

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (American Heart Association [AHA], 2000) ที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก จากการสำรวจสาเหตุการตายในสหรัฐอเมริกา ปี 2000 พบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตทั้งหมด (AHA, 2004) โดยภาวะโคเลสเตอรอลสูงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาระดับโคเลสเตอรอลรวมของประชาชนใน 7 ประเทศทั่วโลกจากภูมิภาคยุโรป สหรัฐอเมริกาและประเทศญี่ปุ่นในปี ค.ศ. 1958 - 1964 โดยศึกษาในประชากรเพศชาย 12,467 ราย ผลการศึกษาพบว่าระดับไขมันโคเลสเตอรอลรวมที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเสียชีวิตจาก โรคหลอดเลือดหัวใจ (Verschuren, 1995) ซึ่งระดับของโคเลสเตอรอลในเลือดที่ถือว่าเป็นภาวะเสี่ยงได้แก่ ระดับโคเลสเตอรอลรวมสูงกว่า 200 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร (The Nation Cholesterol Education Program: NECP, 2002) แอลดีแอล - โคเลสเตอรอลที่สูงกว่า 160 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร และเอชดีแอล - โคเลสเตอรอลที่ต่ำกว่า 35 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร (American Heart Association, 2000)

ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจึงเป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพดัชนีหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี จึงได้ดำเนินการเฝ้าระวัง ซึ่งจากการศึกษาของสุกชัย ไชยธีระพันธ์ (2540) พบว่าระดับโคเลสเตอรอลในเลือดจะเพิ่มสูงตามอายุ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป ดังนั้นจึงได้ดำเนินการเฝ้าระวังโดยตรวจหาระดับโคเลสเตอรอลในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานของหน่วยราชการที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปปีละครั้ง พบว่าผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลรวมในเลือดสูงเกิน 200 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยปี 2545 พบร้อยละ 38 ปี 2546 พบร้อยละ 41 และปี 2547 พบร้อยละ 44 (โรงพยาบาลโคกสำโรง, 2547)

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้แก่การบริโภคอาหารไขมันสูงและการออกกำลังกายน้อย จากการศึกษาพบว่าภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวมาก ทำให้มีการสะสมไขมันในร่างกายมากขึ้น นอกจากนั้นการดำเนินชีวิตแบบใช้แรงงานน้อย ไม่มีการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ เป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น จากการศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการใช้ชีวิตอย่างสุขสบาย โดย

พบว่าผู้ที่มียาเสพติดต้องนั่งทำงานเป็นส่วนใหญ่จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่ต้องทำงานที่ใช้แรงกายอย่างเนื่องถึง 1.9 เท่า (วินัส ลิพทกุล, 2546) การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลดลง โดยเฉพาะการออกกำลังกายระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าสามารถลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (American Heart Association, 1996) แต่จากการศึกษาพบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของประชากรทั่วโลก จัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย (สุกัญญ์ ฤทธมัทธพัย และอภิรักษ์ พงศ์พัฒนานุรักษ์, 2547) และสำหรับในประเทศไทย พบว่าคนวัยทำงานมีการออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพียงร้อยละ 9.6 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2540)

นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระดับโคเลสเตอรอลสูงในกระแสเลือดได้แก่ อายุ เพศ ความอ้วน พันธุกรรม และความคิดปกติในการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย จากการศึกษาพบว่า ระดับโคเลสเตอรอลรวมจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุโดยจะเพิ่มมากเมื่ออายุ 35 ปี และเริ่มลดลงเมื่ออายุ 65 ปีทั้งในเพศชายและหญิง นอกจากนี้ยังพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับระดับโคเลสเตอรอล โดยพบว่าเพศหญิงวัยเจริญพันธุ์จะมีระดับโคเลสเตอรอลรวมต่ำกว่าเพศชาย เนื่องจากผลของฮอร์โมนเอสโตรเจน (วรรณภา วัฒนกุล, 2541; ศิริพร จิรวัดนันกุล, 2537) และจากการศึกษาพบว่าความอ้วนมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะไขมันในเลือดสูง โดยพบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนจะมีภาวะโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์สูงร่วมด้วย (นิศา รามธรรม, จุฬารัตน์ สุขสมภพ และสุวิมล ดวงดี, 2534) การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าพันธุกรรมมีผลต่อระดับโคเลสเตอรอลรวม โดยพบว่าบิดามารดาที่มีภาวะโคเลสเตอรอลรวมสูง บุตรมีแนวโน้มที่จะมีระดับโคเลสเตอรอลรวมสูงด้วย และถ้าบิดามารดามีระดับโคเลสเตอรอลรวมต่ำ บุตรก็มีแนวโน้มที่จะมีระดับโคเลสเตอรอลรวมต่ำไปด้วย (Johnson et al., 1965 cited in Muongmee, 1981) นอกจากนี้ยังพบว่าความคิดปกติของอวัยวะในร่างกายบางอย่างมีผลต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ได้แก่ ดับเนื่องจากตับมีบทบาทสำคัญในกระบวนการสังเคราะห์และทำลายโคเลสเตอรอลในร่างกาย ดังนั้นกรณีที่ตับทำหน้าที่ผิดปกติจะมีผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดผิดปกติด้วย (ปนัดดา โรจน์พิบูลสถิตย์, 2546) และจากการศึกษาผลของฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตพบว่า ภาวะที่ร่างกายขาดฮอร์โมนคอร์ติโคสเตอโรน และคอร์ติโซลจะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น (Oliver & Boyd, 1956) และภาวะที่ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติจะทำให้เกิดภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงตามมา เนื่องจากฮอร์โมนไทรอกซินมีหน้าที่ควบคุมเมตาบอลิซึมของโคเลสเตอรอล (วรรณภา วัฒนกุล, 2541)

แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงมี 2 วิธีคือการใช้ยา กับไม่ใช้ยาโดยจะพิจารณาใช้ยาเมื่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และแอลดีแอล-

โคเลสเตอรอลสูงกว่า 160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แต่ไม่เกิน 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร วิธีการดูแลที่สำคัญคือ การการควบคุมอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลสูงร่วมกับการออกกำลังกาย (American Heart Association, 2000) โดยแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันน้อยกว่าร้อยละ 15 ของพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันและควรเป็นไขมันไม่อิ่มตัว และควรออกกำลังกายในระดับปานกลาง สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และเพิ่มกิจกรรมที่ต้องออกกำลังกายในชีวิตประจำวันจนเป็นนิสัย

จากการติดตามผลการดูแลผู้ปฏิบัติงานของหน่วยราชการที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง ของโรงพยาบาลโคกสำโรงพบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ไม่สามารถควบคุมระดับโคเลสเตอรอลให้ลดลงต่ำกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคกสำโรง, 2547) จากการประเมินความรู้และพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้ในเรื่องการควบคุมอาหาร และคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการออกกำลังกายพบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ทราบถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อสุขภาพ และการลดระดับโคเลสเตอรอลในกระแสเลือด แต่ในด้านการปฏิบัติพบว่ามีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่มีการออกกำลังกายเพียงพอ สม่่าเสมอ ร้อยละ 30 มีการออกกำลังกาย แต่วิธีการไม่เหมาะสม โดยมีระดับความแรง ระยะเวลา ความถี่ ไม่เพียงพอที่จะมีผลต่อการลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด และอีกร้อยละ 60 ไม่มีการออกกำลังกาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีโปรแกรมหลายโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อลดและป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงโดยใช้การควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินแอโรบิก การวิ่ง การเดินร่ำ การรำมวยจีน แต่การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมพบว่า มากกว่าร้อยละ 90 ไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจาก ไม่มีเวลา สถานที่ และไม่เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2540) พบว่าคนวัยทำงานมีการออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพียงร้อยละ 9.6 โดยให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลา และไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2543) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในวัยทำงานจำนวน 400 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างขาดการออกกำลังกายถึงร้อยละ 53.8 โดยให้เหตุผลว่าเหนื่อย ร้อยละ 51.3 ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ร้อยละ 39 ไม่มีสถานที่ และร้อยละ 38.8 ไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่ทำให้มีการออกกำลังกายน้อยได้แก่ เพศ อายุ และการศึกษา โดยเพศหญิงและผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะใช้แรงงานและออกกำลังกายน้อย และบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับต่ำมีการออกกำลังกายน้อยกว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงกว่า

จากการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือดพบว่า การเดินเร็ว (Brisk or Fast Walking) เป็นการออกกำลังกายที่มีผลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่า การเดินเร็วหนึ่งชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไปสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 18 (Mihaela & Michal, 2002) ซึ่งแมนสัน และสตีฟานิก (Manson & Stefanick, 2002) พบว่าการเดินเร็ววันละ 30 นาทีทุกวัน สามารถลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 12-40 และการศึกษาผลของการออกกำลังกายระดับปานกลางระยะยาวต่อระดับไขมันในเลือด พบว่าการเดินเร็ววันละ ประมาณ 6,800 ถึง 8,500 ก้าวขึ้นไป สามารถลดระดับโคเลสเตอรอลรวม และเพิ่มเอชดีแอล-โคเลสเตอรอลได้อย่างมีนัยสำคัญ (Sugiura et al., 2002) และจากการศึกษาถึง วิธีการออกกำลังกาย พบว่าการเดินเร็วเป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุด เพราะไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะ ความชำนาญพิเศษ ปลอดภัยและไม่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ สามารถปฏิบัติได้ทุกที่ทุกเวลาและเสียค่าใช้จ่ายน้อย (จุใจ ชัยวานิชศิริ, 2539; American College of Sports Medicine, 2000)

ถึงแม้การเดินเร็วจะเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่าย แต่การที่จะทำให้บุคคลสามารถเดินเร็วอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ส่วนหนึ่งมาจากความเคยชินกับวิถีชีวิตที่สะดวกสบาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการกำกับควบคุมตนเอง (Self - Regulation) ซึ่งเป็นกระบวนการควบคุมดูแลตนเองในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งแนวคิดหลักประกอบด้วย การกำกับควบคุมตนเองโดยการบันทึก ติดตามพฤติกรรม (Self - Monitoring) การประเมินผลที่เกิดจากพฤติกรรม (Self - Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ปัญหาและวิธีการแก้ไขด้วยตนเองทำให้เกิดการรับรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน (Kanfer & Gaelick, 1986) เมื่อนำแนวคิดการกำกับควบคุมตนเอง ไปใช้ในกลุ่มผู้ที่ติดสุราพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกและลดการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Nye & Smith, 1999) และ Herzberger (2003) ได้นำแนวคิดการกำกับควบคุมตนเองไปใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยให้ผู้ป่วยเบาหวานเรียนรู้ด้วยตนเองถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือด อาหาร การออกกำลังกาย และยาที่ได้รับ และประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือด สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการกำกับควบคุมตนเองมาใช้ร่วมกับการเดินเร็ว ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ง่าย สะดวก ไม่สิ้นเปลือง เพื่อจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การเดินเร็วอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล-โคเลสเตอรอล และเพิ่มเอชดีแอล-โคเลสเตอรอลในกระแสเลือด ซึ่งเป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองเพื่อการเดินเร็ว มีผลต่อการลดระดับโคเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล-โคเลสเตอรอล รวมทั้งเพิ่มเฮชดีแอล-โคเลสเตอรอลในเลือดในผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูงได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบ ระดับโคเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล-โคเลสเตอรอล และ เฮชดีแอล-โคเลสเตอรอล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองเพื่อการเดินเร็วในผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง
2. เปรียบเทียบ ระดับโคเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล-โคเลสเตอรอล และ เฮชดีแอล-โคเลสเตอรอลในเลือด ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองเพื่อการเดินเร็ว กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

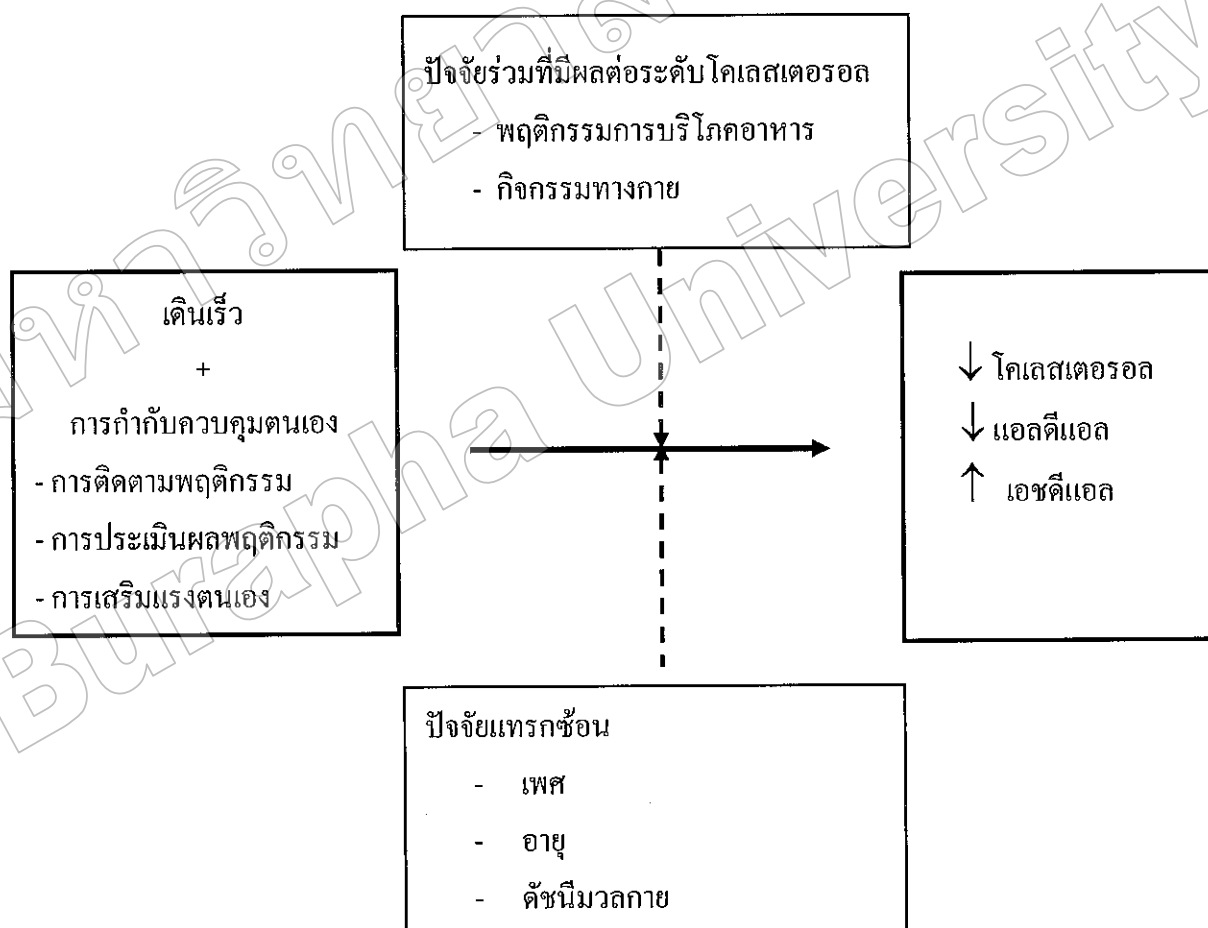
สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังการใช้โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองเพื่อการเดินเร็ว 4 และ 8 สัปดาห์ ระดับโคเลสเตอรอลรวม และ แอลดีแอล-โคเลสเตอรอลในเลือดในกลุ่มทดลองลดลง
2. หลังการใช้โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองเพื่อการเดินเร็ว 4 และ 8 สัปดาห์ ระดับเฮชดีแอล-โคเลสเตอรอลในเลือด ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น
3. หลังการใช้โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองเพื่อการเดินเร็ว 4 และ 8 สัปดาห์ ระดับโคเลสเตอรอลรวมและ แอลดีแอล-โคเลสเตอรอลในเลือด ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
4. หลังการใช้โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองเพื่อการเดินเร็ว 4 และ 8 สัปดาห์ ระดับเฮชดีแอล - โคเลสเตอรอลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการกำกับควบคุมตนเอง (Kanfer, 1988) ซึ่งแนวคิดหลักประกอบด้วย การบันทึก การติดตามพฤติกรรมตนเอง (Self-Monitoring) การประเมินผลที่เกิดจากพฤติกรรม (Self-Evaluation) และการเสริมแรงตนเองเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Self-Reinforcement) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการเดินเร็ว โดยการให้กลุ่มตัวอย่างบันทึก ระยะทาง เวลา ชีพจรก่อนเดิน ขณะเดิน หลังเดินและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและประเมินผลของการเดินเร็ว (Self-

Evaluation) ซึ่งในระหว่างดำเนิน โปรแกรมจะประเมินจากพฤติกรรมการเดินเร็วว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ และหลังสิ้นสุด โปรแกรมประเมินจากระดับโคเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล โคเลสเตอรอลที่ลดลง และเอชดีแอลที่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าการเดินเร็วเกิดผลดีกับตนเองก็จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการเดินเร็วอย่างต่อเนื่อง และมีการเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) โดยการให้กำลังใจ หรือให้รางวัลตนเองหากเดินเร็วได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าแนวคิดดังกล่าวจะส่งผลให้บุคคลสามารถออกกำลังกายโดยการเดินเร็วได้อย่างต่อเนื่อง และส่งผลในการลดระดับโคเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล - โคเลสเตอรอล และเพิ่มเอชดีแอล - โคเลสเตอรอลในกระแสเลือดได้มากกว่าการดูแลตามปกติ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง
2. บุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถแนะนำวิธีการออกกำลังกายโดยการเดินเร็วไปใช้ในการดูแลผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปเพื่อป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงได้
3. นักวิจัยสามารถนำโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองในการเดินเร็วที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมในผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงในบริบทอื่น เช่น กลุ่มอาชีพแม่บ้าน รับจ้างทั่วไป เป็นต้น

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองเพื่อการเดินเร็ว ต่อการลดระดับโคเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล - โคเลสเตอรอล และเพิ่มเอชดีแอล - โคเลสเตอรอลในกระแสเลือด ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลรวมในกระแสเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัม/ เดซิลิตรขึ้นไป จากการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยราชการ ที่มาตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลโคกสำโรง ตั้งแต่ 1 มีนาคม ถึง 4 พฤษภาคม 2549

นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะโคเลสเตอรอลรวมในเลือดสูง หมายถึงระดับโคเลสเตอรอลทั้งหมดที่รวมอยู่กับไลโปโปรตีนที่อยู่ในกระแสเลือดประกอบด้วยระดับ Very Low Density Lipoprotein (VLDL) Low Density Lipoprotein (LDL) และ High Density Lipoprotein (HDL) มีค่ามากกว่า 200 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร เมื่อเจาะเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 12 ชั่วโมง

แอลดีแอล-โคเลสเตอรอลสูง หมายถึง ระดับของโคเลสเตอรอลที่รวมอยู่กับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำในกระแสเลือด (Low Density Lipoprotein Cholesterol) มีค่ามากกว่า 130 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร เมื่อเจาะเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 12 ชั่วโมง

เอชดีแอล-โคเลสเตอรอลต่ำ หมายถึงระดับของโคเลสเตอรอลที่รวมอยู่กับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงในกระแสเลือด (High Density Lipoprotein Cholesterol) มีค่าน้อยกว่า 35 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร เมื่อเจาะเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 12 ชั่วโมง

ผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยราชการที่ตรวจสุขภาพประจำปีของโรงพยาบาลโคกสำโรง พบว่ามีระดับโคเลสเตอรอลรวม มากกว่า 200 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร เมื่อเจาะเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 12 ชั่วโมง

โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองในการเดินเร็ว หมายถึง โปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดการกำกับควบคุมตนเองเข้ากับการเดินเร็ว โดยโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลในเลือด ประโยชน์ของการเดินเร็ว การสาธิตและฝึกปฏิบัติการเดินเร็ว และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการกำกับควบคุมตนเองในการเดินเร็ว และมีการบันทึก ติดตามพฤติกรรม การเดินเร็ว การประเมินผลการเดินเร็ว และการเสริมแรงตนเองเมื่อสามารถเดินเร็วได้ตามเป้าหมาย รวมถึงมีการติดตาม ประเมินปัญหา และให้คำแนะนำระหว่างดำเนินโปรแกรม 4 ครั้ง

การดูแลตามปกติ หมายถึง แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล โศกสโรงในการดูแลผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโคเลสเตอรอลและการออกกำลังกาย โดยเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง หลังจากพบว่ามีความโคเลสเตอรอลในเลือดสูง