการพัฒนาความเชื่อมั่น และแรงบันดาลใจให้ผู้ป่วยมีการใช้ทักษะของตนเอง ใช้ข้อมูล และการให้บริการจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในการควบคุมชีวิตให้อยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีความสุข

บาร์โลว์และคณะได้กล่าวถึงการจัดการตนเองว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ แผนการรักษา ร่างกาย จิตใจ และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อที่จะอยู่กับภาวะเรื้อรังของโรค สามารถติดตามอาการ และผลของการเรียนรู้ พฤติกรรม และการตอบสนองอารมณ์ที่จำเป็นในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่พึงปรารถนา เป็นกระบวนการที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ (Barlow et al., 2002)

การจัดการตนเองเป็นการฝึกผู้ที่มีโรคเรื้อรังในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา และคงไว้ซึ่งการดูแลสุขภาพ คงไว้ซึ่งชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน ครอบครัว และการจัดการกับอนาคต ซึ่งประกอบด้วยเปลี่ยนแปลงแผนการของชีวิต และการจัดการกับความหงุดหงิด ความโกรธ และภาวะซึมเศร้า (Redman, 2004) เป็นสิ่งที่บุคคลกระทำเพื่อให้มีชีวิตอยู่กับภาวะเรื้อรัง รวมถึงความเชื่อมั่นในการจัดการเกี่ยวกับยา การจัดการบทบาท และการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึก โดยมีผู้ให้การดูแลทางสุขภาพช่วยส่งเสริม ให้ความรู้ในการเพิ่มทักษะ และความเชื่อมั่นในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ รวมถึงการประเมินความก้าวหน้า และประเมินปัญหา การตั้งเป้าหมาย และการส่งเสริมการจัดการกับปัญหา (Adams, Greiner, & Corrigan, 2004)

จากที่มีผู้ให้ความหมาย และคำจำกัดความของการจัดการตนเองไว้ จะเห็นได้ว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลกระทำเพื่อจัดการกับอาการ และภาวะเรื้อรังของโรคที่มีผล

ต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรทางสุขภาพ ในการให้ความรู้และฝึกทักษะ เพื่อให้มีความสามารถและความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมและลดผลกระทบของโรค เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่พึงปรารถนา ตลอดจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ สามารถปรับเข้าใช้ในการดำเนินแบบแผนชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสม



แนวคิดการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเริ่มแรกในปี ค.ศ. 1960 โดย โทมัส เครียร์และคณะ หลังจากนั้นจึงเริ่มมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเวลาต่อมาอย่างแพร่หลาย ซึ่งลอริกและคณะได้มีการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นในปี ค.ศ. 1996 โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นแนวคิดพื้นฐาน และมีการนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมาใช้ในศูนย์วิจัยการสอนผู้ป่วย ของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย การให้ความรู้ การเสริมสร้างทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและได้ผ่านการทดลองใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังหลายกลุ่ม พบว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ โดย ลอริก และ โฮลแมน ได้กล่าวถึงการจัดการตนเอง ประกอบด้วยสิ่งที่ต้องกระทำ 3 ประการ (self-management tasks) ได้แก่

1. การจัดการทางการแพทย์ (medical or behavior management) เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม
2. การจัดการกับบทบาท (role management) เพื่อคงไว้หรือเปลี่ยนแปลง และสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง
3. การจัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลจากภาวะเรื้อรังของโรค (emotional management) เช่น การเรียนรู้ในการจัดการกับความโกรธ ความกลัว ความผิดหวัง ความเครียด ซึ่งพบได้ทั่วไปในผู้ที่มีภาวะเรื้อรังของโรค

โดยใช้ทักษะการจัดการตนเอง 6 ประการ ดังนี้

1. การแก้ไขปัญหา (problem solving) เป็นทักษะที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาของตนเอง ประกอบด้วย การระบุปัญหาด้วยตนเอง การใช้แหล่งข้อมูลเพื่อขอคำแนะนำในการแก้ไขปัญหาจากเพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ รวมทั้งมีการปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติในการแก้ปัญหา

2. การตัดสินใจ (decision making) เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค เนื่องจากผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องมีการตัดสินใจที่จะกระทำเพื่อจัดการกับอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของโรคเรื้อรังที่ตนมีอยู่ และการจัดการที่เหมาะสมกับอาการเหล่านั้น

3. การใช้แหล่งข้อมูล (resource utilization) เมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือหรือคำแนะนำเมื่อเกิดปัญหา โดยการสอนให้ผู้ป่วยในการเข้าถึง และ การใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เช่น การใช้สมุดโทรศัพท์ การใช้อินเทอร์เน็ต การใช้ห้องสมุด เป็นต้น

4. การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ (forming of patient/health care provider partnership) โดยบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการสอนและแนะนำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเลือกและจัดรูปแบบการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรักษาภาวะเจ็บป่วย สามารถอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการรักษากับบุคลากรด้านสุขภาพ และสามารถรายงานเกี่ยวกับอาการของตนเองได้อย่างถูกต้อง

5. การลงมือปฏิบัติ (taking action) เป็นทักษะที่มีความคล้ายคลึงกับทักษะการการแก้ไขปัญหา เป็นการสอนทักษะการเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการวางแผนการปฏิบัติระยะสั้น และเฉพาะเจาะจง โดยต้องระบุพฤติกรรมเฉพาะที่จะปฏิบัติและต้องสามารถปฏิบัติได้จริง

6. การปรับทักษะ ความรู้ในการจัดการตนเอง ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (self-tailoring) การจัดการตนเองจะประสบความสำเร็จเมื่อบุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการเพิ่มระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นไปในทางบวก ซึ่งบุคคลสามารถพัฒนาสมรรถนะแห่งตนได้จาก 4 แหล่ง (Bandura, 1997) ได้แก่

1. ประสบการณ์ที่บุคคลกระทำด้วยตนเองและประสบความสำเร็จ (enactive mastery experience) ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองจากการที่บุคคลประสบความสำเร็จในการกระทำกิจกรรมด้วยตนเองหลายๆ ครั้ง

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) คือการได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่นแสดงพฤติกรรมในสถานการณ์แบบเดียวกัน และได้รับผลเป็นที่น่าพอใจ

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการพูดให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective state) ในภาวะที่บุคคลมีร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ในภาวะที่ร่างกายมีความผิดปกติ เช่น ความเจ็บปวด ภาวะไม่สุขสบาย จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง สภาวะทางอารมณ์ก็เช่นเดียวกัน



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง

ในระยะยาวบุคคลที่มีโรคเรื้อรังไม่สามารถที่จะทำนาย หรือคาดการณ์อาการที่จะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นบุคคลจึงต้องหาวิธีการที่จะจัดการกับอาการของตนเอง ซึ่งอาการและอาการแสดงของโรคเรื้อรังที่จะเกิดในอนาคตขึ้นอยู่กับกลยุทธ์ในการจัดการตนเองของแต่ละบุคคล โดยมีปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมหรือผลักดันความสามารถของบุคคลในการจัดการตนเอง (Embrey, 2006) ได้แก่

1. ทักษะ ความรู้ ความสามารถในการเรียนรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับแนวคิดการจัดการตนเอง ซึ่งความรู้ และการเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้บุคคลมีความสามารถในการจัดการตนเองในทุกๆ โรคเรื้อรังได้ โดยผู้ป่วยต้องมีทักษะในการเฝ้าติดตาม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

2. คุณลักษณะส่วนบุคคล โดยแต่ละบุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิต ความรู้สึกรู้สีก่อนในตนเอง ความเชื่อ ภาวลักษณะ อำนาจในการควบคุมตนเอง แรงจูงใจ และการรับรู้ในการดูแลตนเอง ทักษะคติของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพและอาการเรื้อรังของตนเองในระยะยาวมีความแตกต่างกันออกไป ดังนั้นการจัดการตนเองจึงขึ้นกับมุมมองของผู้ป่วยต่อคุณภาพชีวิต ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อจิตใจ สังคม และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3. บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ป่วยต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อเข้ารับคำปรึกษา และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งบทบาทของบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งข้อมูลและการให้บริการในการดูแลสุขภาพ โดยผู้ป่วยเป็นผู้ที่รับผิดชอบในปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองภายใต้คำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ

4. การสนับสนุนจากครอบครัว และสังคม สมาชิกในครอบครัวและสังคมมีส่วนช่วยในการให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง รวมทั้งการเสริมแรง การให้กำลังใจผู้ป่วยให้มีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้เป็นผลสำเร็จ

ผลของการจัดการตนเอง

เมื่อบุคคลได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการหรือภาวะเรื้อรังของโรค ผลของการจัดการตนเองที่บุคคลคาดหวังจากการปฏิบัติพฤติกรรม คือการควบคุมหรือกำจัดผลกระทบจากโรคหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่ผลที่เกิดขึ้นจากการจัดการตนเองไม่ได้มีเพียงแต่การควบคุมหรือกำจัดผลกระทบจากโรคหรือภาวะเรื้อรังเท่านั้น จากการวิเคราะห์แนวคิดการจัดการตนเอง (Embrey, 2006) พบว่าผลที่เกิดตามมาจากการจัดการตนเอง มีดังต่อไปนี้

1. พลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (empowerment) โดยพลังอำนาจในการควบคุมตนเองจะช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลในการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการและลดผลกระทบของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น จากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการตนเอง และสมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับอาการของตนเองซึ่งก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพตามมา
3. การเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมโรค เมื่อบุคคลประสบผลสำเร็จในการจัดการตนเองในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังจะทำให้บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ และยอมรับที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างมั่นใจ
4. ความถี่ในการเข้ารับการรักษา และการเข้าพบผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพลดลงและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เมื่อบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองแล้วเกิดผลดีต่อสุขภาพ สามารถลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบจากโรคเรื้อรังได้แล้ว จะส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้ลดความถี่และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาหรือการเข้าพบผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพได้
5. ลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ ผลจากการควบคุมโรคหรือภาวะเจ็บป่วยทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในระบบสุขภาพลดลง ส่งผลให้งบประมาณในการดูแลผู้ป่วยในระบบสุขภาพลดลงด้วย

ที่ผ่านมาได้มีการนำเอาโปรแกรมการจัดการตนเองของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ดมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคข้ออักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง และเบาหวาน ในชุมชนเมือง 5 ชุมชน ของเมืองเซียงไฮ้ สาธารณรัฐประชาชนจีน (Dongbo et al., 2006) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศชายและหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 526 คน และกลุ่มควบคุม 428 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังที่ดัดแปลงจากโปรแกรมที่พัฒนาโดยศูนย์วิจัยการสอนผู้ป่วย มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด

ประเทศสหรัฐอเมริกาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างชาวจีน โดยโปรแกรมประกอบด้วยการสอนเกี่ยวกับ 1) การจัดการกับอาการ 2) การพัฒนาเทคนิคการจัดการกับอาการเพื่อลดความเครียด ความกดดัน ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง 3) การใช้ยาอย่างถูกต้อง 4) การใช้บริการทางสุขภาพ 5) การออกกำลังกายที่เพียงพอ 6) การจัดการด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และสมาชิกในครอบครัว 7) การรับประทานอาหาร และ 8) การใช้แหล่งสนับสนุนในชุมชน โดยโปรแกรมประกอบด้วย การสอนเป็นกลุ่ม 10-15 คน จำนวนทั้งหมด 7 ครั้งๆ ละประมาณ 2-2.5 ชั่วโมง สัปดาห์เว้นสัปดาห์ ผู้สอนเป็นบุคคลที่อยู่ในชุมชนและเป็นอาสาสมัครที่ผ่านการอบรม รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลชุมชน ประเมินผลลัพธ์ก่อนการทดลองและ 6 เดือน หลังการทดลอง ผลการศึกษาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองจำนวน 430 คน กลุ่มควบคุม 349 คน 6 เดือนหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะการจัดการตนเองดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับอารมณ์ การใช้ยา รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการกับโรคเรื้อรัง การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นหรือแพทย์ การเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ การเลิกสูบบุหรี่ คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการและการจัดการโรคเรื้อรัง รวมถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ และระยะเวลาอนโรงพยาบาล ดีกว่ากลุ่มควบคุม

สำหรับในประเทศไทยมีการนำเอาโปรแกรมการจัดการตนเองมาใช้ เช่น จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและคุณภาพชีวิตของ ชดช้อย วัฒนะ (Wattana, 2006) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 147 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานปฐมภูมิ จังหวัดจันทบุรี โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่สร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและฝึกทักษะการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการใช้โปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง ระดับฮีโมโกลบินเอ วัน ซี ลดลง ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจลดลง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานของ จิตติมา จรูญสิทธิ์ (2545) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนaylor

จำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยค้ำึงถึงเพศและชนิดยาเบาหวาน ให้เหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ส่วนจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่าง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตภาคใต้ตอนล่างของ จินตนา บัวทองจันทร์ (2548) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 35 - 59 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 40 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเอง และเทคนิคการกำกับตนเอง ผลการวิจัยพบว่าอาการหายใจลำบากภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการฝึกการจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบ และโรคถุงลมโป่งพอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับไขมันในเลือดในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นภาวะเรื้อรังที่ต้องอาศัยการจัดการตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมและควบคุมระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่น โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) เพื่อหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการควบคุมระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการควบคุมระดับไขมันในเลือดของตนมากขึ้น กระตุ้นให้เกิดการกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ส่งเสริมความรู้สึกรักความภาคภูมิใจและควบคุมตนเองได้ เกิดทักษะในการจัดการตนเอง สามารถจัดการกับภาวะไขมันในเลือดสูงได้เหมาะสม มีผลทำให้ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ หมายถึง การปฏิบัติของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในการจัดการภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการทางการแพทย์ 2) การจัดการบทบาท และ 3) การจัดการกับอารมณ์ที่มีผลกระทบจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่องจะช่วยควบคุมระดับไขมันในเลือดได้

การสนับสนุนจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีจุดประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการกับการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของตนเองเพื่อจัดการและควบคุมภาวะไขมันในเลือดได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการกำหนด และกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการจัดการกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการจัดการตนเองใน 3 ด้าน ได้แก่

1. การจัดการทางการแพทย์ (medical management) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน การหยุดสูบบุหรี่ และการใช้ยาลดไขมันในเลือด
2. การจัดการด้านบทบาท (role management) เป็นการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วย ได้แก่ การปรับพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน การหยุดสูบบุหรี่ และการใช้ยาลดไขมันในเลือด ซึ่งผู้สูงอายุไม่เพียงแต่มีการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมเท่านั้น ต้องมีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วย เพื่อที่จะสามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนไม่ให้กลับมา
3. การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีความเครียดสูง เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ต้องเข้ารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ความเครียดยังมีผลกระทบทางลบในการควบคุมโรค ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจึงต้องได้รับความรู้และฝึกทักษะในการจัดการกับอารมณ์ที่มีผลกระทบจากภาวะเรื้อรังของโรค

ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะสามารถจัดการตนเองได้ จะต้องมีทักษะการจัดการตนเอง 6 ประการ (Lorig & Holman, 2003) ดังนี้

1. การแก้ไขปัญหา (problem solving) เป็นทักษะที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาของตนเอง ประกอบด้วย การให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติระบุปัญหาด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความหมาย สาเหตุ การวินิจฉัย และการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ รวมทั้งการแนะนำวิธีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลเพื่อขอคำแนะนำในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสมจากบุคคลอื่นหรือผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพเมื่อไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

2. การตัดสินใจ (decision making) เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ หลังจากที่ได้มีการระบุปัญหาของตนเอง การตัดสินใจในการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรับรู้ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ตนมีอยู่ และการจัดการที่เหมาะสมกับอาการเหล่านั้น โดยมีบุคลากรทางสุขภาพให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ตัดสินใจกำหนดแนวทางการปฏิบัติด้วยตนเอง

3. การใช้แหล่งข้อมูล (resource utilization) โดยการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการเข้าถึงและ การใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลาย การเข้ารับบริการฉุกเฉินเมื่อมีปัญหาสุขภาพ การเข้าร่วมกลุ่มเพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ และการขอรับคำแนะนำที่เหมาะสมจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมถึงการแนะนำแหล่งข้อมูลจากชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ พร้อมทั้งบอกวิธีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลนั้นๆ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการให้ความรู้กับผู้สูงอายุแต่ละราย เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงแหล่งข้อมูลให้มากที่สุด ให้ผู้สูงอายุรู้จักแยกแยะและใช้แหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้มาใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การใช้ห้องสมุด รายชื่อเว็บไซต์ที่จะเข้าไปค้นข้อมูลเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ หรือรายชื่อหนังสือที่เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

4. การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ (forming of patient/health care provider partnership) ในอดีต ระบบการดูแลสุขภาพจะเป็นการค้นหาและดูแลผู้ป่วย โดยที่บุคลากรสุขภาพจะเป็นผู้วินิจฉัยและให้การรักษาโรคกับผู้ป่วย แต่ในปัจจุบันแนวคิดการจัดการตนเองต้องการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรายงานเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่ได้ รับทราบข้อมูลการรักษา และตัดสินใจร่วมกับบุคลากรสุขภาพได้ โดยบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการสอนและแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยมีทักษะความสามารถในการเลือกและจัดรูปแบบการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่เหมาะสมกับตนเอง ให้ผู้สูงอายุระบุแผนที่จะกระทำหรือพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุตั้งใจจะปรับเปลี่ยนเพื่อให้ระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ เช่นการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนักตัว การเลิกสูบบุหรี่ และการใช้ยาลดไขมันในเลือด เป็นต้น

5. การลงมือปฏิบัติ (taking action) เป็นทักษะที่จะทำให้การจัดการตนเองสามารถบรรลุผลได้ โดยการสอนทักษะการเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ได้แก่ การปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับ การจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ การรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกายและการลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน การหยุดสูบบุหรี่ การรับประทานยาลดไขมันในเลือด การประสานความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ การจัดการความเครียด การจัดการด้านบทบาท ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม

6. การนำความรู้และทักษะการจัดการตนเองไปปรับใช้ให้เหมาะสม และปรับเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ นอกจากการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และฝึกทักษะในการจัดการตนเองแล้วเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความเชื่อมั่นที่จะจัดการตนเอง และสามารถจัดการตนเองได้เป็นผลสำเร็จนั้น จะต้องมีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมด้วย โดยการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนต้องอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่

1. การเรียนรู้จากการได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง (enactive mastery experience) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน เป็นประสบการณ์ตรง ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองจากการที่บุคคลประสบความสำเร็จในกระทำกิจกรรมด้วยตนเองหลายๆครั้ง แม้ว่าบางครั้งจะเกิดความล้มเหลวแต่ไม่มีผลกระทบมากนัก เพราะบุคคลรู้ว่าตนยังมีความสามารถ แต่การล้มเหลวอาจเป็นผลจากปัจจัยอื่น เช่นมีความพยายามไม่เพียงพอ หรือมีความรู้ และทักษะไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้ได้

2. การเรียนรู้จากความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) โดยการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นแสดงพฤติกรรมในสถานการณ์แบบเดียวกัน และได้รับผลเป็นที่น่าพอใจ โดยบุคคลจะประเมินความสามารถของตนจากการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตน ระบุว่าตนมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมนั้นได้เช่นกัน ซึ่งการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านตัวแบบมี 2 ประเภท ดังนี้ (Bandura, 1997)

2.1 ตัวแบบที่มีชีวิต (life-model) เป็นตัวแบบที่สามารถสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ลักษณะของตัวแบบควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต เป็นผู้ที่มิมีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต มีระดับความสามารถใกล้เคียงกัน และมีกลยุทธ์ในการปรับตัวได้ดีเมื่อเผชิญกับปัญหา

2.2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อที่ประกอบด้วยภาพ และเสียง ได้แก่ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ การ์ตูน เป็นต้น

3. การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) เป็นการพูดให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะในพฤติกรรมที่บุคคลรู้สึกยุ่งยากที่จะตัดสินใจในความสามารถของตน เป็นวิธีที่ง่าย และสะดวก การใช้คำพูดชักจูงเพียงอย่างเดียวอาจมีผลต่อการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ไม่มากนัก ควรใช้ร่วมกับแหล่งสนับสนุนอื่นไปด้วย

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective states) สภาวะร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในภาวะที่บุคคลมีร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ในภาวะที่ร่างกายมีความผิดปกติ เช่น ความเจ็บปวด ภาวะไม่สบาย จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง สภาวะทางอารมณ์ก็เช่นเดียวกัน เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ การแสดงออกทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะส่งเสริมให้มีสมรรถนะแห่งตน ส่วนความรู้สึกทางลบ เช่น เครียด วิตกกังวล กลัว และทุกข์ทรมาน จะนำไปสู่การมีสมรรถนะแห่งตนต่ำ ดังนั้นการส่งเสริมภาวะสุขภาพ และภาวะทางอารมณ์เป็นการที่จะแปรเปลี่ยนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เพิ่มขึ้นได้

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ นั้น นอกจากผู้สูงอายุต้องมีความรู้และทักษะในการจัดการกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติแล้ว พยาบาลหรือผู้ดูแลทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างมั่นใจ และประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ และสามารถนำเอาพฤติกรรมจัดการตนเองที่ปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับไขมันในเลือดไปปรับใช้เข้าเป็นวิถีชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละบุคคล เป็นผลให้สามารถควบคุมโรคได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการตนเอง (self-management education program) ขึ้น โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจนและได้ผ่านการทดลองใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังหลายกลุ่ม และได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ดังกล่าวซึ่งพบว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยใช้แนวคิดของลอริกและฮอลแมน โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมการสอนและให้ความรู้ การฝึกทักษะและการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการดูแลตนเองในด้านการจัดการทางการแพทย์ การจัดการบทบาท และการจัดการทางอารมณ์ ใช้การสอนแบบกลุ่มๆ ละ 10-15 คน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การตั้งเป้าหมายและการกำหนดแผนการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สำหรับการฝึกทักษะเน้นทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง 6 ประการ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา (problem solving) 2) การตัดสินใจ (decision making) 3) การใช้แหล่งประโยชน์ (resource utilization) 4) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ (forming of a patient/ health care provider partnership) 5) การลงมือปฏิบัติ (taking action) และ 6) การปรับทักษะการปฏิบัติให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล (self-tailoring) และเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 6 สัปดาห์ๆ ละ 1.5-2 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียดโปรแกรม ดังนี้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ชนิดของไขมันในเลือด การวินิจฉัย เกณฑ์การตัดสินใจภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป้าหมายของการรักษา แนวทางการรักษา และสอนวิธีการตั้งเป้าหมาย และการวางแผนการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย

2. การฝึกทักษะในการจัดการภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ดังนี้

- 2.1 การแก้ไขปัญหา (problem solving) โดยการให้ผู้สูงอายุค้นหาปัญหาที่ทำให้ไขมันในเลือดผิดปกติ และฝึกปฏิบัติการแก้ปัญหามารจัดการตนเอง 3 ด้าน ดังนี้ 1) การจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ การออกกำลังกายและลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเลิกบุหรี่ การช้ยาลดไขมันในเลือด และการประสานความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ 2) การจัดการด้านอารมณ์ที่มีผลกระทบจากภาวะเรื้อรังของโรค ได้แก่ การจัดการความเครียด และ 3) การจัดการด้านบทบาท ได้แก่ การ

ปรับพฤติกรรมหรือบทบาทของตนเองให้เหมาะสม โดยมีการนำเสนอปัญหา และร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางการแก้ปัญหาภายในกลุ่ม

2.2 การตัดสินใจ (decision making) เป็นการฝึกทักษะให้ผู้สูงอายุตัดสินใจด้วยตนเองในการกำหนดพฤติกรรมที่จะปรับเปลี่ยนเพื่อจัดการกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พร้อมให้ผู้สูงอายุยกตัวอย่างวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อปรับพฤติกรรม และให้ผู้สูงอายุที่ทดลองตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

2.3 การใช้แหล่งประโยชน์ (resource utilization) โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พร้อมฝึกทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลนั้นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือแหล่งสนับสนุนให้มากที่สุด ฝึกทักษะการเลือกใช้แหล่งข้อมูลที่เหมาะสมกับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การใช้โทรศัพท์ การขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ และสามารถบอกแหล่งที่จะขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น

2.4 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ (forming of a patient/health care provider partnership) โดยการฝึกทักษะให้ผู้สูงอายุสามารถรายงานเกี่ยวกับอาการ และความผิดปกติเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ได้ ชี้แนะให้ผู้สูงอายุมีการซักถามปัญหาสุขภาพ และวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และการฝึกทักษะการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้สูงอายุได้รับ

2.5 การลงมือปฏิบัติ (taking action) โดยให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน ดังนี้ 1) การจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ การออกกำลังกายและลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเลิกบุหรี่ การใช้ยาลดไขมันในเลือด และการประสานความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ 2) การจัดการด้านอารมณ์ที่มีผลกระทบจากภาวะเรื้อรังของโรค ได้แก่ การจัดการความเครียด และ 3) การจัดการด้านบทบาท ได้แก่ การปรับพฤติกรรมหรือบทบาทของตนเองให้เหมาะสม ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์จะมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในแต่ละด้าน ในผู้สูงอายุที่ไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม จะมีการวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นแล้วร่วมกันปรับเป้าหมายและพฤติกรรมที่จะบรรลุในผู้สูงอายุแต่ละราย

2.6 การปรับทักษะ ความรู้ในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (self-tailoring) เป็นการให้ผู้สูงอายุปรับพฤติกรรมจัดการตนเองให้เหมาะสมกับตนเอง และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

3. การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้ในผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยพัฒนาจากแหล่งประโยชน์ 4 แหล่ง ได้แก่ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective states) ในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 3 ด้าน ดังนี้

3.1 การจัดการทางการแพทย์ ได้แก่

3.1.1 การออกกำลังกายและลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน สนับสนุนการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกาย และการลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกาย และการลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข และสนับสนุนประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย โดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกายเป็นเวลา 5 นาที เดินออกกำลังกาย 10 นาทีและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5 นาที และแนะนำให้ฝึกเดินที่บ้าน โดยเพิ่มระยะเวลาเดินสัปดาห์ละ 5 นาที จนครบ 30 นาที พร้อมทั้งกล่าวยกย่องชมเชยเมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

3.1.2 การรับประทานอาหารที่เหมาะสม สนับสนุนการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าซึ่งกันและกัน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าสำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข และสนับสนุนประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยการทดลองให้กลุ่มทดลองจัดการรายการรับประทานอาหารเช้าของตนเอง เลือกชนิดอาหารตามหลักโภชนาการสำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จากนั้นให้นำเสนอในกลุ่ม โดยให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อรายการอาหารที่จัด ผู้วิจัยช่วยชี้แนะเพิ่มเติมรายการอาหารที่จัดให้เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พร้อมทั้งกล่าวยกย่องชมเชยเมื่อกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และส่งเสริมให้กลุ่มทดลองนำไปปฏิบัติที่บ้าน

3.1.3 การเลิกบุหรี่ สนับสนุนการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข และส่งเสริม สนับสนุนการตั้งจุดมุ่งหมาย

เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงพฤติกรรมที่จะปรับเปลี่ยนเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายในกลุ่มทดลองแต่ละราย พร้อมทั้งกล่าวยกย่องชมเชยเมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

3.1.4 การใช้ยาลดไขมันในเลือด สนับสนุนการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยาลดไขมันในเลือด รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยาลดไขมันในเลือด และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข และสนับสนุนประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยการให้กลุ่มทดลองฝึกจดจำ พร้อมทั้งกล่าวยกย่องชมเชยเมื่อกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

3.1.5 การประสานความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ สนับสนุนการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการประสานความร่วมมือกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการประสานความร่วมมือกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข และสนับสนุนประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยการฝึกวิธีการการประสานความร่วมมือกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ พร้อมทั้งกล่าวยกย่องชมเชยเมื่อกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

3.2 การจัดการด้านอารมณ์ สนับสนุนการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการความเครียดซึ่งกันและกัน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดการความเครียด และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข สนับสนุนประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยการทดลองให้กลุ่มทดลองฝึกการทำสมาธิ และฝึกหายใจเพื่อคลายเครียด จากนั้นให้นำเสนอในกลุ่ม โดยให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อวิธีการที่ใช้จัดการกับความเครียด พร้อมทั้งกล่าวยกย่องชมเชยเมื่อกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

3.3 การจัดการบทบาท สนับสนุนการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมไขมันในเลือดซึ่งกันและกัน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข สนับสนุนประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยการทดลองให้กลุ่มทดลองเขียนวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมไขมันในเลือดที่สามารถปฏิบัติได้และเหมาะสมสำหรับตนเอง จากนั้นให้นำเสนอในกลุ่ม โดยให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อวิธีการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมให้เหมาะกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พร้อมทั้งกล่าวยกย่องชมเชยเมื่อกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง



โดยในแต่ละสัปดาห์จะมีการติดตาม ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละด้านตามแผนที่วางไว้ โดยผู้วิจัยสอบถามความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุทุกครั้งในแต่ละสัปดาห์ ถ้าผู้สูงอายุไม่มีความเชื่อมั่นหรือสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ผู้วิจัยและผู้สูงอายุจะต้องร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อที่จะเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย

พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

พฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในการจัดการภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการทางการแพทย์ 2) การจัดการบทบาท และ 3) การจัดการกับอารมณ์ที่มีผลกระทบจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่องจะช่วยควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ ดังนี้

1. การรับประทานอาหาร (วิชัย ตันไพจิตร และคณะ, 2542) ดังนี้
 - 1.1 รับประทานอาหารที่ให้พลังงานแต่พอควรในแต่ละวัน
 - 1.2 รับประทานไขมันทั้งหมดไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน
 - 1.3 รับประทานไขมันที่มีสัดส่วนของกรดไขมันอย่างเหมาะสม ได้แก่
 - 1.3.1 รับประทานกรดไลโนเลอิก (linoleic acid) ร้อยละ 7-10 ของพลังงานที่ได้รับ
 - 1.3.2 รับประทานกรดแอลฟา-ไลโนเลนิก (alpha - linolenic acid) ร้อยละ 0.5-1.0 ของพลังงานทั้งหมด
 - 1.3.3 รับประทานกรดโอเลอิก (oleic acid) ร้อยละ 10-15 ของพลังงานทั้งหมด
 - 1.4 รับประทานโคเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม
 - 1.5 รับประทานโปรตีนร้อยละ 15-20 ของพลังงานที่ได้รับ โดยเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่มีไขมันมาก
 - 1.6 รับประทานคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 55-60 ของพลังงานที่ได้รับ ประเภทของคาร์โบไฮเดรตที่ควรรับประทานคือ คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (complex carbohydrate)
 - 1.7 รับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น ควรรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน ไม่ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดมาก

2. การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายที่ง่ายและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ คือ การเดิน โดยปฏิบัติดังนี้

2.1 ตรวจสอบสุขภาพก่อนเริ่มต้นออกกำลังกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ หรือ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ต้องทดสอบระบบหัวใจและหลอดเลือด เพื่อดูว่ามีโรคหรือภาวะที่เสี่ยงหรือเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายหรือไม่ และจัด โปรแกรมการออกกำลังกายให้เหมาะสม

2.2 เริ่มออกกำลังกายแต่น้อยและค่อยๆเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายที่ถูกต้องประกอบด้วย มีความสม่ำเสมอ (frequency) คือทุกวันหรือวันเว้นวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระยะเวลาออกกำลังกาย (duration) นานเพียงพอ คือครั้งละ 30-45 นาที (วิลโล คอปต์นัรดิศัยกุล, 2550) ความหนักของการออกกำลังกาย (intensity) พอเหมาะ ซึ่งในทางปฏิบัติใช้อัตราเต้นของหัวใจเป็นเกณฑ์ โดยออกกำลังกายให้ได้อัตราเต้นของหัวใจเป็นร้อยละ 60-85 ของอัตราเต้นหัวใจสูงสุด อัตราเต้นหัวใจสูงสุดได้จากการคำนวณโดยลบอายุเป็นปีออกจาก 220 โดยการกำหนดอัตราการเต้นหัวใจระหว่างออกกำลังกายขึ้นกับสุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วย

2.3 การออกกำลังกายทุกครั้งต้องมีการอุ่นเครื่อง (warm up) ก่อนออกกำลังกาย มีความต่อเนื่อง (continuous) และการผ่อนคลาย (cool down) หลังการออกกำลังกาย (วิลโล คอปต์นัรดิศัยกุล, 2551)

3. การลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน ผู้ที่เป็นโรคอ้วนทั้งตัวและ/หรือโรคอ้วนลงพุง ควรจำกัดปริมาณพลังงานที่รับประทานร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการลดน้ำหนักที่ปลอดภัยควรลดน้ำหนักตัวลงสัปดาห์ละ 0.25-0.5 กิโลกรัม (วิชัย ต้นไพจิตร และคณะ, 2542)

4. การหยุดสูบบุหรี่ เมื่อหยุดสูบบุหรี่ เป็นผลให้ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง กลับมาปกติ เช่น เอชดีแอล โคเลสเตอรอลกลับสู่ระดับปกติ ไฟบริโนเจนลดระดับลง ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด และเกร็ดเลือดกลับมาปกติ ทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายลดลง โดยเทคนิคการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และทีมงาน, 2551; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2551) ได้แก่

4.1 สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ เช่น ให้นึกถึงโทษของบุหรี่ในระยะสั้น และระยะยาว คิดถึงผลดีต่อสุขภาพเมื่อหยุดสูบบุหรี่ และคิดถึงครอบครัวหรือผู้ที่มีความหมายในชีวิตของตน

4.2 กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ โดยหาวันสำคัญที่จะเริ่มต้นเลิกสูบบุหรี่ เช่น วันสำคัญทางศาสนา หรือวันสำคัญของครอบครัว

4.3 ปฏิบัติการเลิกสูบบุหรี่โดยการเลิกสูบบุหรี่แบบหักดิบจะได้ผลมากกว่าแบบค่อยๆลดการสูบบุหรี่

4.4 เตรียมสิ่งแวดล้อมในบ้านให้มีบรรยากาศปลอดบุหรี่ ได้แก่ ให้เก็บบุหรี่และภาชนะหรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ (ไม้ขีดไฟ, ภาครองช้ำเต้าบุหรี่) ทำความสะอาดบ้านและห้องทำงานให้ปลอดจากกลิ่นบุหรี่

4.5 การเตรียมใจและกายให้พร้อมสำหรับอาการถอนที่จะเกิดขึ้น โดยมักจะเกิดขึ้นใน 2 สัปดาห์แรกแล้วจะลดลงและหายไป ได้แก่ อาการหงุดหงิด คอแห้ง

4.6 ออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นเวลานานอย่างน้อยวันละ 30 นาที โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยลดความเครียดจากการไม่ได้สูบบุหรี่ได้ดีที่สุด

4.7 ควรบอกความตั้งใจให้ครอบครัวและเพื่อนสนิทเพื่อการเป็นกำลังใจและเข้าใจ สำหรับเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ควรชักจูงให้เลิกพร้อมกัน และขอร้องให้เพื่อนที่ยังเลิกไม่ได้ให้หยุดสูบบุหรี่ในช่วงที่พบปะหรือให้ติดต่อทางโทรศัพท์แทนในระยะแรก

4.8 ผู้ที่เคยเลิกแล้วไม่ประสบความสำเร็จไม่ควรท้อถอย เพราะบางครั้งความสำเร็จไม่ได้เกิดขึ้นจากความพยายามเพียงครั้งเดียว ให้ทบทวนว่ามีจุดบอดอะไรที่เป็นอุปสรรคหรือกิจกรรมที่ทำให้กลับมาสูบบุหรี่ใหม่เพื่อหากกลยุทธ์แก้ไขเลิกบุหรี่ใหม่ในโอกาสต่อไปอาจพูดคุย

5. การจัดการความเครียด ผู้ที่มีภาวะเรื้อรังของโรคมักมีความเครียด วิธีคลายเครียดทำได้ง่ายๆ (กรมสุขภาพจิต, 2548) คือ

5.1 ฝึกสมาธิโดย นอนราบหรือนั่งให้สบายในที่เงียบๆ แล้วนับลมหายใจเข้า-ออกจนรู้สึกตัวเบาสบาย

5.2 ฝึกหายใจคลายเครียด เป็นการหายใจโดยใช้หน้าท้อง เมื่อหายใจเข้าท้องป่องหายใจออกท้องแฟบ การหายใจวิธีนี้จะช่วยให้มีสติ และสมองได้รับออกซิเจนมากกว่าการหายใจปกติ

5.3 หางานอดิเรกหรือกิจกรรมอื่นทำ เช่น ฟังเพลง ทำงานศิลปะ งานฝีมือ อ่านหนังสือ เลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น

6. การรับประทานยาลดไขมันในเลือด ยารักษาไขมันในเลือดมีหลายชนิด ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติควรรับประทานยาอย่างถูกต้อง โดยควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ตรงตามเวลา และถูกขนาด ไม่ควรเพิ่มหรือลดหรือหยุดรับประทานยาด้วยตนเอง และควรทราบถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

การประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

การประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง เป็นการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรค วิธีการประเมินมีหลายวิธี ซึ่งมีทั้งการประเมินทางตรง เช่น การสังเกต และวัดพฤติกรรมตนเอง (self-monitoring) และทางอ้อม เช่น การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม เป็นต้น โดยต้องพิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับพฤติกรรมที่จะประเมิน มีผู้วิจัยหลายท่านได้ศึกษาและสร้างแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองไว้ ดังนี้

1. การใช้แบบสัมภาษณ์ ได้มีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยการสัมภาษณ์เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ สำหรับผู้สูงอายุนิยมใช้แบบสัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น นอกจากนี้การสัมภาษณ์เป็นวิธีที่ไม่มีความยุ่งยาก ประหยัดเวลาในการตอบ ไม่รบกวนผู้สูงอายุมากเกินไป สามารถอ่านให้ฟังแล้วผู้สูงอายุตอบได้ ดังเช่น แบบสัมภาษณ์ของ ดองโบ และคณะ (Dongbo et al., 2006) ที่ใช้ในการศึกษาผลของ โปรแกรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาวเซีย่งไฮ้ ประเมินผล โดยการสัมภาษณ์ตัวต่อตัว โดยการใช้ข้อคำถามปลายเปิด มีรายละเอียดของข้อคำถาม เช่น โปรแกรมสามารถช่วยให้คุณจัดการกับพยาธิสภาพเรื้อรังได้หรือไม่ คุณมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพหรืองานอดิเรกต่างไปจากก่อนเข้าร่วม โปรแกรมหรือไม่ เมื่อออกจากโปรแกรมสิ่งไหนที่คุณคิดว่าจะไม่สามารถปฏิบัติได้ เมื่อออกจากโปรแกรมอะไรที่คุณคิดว่าเป็นสิ่งที่แตกต่างออกไปจากการเข้าร่วม โปรแกรมที่จะส่งผลถึงการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นต้น และมีการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ร่วมด้วย

2. การใช้แบบสอบถาม ได้มีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง โดยการใช้แบบสอบถามไว้หลายท่าน ได้แก่

2.1 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการกับอาการและปัญหาทางอารมณ์ ด้านการใช้ยา ด้านการติดต่อกับแพทย์ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัด 6 ระดับตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง โดย 0 หมายถึงไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย 5 หมายถึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นประจำ (Lorig et al., 1996)

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สร้างโดย ชิว และคณะ (Siu et al., 2007) จากการแปลแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นภาษาจีน โดยถามความถี่ของการ

ปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง มีข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับรู้อาการและการจัดการอาการ การใช้ประโยชน์จากแหล่งชุมชน และการติดต่อกับแพทย์ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเอง

2.3 แบบวัดความสามารถในการจัดการตนเอง (self-management ability scale-30: SMAS-30) ที่สร้างโดย เซอร์แมน และคณะ (Schuurmans et al., 2005) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการจัดการตนเองโดยการรายงานด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การริเริ่มการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ การทำให้พฤติกรรมดำรงอยู่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการคิดเชิงบวก แต่ละหัวข้อประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อรวม 30 ข้อ ประเมินความถี่ในการปฏิบัติเป็นมาตราวัด 5 ระดับ 1 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง 5 หมายถึง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้มากที่สุด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ร่วมกับการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมการประเมินการจัดการตนเอง 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน การรับประทานอาหาร การหยุดสูบบุหรี่ การรับประทานยาลดไขมันในเลือด การสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรทางสุขภาพ 2) การจัดการบทบาท และ 3) การจัดการกับอารมณ์ โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 4 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมเป็นประจำ 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา



กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) เพื่อนำมาใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการจัดการตนเองได้นั้นจะต้องมีความรู้ และได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการภาวะไขมันเลือดที่ผิดปกติ ด้านการจัดการทางการแพทย์ (medical or behavior management) ได้แก่ การออกกำลังกายและการลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การหยุดสูบบุหรี่ การรับประทานยาลดไขมันในเลือด ด้านการจัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลจากภาวะเรื้อรังของโรค (emotional management) และด้านการจัดการกับบทบาทการ (role management) เพื่อคงไว้หรือเปลี่ยนแปลง และสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง โดยใช้ทักษะการจัดการตนเอง 6 ประการ ได้แก่ 1) การแก้ปัญหา (problem solving) 2) การตัดสินใจ (decision making) 3) การใช้แหล่งข้อมูล (resource utilization) 4) การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ (forming of patient/health care provider partnership) 5) การลงมือปฏิบัติ (taking action) และ 6) การนำเอาความรู้ ทักษะการจัดการตนเองไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ร่วมกับการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด ได้แก่ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective states) ซึ่งโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และทักษะในการจัดการตนเอง ร่วมกับมีสมรรถนะแห่งตน มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นและระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม