

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว



นางสาวอณศยา ชี้อตรง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE IN OLDER PERSONS WITH HEART FAILURE

Miss Anassaya Suetrong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
โดย	นางสาวอณิสยา ชี้อตรง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประกรณ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประกรณ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

อณฺศยา ชื่อตรง : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE IN OLDER PERSONS WITH HEART FAILURE) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ทัศนาศูววรรณระปกรณ์, 158 หน้า.

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับบริการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดระดับความรุนแรงของโรค แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.50 อายุเฉลี่ย 74.28 ปี มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 73.34 และมีระดับความรุนแรงของโรคภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 54.17

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในระดับปานกลาง (60.8%) รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตสูง และมีคุณภาพชีวิตต่ำ (6.7 % , 32.5 %) ตามลำดับ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม

4. ปัจจัย ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะโรคร่วม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 53 ($R^2 = .53$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก

5677225636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: OLDER PERSONS / HEART FAILURE / QUALITY OF LIFE

ANASSAYA SUETRONG: FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE IN OLDER PERSONS WITH HEART FAILURE. ADVISOR: ASST. PROF. TASSANA CHOOWATTANAPAKORN, Ph.D., 158 pp.

The purposes of this predictive correlational study were to describe the quality of life in older persons with heart failure, the relationships and prediction between gender, age, severity of the disease, co-morbidity, depression, social support and quality of life in older persons with heart failure. A hundred twenty of people aged 60 years old and above. Both male and female, diagnosed heart failure from outpatient department, cardiovascular medicine unit, Chulalongkorn Hospital and the Police General Hospital. The instruments were composed of demographic information, severity of disease, co-morbidity, Thai Geriatric Depressive Scale, social support, and Minnesota of Living with HF questionnaire. Descriptive statistics (Percentage, mean, and standard deviation), and stepwise multiple regression were used to analyze data. The major findings were as follows:

1. Demographic data showed that the majority of sample were male (57.50%), average age 74.28 years, with at least 3 co-morbidity and over 73.34 percent, the severity of heart failure was 54.17 percent.

2. The quality of life of older persons with heart failure was shown at moderate level (60.8 %), following by high and low quality of life (6.7 %, 32.5 %) respectively.

3. Factors significantly associated with quality of life of older persons with heart failure was sex, comorbidities, severity of the disease depression and social support ($p = .05$).

4. Depression, severity of heart failure, social support and co-morbidity were together predicted quality of life at older persons with heart failure 53% ($R^2 = .53$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2014

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง เนื่องจากได้รับความกรุณา การช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประภรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ความเมตตา เป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูง จึงกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร. ประพนอม โอทกานนท์ ประธานกรรมการสอบ

วิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลชิต ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อนุญาตให้ทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่อนุเคราะห์เงินทุนการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง รวมทั้ง รศ.นพ. สุพจน์ ศรีมหาโชตะ อาจารย์ประจำหน่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าหอผู้ป่วย ซี ซี ยู นางสาววิภาวรรณ บัวสรวง พี่น้องและเพื่อนพยาบาล แผนกซีซียู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่าน และ พ.ต.ท.หญิง เอื้อณัฐธา วิทยาธีร์รัตน์ พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลตำรวจ ที่ได้ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบพระคุณ บิดา มารดา นายสว่าง และนางทองมี ชื่อตรงผู้เปรียบเหมือนแรงบันดาลใจในการศึกษา เพื่อบรรลุเป้าหมายให้ประสบความสำเร็จเพื่อนិតร่วมรุ่นทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและทฤษฎีการสูงอายุ	12
2 . ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ	23
3. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว.....	42
4. คุณภาพชีวิต.....	46
5. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว.....	52
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต	55
7. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	66

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	71
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	73
การเก็บรวบรวมข้อมูล	75
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....	76
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	88
สรุปผลการวิจัย.....	92
อภิปรายผลการวิจัย.....	94
ข้อเสนอแนะ	101
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	102
รายการอ้างอิง	103
ภาคผนวก.....	117
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	118
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้ เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	120
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หนังสือแสดง ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	127
ภาคผนวก ง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ และตารางวิเคราะห์ข้อมูล	151
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	158

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงอาการของภาวะหัวใจซ้ายล้มเหลวและซีกขวาล้มเหลว	32
ตารางที่ 2 การจำแนกความรุนแรงของโรคหัวใจตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ตาม New York Heart Association classification system : Functional class (NYHA FC).....	33
ตารางที่ 3 แสดงอาการบวมกดปุ่ม (Van Assche, 2014).....	37
ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจากการทบทวนวรรณกรรม	56
ตารางที่ 5 ข้อมูลส่วนบุคคลแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n = 120).....	79
ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรุนแรงของ โรคแต่ละระดับ (N=120).....	81
ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 120).....	81
ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 120)	82
ตารางที่ 9 แสดงจำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการ สนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 120).....	82
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างเพศชายและเพศหญิง (n=120)	83
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างช่วงอายุ (n=120).....	83
ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต (n=120).....	84
ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต (n=120).....	85

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการพยากรณ์ (R^2) ค่าอำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการ พยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) (n = 120).....	86
ตารางที่ 15 ตารางวิเคราะห์ผลของการหาความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (Stepwise) (n= 120)	87



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure [CHF]) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับต้นๆของนานาประเทศทั่วโลก ปีค.ศ.2012 พบอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว 23 ล้านคนทั่วโลก และ 5.8 ล้านคนในประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart Association [AHA], 2013) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการวินิจฉัยใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 550,000 คน โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุ (Loscalzo, 2010) ในช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 10 คน ต่อประชากร 1,000 คน และมีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต ภายใน 5 ปีหลังการวินิจฉัย (Loscalzo, 2010; Maurer et al, 2011; AHA, 2013)

ในประเทศไทยยังไม่พบรายงานสถิติของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วประเทศอย่างแน่ชัด สถิติของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในหอผู้ป่วยซีซียู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปีพ.ศ. 2554-2556 มีจำนวนเพิ่มขึ้นโดยพบร้อยละ 27.2, 30.0 และ 30.9 ตามลำดับ โดยเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 75.3, 66.7 และ 76.1 ตามลำดับ (แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2557)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากความผิดปกติที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกจากหัวใจหรือคลายตัวรับเลือดเข้าหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Francis et al., 2008) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ เหนื่อย หอบง่าย ไอ บวม ความทนในการทำกิจกรรมลดลง จนที่สุดไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555; เรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ, 2552)

ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุอาจเกิดได้ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดเนื่องจากกระบวนการสูงอายุ และจากการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน กระบวนการสูงอายุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคือหลอดเลือดแดงแข็งขึ้น ความยืดหยุ่นลดลงเป็นการเพิ่มภาระของหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจเริ่มมีพังผืด ผนังหัวใจห้องล่างหนาตัวขึ้นเป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการบีบตัวและการขยายตัวของหัวใจ มีแคลเซียมเกาะที่ลิ้น Aortic และ Mitral (Miller,2012; Scott & Quinn, 2012) ทำให้การสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆทั่วร่างกายหย่อนประสิทธิภาพ (Lewis & Bottomley, 2008) ปรัชญาการสำคัญของการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนเลือดในผู้สูงอายุ คือ ในการออกกำลังที่เพิ่มมากขึ้น ปริมาตรเลือดที่หัวใจของผู้สูงอายุส่งออกต่อหนึ่งนาทีไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากหัวใจบีบตัวได้ลดลงและการเต้นของหัวใจเพื่อตอบสนองต่อการ

ออกกำลังกายลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555; Scott & Quinn, 2012) เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ง่ายกว่า นอกจากนี้ ระบบการนำไฟฟ้าของหัวใจมีแนวโน้มผิดปกติ ทำให้หัวใจเต้นช้าผิดปกติหรือหยุดทำงาน (Linton & Lach, 2007; Eliopoulos, 2010; Plahuta & King, 2010; Miller, 2012) และผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากหัวใจห้องล่างซ้ายทำหน้าที่ผิดปกติในช่วงหัวใจคลายตัว (LV diastolic dysfunction) ได้ง่ายกว่าคนทั่วไป (สมชาย ปรินาวัฒน์, 2548)

ธรรมชาติของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนทั้งทางด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัวและญาติ ทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตสังคม สำหรับการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุยังมีความซับซ้อนมากขึ้นเนื่องจาก ต้องจัดการกับโรคที่มีอยู่หลายโรคในคนเดียวกัน จัดการกับปัญหาด้านต่างๆ ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ร่างกาย เช่น การดูดซึมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ มีไขมันสะสมเพิ่มมากขึ้น มีปริมาตรน้ำในร่างกายลดลง หน้าที่การทำงานของตับและไตลดลง (Maurer, 2011) ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การใช้ยาในผู้สูงอายุจำเป็นต้องระมัดระวังและบริหารจัดการยาให้ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้มากกว่า ในผู้สูงอายุแม้การเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย เช่น การเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย การรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม อาจเป็นการกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

ดังนั้นการเข้าสู่วัยสูงอายุและเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะยิ่งทำให้เกิดความรุนแรงและการกำเริบของโรคมกกว่าช่วงวัยอื่นและการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาทำงานปกติเป็นไปได้ยากกว่า (Dar & Cowie, 2008; Eliopoulos, 2010; Touhy & Jett, 2010; Maurer et al, 2011) ภาวะหัวใจล้มเหลวนอกจากจะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด ท้อแท้ในชีวิต ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 3-6 เดือน (Dar & Cowie, 2010; Loscalzo, 2010; Abdelhatiz, 2012) ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Dar & Cowie, 2008) และยังสูญเสียรายได้จากการไม่สามารถทำงานได้ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ยังเป็นข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอีกด้วย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี (Rich, 2009; Touhy & Jett, 2010) ระดับความรุนแรงของอาการ การเกิดอาการกำเริบและการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลงเช่นกัน (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2553) กล่าวโดยสรุปคือ ภาวะหัวใจล้มเหลวและอาการแสดง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตซึ่งบุคคลสามารถรับรู้ได้และประเมินได้ (Rector, Kubo, & Cohn, 1987)

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเป็นจำนวนมาก แต่ในการศึกษาเหล่านั้นเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่มีอายุหลากหลาย ทั้งวัยผู้ใหญ่

และผู้สูงอายุปะปนกันข้อมูลที่ได้ ไม่สามารถอ้างอิงถึงประชากรวัยสูงอายุได้โดยตรง ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉพาะ

แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดที่มีการอธิบายไว้หลากหลาย สรุปได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ แนวคิดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปที่ไม่เจาะจงกับสุขภาพหรือความเจ็บป่วย และ แนวคิดคุณภาพชีวิตที่เป็นความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ซึ่งแนวคิดประเภทเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพนิยมนำมาใช้ในสาขาสุขภาพ การวิจัยนี้เลือกใช้แนวคิดคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพ (Health-related QOL) ซึ่งมีหลักการพื้นฐานมาจากองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางจิตใจของตนเอง ด้านความเป็นอิสระ (Level of independence) การรับรู้ถึงความเป็นอิสระในการไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนิน ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spiritual/religion/personal beliefs) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ

Rector, Kubo, & Cohn (1987) ได้พัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงผลของภาวะหัวใจล้มเหลว การรักษาในแบบต่างๆ และคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้า (The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire [MLHFQ]) (Rector, Kubo, & Cohn, 1987) เป็นแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเฉพาะโรคที่มีเนื้อหาของแบบประเมินที่เน้นถึงผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างตรงประเด็น ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ผลกระทบด้านร่างกาย ซึ่งสัมพันธ์กับอาการ อาการแสดงของโรค และการรักษา เช่น อาการหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย การนอนหลับผิดปกติ อาการบวมของร่างกาย รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ การทำหน้าที่ของร่างกาย การทำงาน ผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม ที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งการทำงานการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผลกระทบด้านจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในสังคม จิตใจและอารมณ์เช่น อาการเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล (Rector, Kubo, & Cohn, 1987) ดังนั้นการศึกษานี้จึงเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต MLHFQ ซึ่งมีความจำเพาะและตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงที่สำคัญได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม

เพศ การศึกษาของ Riedinger et al. (2001) พบว่าเพศหญิงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเพศหญิงที่ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและต่ำกว่าเมื่อเทียบกับเพศชายที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เช่นเดียวกับ Hou et al. (2004) ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ของเพศและอายุต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยเพศชาย Luttik et al. (2009) ทำการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของเพศและความซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว และ จันทรทิรา เจริญนัยและคณะ (2552) ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยทั้งสองการศึกษาพบว่าเพศหญิงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับ Esquivel & Dracup (2007) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเพศ พบว่าเพศหญิงมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าเพศชาย และยังพบว่า เพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 70 ปี มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย และเมื่อนำข้อมูลไปหาปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย พบว่า เพศมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต (Kirchengast & Haslinger, 2008)

อายุ จากการศึกษาของ Masoudi et al. (2004) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี จากการศึกษาของ Hou et al. (2004) และ Britz & Dunn. (2009) ที่ทำการศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้การศึกษาของ นิตยา ศรีสุข (2551) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม อาการไม่สบาย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ในระดับค่อนข้างสูง

ความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของโรค (Severity of disease) ความรุนแรงของโรคมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อระดับความรุนแรงของโรคมามากขึ้นจะก่อให้เกิดความไม่สบายและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ผู้ที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และ 2 สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากกว่า เนื่องจากไม่มีอาการเหนื่อยหอบ เหนื่อยล้าหรือใจสั่นหรืออาจมีอาการเพียงเล็กน้อยเมื่อพักอาการจะดีขึ้นสามารถทำกิจกรรมต่อได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 และ 4 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงจากอาการอาการเหนื่อยหอบ เหนื่อยล้าหรือใจสั่น เพราะมีอาการ แม้แต่ในขณะพักความรุนแรงของโรคจึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Faller et al.(2009) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย พบว่าความรุนแรงของโรคสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้และ Rockwell (2001) พบว่าผู้ที่มีความรุนแรงของโรคมักกว่าจะเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี สัมพันธ์กับการศึกษาของ Blinderman et al. (2008) และ Chiaranai (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมักส่งผลกับคุณภาพชีวิตที่ลดลง

ภาวะโรคร่วม (Co-morbidity) เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก่อนเข้ารับการรักษาของอาการหรือโรคที่เป็นอยู่ และยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง ปัจจุบันพบผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมที่ หลากหลาย Hlatky (2004) กล่าวว่า ภาวะโรคร่วมส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายในการรักษา สอดคล้องกับ Chiaranai (2009) พบว่า ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมน้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าคล้ายคลึงกับ Rockwell (2001) พบว่า ผู้ที่มีโรคร่วมมากกว่า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง

ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะมีพฤติกรรมอื่นๆที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจร่วมด้วย เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มากขึ้น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มีความใส่ใจในการดูแลรักษาตนเอง ไม่มีแรงบันดาลใจในการออกกำลังกาย ไม่รวมมือในการทำกายภาพบำบัดหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น นอกจากนี้กลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ทำให้เกิดผลเสียกับหัวใจและหลอดเลือดคือ ผลของภาวะซึมเศร้าโดยตรงต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทั้ง Hypothalamic-Adrenocortical และ Sympathoadrenalhyperactivity โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีระดับ Cortisol ในเลือดสูงและผล Corticosteroids ก็ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ระดับของ Cholesterol และ Free fatty acids สูงขึ้นตามมา เป็นผลให้เกิด Atherosclerosis มากขึ้นตามลำดับ (ดิลก ภิโยทัย , 2547) นอกจากนี้ผลกระทบบังที่กล่าวมาแล้วยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย มีการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทำให้คุณภาพชีวิตต่ำ Ola et al. (2006) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวประเทศไนจีเรีย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง Bekelman et al. (2007) และ Leegte et al. (2009) ทำการศึกษาคล้ายคลึงกันคือศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ในขณะเดียวกัน Faller (2010) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังมีการศึกษาว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (Tasch et al.,2007; Hallas et al., 2010)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยการสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน ความไว้วางใจ และความช่วยเหลือจากครอบครัว (family) เพื่อน (friends) และบุคคลอื่นในสังคม (significant other) เมื่อมีการสนับสนุนทางสังคมดี ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังเช่นการศึกษาของ Heo et al. (2014) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศตุรกี ผลการศึกษาคือ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีต่างๆทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น Samartzis et al. (2013) ได้ทำการศึกษา 16 งานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว Barutcu & Mert (2013) และ พวงผกา กรีทอง (2550) ทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับ ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ในทำนองเดียวกัน Chung et al. (2013) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า เช่นเดียวกับ วนิตา หาจักร (2556) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีต่างๆทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และ การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ ในการศึกษาต่างๆพบว่า การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว จากเพื่อน จากบุคลากรทางการแพทย์ หรือทางสื่อต่างๆ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถ ปรับตัว การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วยเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี และมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รวมทั้งมีผลทางด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

ในแต่ละปัจจัยที่ทำการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูงกับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงต้องการทำการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร
2. เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างเพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่รักษาในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งแนวคิดคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่กว้างและมีการอธิบายไว้หลากหลาย สรุปได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ แนวคิดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปที่ไม่เจาะจงกับสุขภาพหรือความเจ็บป่วย และ แนวคิดคุณภาพชีวิตที่เป็นความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ซึ่งแนวคิดประเภทเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพนิยมนำมาใช้ในสาขาสุขภาพ การวิจัยนี้เลือกใช้แนวคิดคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพ (Health-related QOL) ซึ่งมีหลักการพื้นฐานมาจากองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ด้านความเป็นอิสระ (Level of independence) การรับรู้ถึงความเป็นอิสระในการไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนิน ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spiritual/religion/personal beliefs) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของ Rector, Kubo & Cohn (1987) ซึ่งเป็นแนวคิดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค ที่มีเนื้อหาที่เน้นถึงผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างตรงประเด็น ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ผลกระทบด้านร่างกาย ซึ่งสัมพันธ์กับอาการ อาการแสดงของโรค และการรักษา เช่น อาการหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย การนอนหลับผิดปกติ อาการบวมของร่างกาย รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันต่างๆ การทำหน้าที่ของร่างกาย การทำงาน ผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม ที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งการทำงานการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผลกระทบด้านจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในสังคม จิตใจและอารมณ์เช่น อาการเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล (Rector, Kubo, & Cohn, 1987)

ในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวพบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ และอายุ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรุนแรงของโรคและ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม จากทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีแนวโน้มมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหัวใจล้มเหลว

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อสถานการณ์ที่มีความเครียดและคุกคามต่อบุคคลนั้น โดยมีการแสดงออกในรูปแบบของความเปี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ โศกเศร้าหดหู เสียใจ สิ้นหวัง อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และมีความคิดต่อตนเองในทางลบ (Beck, 1967; Beck et al., 1979)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยการสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน ความไว้วางใจ และความช่วยเหลือจากครอบครัว (family) เพื่อน (friends) และบุคคลอื่นในสังคม (significant other)

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ และ อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหัวใจล้มเหลว
2. ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม และ ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหัวใจล้มเหลว
3. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหัวใจล้มเหลว
4. เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่าง เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว โดยประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคคลที่อายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว และเข้ารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาล ตำรวจและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเวลาตั้งแต่ 3 เดือนโดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหัวใจหรือสาเหตุอื่นๆ และเข้ามารักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เกี่ยวกับสภาวะการทำหน้าที่ของด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากโรค หรือความเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ ได้แก่

ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยว่าภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลต่อการทำกิจกรรมและทำให้เกิดอาการ เช่น ทำให้การเดินขึ้นบันไดลำบาก ทำให้การเดินรอบบ้านทำได้ลำบาก ทำให้หายใจลำบาก ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า มีอาการบวมของร่างกาย

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยว่าภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลต่อฐานะทางการเงิน ต่อการมีเพศสัมพันธ์ ต่อการมีกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาและภาพลักษณ์

ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยว่าภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลต่อความรู้สึก เช่น ทำให้รู้สึกเป็นภาระแก่ครอบครัว ทำให้รู้สึกกังวล ทำให้รู้สึกซึมเศร้า

คุณภาพชีวิตทั้ง 3 ด้านประเมินได้จากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว Minnesota Living with Heart Failure ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ฉบับภาษาไทย โดยพวงผกา กรีทอง (2550) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด 6 ระดับ (6-point-Likert scale) ตั้งแต่ 0 (มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด) ถึง 5 (ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

เลย) โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 105 คะแนน โดยค่าคะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตสูง ถ้ามีค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตต่ำ

ภาวะโรคร่วม หมายถึง ภาวะหรือโรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นอยู่ หรือเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาและมีผลต่อการรักษาผู้ป่วย โดยได้จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยและการให้ข้อมูลของผู้ป่วย โดยระบุเป็นจำนวนโรค

ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความก้าวหน้าของโรคที่มีโอกาสส่งผลให้ผู้ป่วยมีการกำเริบของอาการทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติส่งผลต่อการล้มเหลวของอวัยวะต่างๆและส่งผลต่ออัตราการตาย โดยใช้แบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและวัดระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตาม New York Heart Association classification system [NYHA]functional classification แบ่งออกเป็น 4 ระดับ

Class 1 หมายถึง มีอาการขณะปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ เช่นการทำความสะอาดบ้าน ล้างรถด้วยมือ ตัดหญ้าเดินขึ้นบันไดบ้าน 1-2 ชั้น หรือเดินบนพื้นราบในระยะ 50-100 เมตร

Class 2 หมายถึง มีอาการขณะปฏิบัติกิจกรรมตามปกติเพียงเล็กน้อยทำงานเบาๆ เช่น ประกอบอาหาร ปูที่นอน ล้างจาน เดินขึ้นบันไดได้แค่ครึ่งชั้น เดินพื้นราบได้ไม่ถึง 10 เมตร

Class 3 หมายถึง มีอาการขณะเปลี่ยนเสื้อผ้า โกนหนวด เดินจากห้องหนึ่งไปอีกห้องหนึ่งภายในบ้าน ขณะรับประทานอาหารหรือพูดคุย

Class 4 หมายถึง มีอาการขณะอยู่เฉยๆ ไม่สามารถนอนราบหรือหนุนหมอน 1 ใบได้ ต้องนอนศีรษะสูง ใช้หมอนจำนวนมากขึ้นกว่าปกติ หรือต้องอยู่ในท่านั่งตลอด

โดยแบบสอบถามนี้เป็นแบบบันทึกความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ระดับความรุนแรงตั้งแต่ 1-4 จากความรุนแรงน้อยไปหาความรุนแรงมาก

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อกลุ่มอาการซึ่งมีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญา รวมทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์ แสดงโดย อารมณ์เศร้า รู้สึกหมดหวัง ไม่มีค่า อ่อนเปลี้ย บกพร่องความจำระยะสั้น ขาดความสนใจหรือไม่มีความสุขในกิจกรรมเกือบทั้งหมด แยกตัวจากสังคมนาน ไม่เกิน 2 สัปดาห์ ประเมินโดยใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale[TGDS]) ซึ่งมีต้นแบบจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Screening [GDS]) ของ Yesavage et al. (1983) ฉบับภาษาไทยโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา การตอบมี 2 ลักษณะคือ “ใช่”หรือ “ไม่ใช่” คะแนนรวมน้อย หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าน้อย คะแนนมาก หมายถึงมีภาวะซึมเศร้ามาก

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการได้รับการช่วยเหลือและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการใช้แบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคม ของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988) ฉบับภาษาไทย โดย Boonyamalik (2005) จำนวน 12 ข้อ ซึ่งประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือการได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นมาตรวัด 7 ระดับ คะแนนรวมมีค่า 12-84 คะแนนรวมสูงหมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบปัจจัยทำนายที่มีผลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. นำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนและแก้ปัญหาการให้กับผู้ป่วยได้

อย่าง

มีประสิทธิภาพ

3. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพในการวิจัยทางการพยาบาลเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วย

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความครอบคลุมในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและทฤษฎีการสูงอายุ
2. ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ
3. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
4. แนวคิดคุณภาพชีวิต
5. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
7. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและทฤษฎีการสูงอายุ

1.1 ความหมายของการสูงอายุ

ผู้สูงอายุ Older persons หรือ Elderly people หมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (World Health Organization, 2007) การกำหนดเกณฑ์ในการเรียกผู้สูงอายุนั้นมีการจำแนกและแบ่งการให้ความหมายหลายรูปแบบความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับผู้นำไปใช้ เช่น องค์การสหประชาชาติ กำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก ให้ความหมายว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2552) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70-79 ปี ผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไปนอกจากนี้มีการเรียกแตกต่างกันดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

1) เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เช่น เรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (Theaged, Aging, Old man) เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนัง เหี่ยวยุ่น เป็นต้น ทั้งๆที่บางคนอาจมีลักษณะแก่ชราตั้งแต่อายุยังไม่มากก็ได้

2) เรียกตามอายุมากหรือน้อยตามปฏิทิน เช่น เรียกว่า ผู้สูงอายุ (Older Persons) ซึ่งเป็นการเรียกที่เป็นสากลมากกว่า

3) เรียกตามสถานภาพทางสังคม เช่น เรียกว่า ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior Citizen) ในองค์การหนึ่งๆ ผู้เป็นหัวหน้าย่อมเป็นผู้ใหญ่ขององค์การทั้งๆที่อาจอายุไม่มากหรือไม่ใช่คนแก่ปัจจุบันในการประชุมขององค์การสหประชาชาติตกลงใช้คำว่า Older persons ในการเรียกผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับในประเทศไทยมักใช้คำว่า ผู้สูงอายุ กันเป็นส่วนมากเพราะดูเป็นกลางๆไม่บ่งชี้ว่าแก่หรือชราให้ผู้ถูกเรียกเสียความรู้สึก (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุเป็นการอธิบายปรากฏการณ์การสูงอายุที่เกิดขึ้น ทั้งนี้สมมติฐานที่กล่าวถึงการสูงอายุ ตลอดจนแนวคิดหลายแนวคิดที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุได้รับการยอมรับโดยทั่วกันเป็นการศึกษาค้นคว้าโดยยืนยันจากงานวิจัยและการทดลอง ทฤษฎีการสูงอายุสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theories of aging) ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychologic theories of aging) และทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociological theories of aging) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theories of aging) (Wold, 2008) ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพให้ความสำคัญเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุในเชิงสรีระ (Physical process) ที่เกิดขึ้นในสิ่งมีชีวิต เมื่อเริ่มมีกระบวนการสูงอายุเกิดขึ้น ทฤษฎีในกลุ่มนี้จะมองกระบวนการสูงอายุตั้งแต่ระดับโมเลกุล เซลล์ รวมทั้งระบบการทำงานของสิ่งมีชีวิตนั้นๆ จุดเน้นของทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพจะอธิบายถึงสิ่งต่อไปนี้ ผลของการเสื่อมของอวัยวะส่วนต่างๆทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องก้าวหน้าไปตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงภายในระบบอวัยวะต่างๆที่เกิดขึ้นในสิ่งมีชีวิตทุกชนิดถือเป็นสิ่งปกติจากอายุที่เพิ่มขึ้น ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1.2.1.1 Stochastic Theory ประกอบด้วย

1) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) มีสมมติฐานเกี่ยวกับแนวคิดที่ว่าเกิดการผิดพลาดในขั้นการสังเคราะห์โปรตีนของ DNA ซึ่งการผิดพลาดนั้นทำให้เกิดความผิดปกติของเซลล์ ส่งผลให้เกิดการแก่ตัว การเสื่อมสภาพหรือเซลล์ตายในที่สุด ความผิดพลาดของการสร้างเอนไซม์หรือโปรตีนจะทำให้เกิดการสร้างเซลล์ (Exact copy) ที่แปลก แตกต่างไปจากเดิม การผิดพลาดจากการส่งรหัสพันธุกรรม (Transcription) นี้จะเกิดขึ้นซ้ำไปซ้ำมา เซลล์จะถูกเปลี่ยนไปจากเดิมทุกครั้งที่เกิดการผิดพลาด จนในที่สุดเซลล์ที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างจากเซลล์ต้น แบบโดยสิ้นเชิง (Saxon & Etten, 2002; Miller, 2012).

2) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ได้กล่าวถึงเซลล์ที่ถูก

ทำลายแล้วไม่สามารถซ่อมแซมได้ โดยอนุมูลอิสระเป็นผลจากปฏิกิริยาพื้นฐานของการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย รวมทั้งการได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม มลพิษต่างๆ เช่น โอโซน รังสีต่างๆ รวมทั้งอาหารที่บริโภค ทฤษฎีอนุมูลอิสระนี้เชื่อว่า สารอนุมูลอิสระทำให้เกิดการกลายพันธุ์ (Mutation) ของ DNA-RNA transcription โดยเฉพาะในเนื้อเยื่อเซลล์ของกล้ามเนื้อและระบบประสาทซึ่งมีการเกิดอนุมูลอิสระได้มาก จะเกิดสารที่เรียกว่า Lipofuscin ซึ่งสารนี้มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุ (Wold, 2008; Miller, 2012).

3) ทฤษฎีการเชื่อมโยงไขว้ (Cross- Linkage Theory) มีสมมติฐานเกี่ยวกับการสูงอายุว่าเกิดจากการมีโปรตีนบางอย่างในร่างกายเพิ่มขึ้น และมีการเชื่อมโยงไขว้จับตัวกันมากขึ้น ส่งผลให้ไปขัดขวางกระบวนการเมตาโบลิซึม ทั้งนี้จากการเชื่อมโยงไขว้ไปขัดขวางการได้รับอาหารและการขับของเสียจากเซลล์ทั้งในระดับภายในเซลล์ (intracellular) และนอกเซลล์ (extracellular) โดยทฤษฎีนี้เชื่อว่าโมเลกุลปกติจะมีการยึดติดกันโดยขบวนการทางเคมี (Chemical reaction) ผลจากการเชื่อมโยงนี้ทำให้ความหนา (density) ของ collagen เพิ่มขึ้น แต่ความสามารถในการทำงานในการนำสารอาหารหรือขับของเสียออกจากเซลล์กลับลดลง ผลคือการทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อส่วนนั้นลดลงและส่งผลกระทบต่อโครงสร้างส่วนอื่นๆ (Saxon & Etten, 2002; Miller, 2012)

4) ทฤษฎีความเสื่อมสลาย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการตายเกิดจากผลของเนื้อเยื่อต่างๆ มีการเสื่อมสภาพและไม่สามารถคืนสู่สภาพดั้งเดิมได้ ทำให้เกิดการสูญเสียอย่างถาวร ทฤษฎีนี้เชื่อว่าขบวนการสูงอายุจะถูกเร่งหรือเกิดขึ้นได้มากขึ้นหากมีความเครียด มีการสะสมของการบาดเจ็บหรือการได้รับอุบัติเหตุต่างๆ ซึ่งนำไปสู่การตายได้ เนื่องจากมีการเสื่อมสภาพแล้วร่างกายไม่สามารถสร้างอวัยวะเนื้อเยื่อใหม่มาทดแทนได้ (Saxon & Etten, 2002)

1.2.1.2 Nonstochastic Theories ประกอบด้วย

1) ทฤษฎีโปรแกรม (Programmed Theory or Hayflick Limit Theory) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกายที่เกิดขึ้นในเซลล์และตอบสนองต่อเซลล์และระบบต่างๆ เหมือนมีการกำหนดโปรแกรมไว้ในเซลล์ตั้งแต่ต้นว่าเมื่อไหร่เซลล์จะตาย และเชื่อว่ามนุษย์มีนาฬิกาชีวภาพ (biological clock)

2) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity Theory) เชื่อว่าเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายของมนุษย์ จะทำงานมีประสิทธิภาพลดลง เรียกว่าภาวะดังกล่าวว่า immunosenescence หรือความเสื่อมของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ลดลง ในวัยสูงอายุพบว่าการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะ T-cells มีการลดลงอย่างชัดเจนทำให้การป้องกันสิ่งแปลกปลอมและเชื้อโรคต่างๆ ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันตนเอง (autoantibodies) เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดโรคที่ร่างกายมีการต่อต้านตนเองต่างๆ (Lange & Grossman, 2006)

3) ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุที่เพิ่งเกิดขึ้น (Emerging Theories) ได้แก่ Neuroendocrine Control or Pacemaker Theory แนวคิดนี้เชื่อในความเกี่ยวพันระหว่างระบบฮอร์โมนและระบบประสาท ที่ส่งผลต่อการสูงอายุของมนุษย์ การทำงานของอวัยวะต่างๆรวมถึงกระบวนการเมตาบอลิซึมทั้งหลายเกิดขึ้นเชื่อว่ามีผลจากการควบคุมและการทำงานของระบบ neuroendocrine เพศชายและเพศหญิงจะมีฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์และมีส่วนกับกระบวนการสูงอายุ ซึ่งฮอร์โมนที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการสูงอายุ ได้แก่ Dehydroepiandrosterone (DHEA) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ผลิตจาก adrenal glands พบว่ามีปริมาณลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เกิดความสนใจว่าอาจจะเป็นฮอร์โมนที่ช่วยยับยั้งการสูงวัยได้ และนอกจากนี้ฮอร์โมนเมลาโตนิน(Melatonin) เป็นฮอร์โมนที่ได้รับความสนใจว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับนาฬิกาชีวิต (Biologic clock) ของมนุษย์ ซึ่งแนวคิดนี้มีความเชื่อว่าเมลาโตนินอาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุที่ช่วยเพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและต้านอนุมูลอิสระ Metabolic Theory of Aging / Calorie Restriction เสนอว่าทุกเซลล์หรือเนื้อเยื่อจะมีการกำหนดที่แน่นอนถึงระยะ/ช่วงเวลาของกระบวนการเผาผลาญ (Metabolic lifetime) ดังนั้นหากมีการเผาผลาญหรือ metabolism ที่เผาผลาญอย่างรวดเร็วก็จะทำให้อายุเซลล์เนื้อเยื่อสั้นลง

1.2.2. ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมวิทยา (Sociologic Theories Aging) (Lange & Grossman, 2006) ทฤษฎีนี้มองการสูงอายุในแง่มุมมองที่กว้างขึ้นในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่ผู้สูงอายุนั้นอาศัยอยู่ ทฤษฎีสูงอายุทางสังคมที่มีการกล่าวถึงได้แก่

1.2.2.1. ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การสูงอายุเป็นลักษณะของกิจกรรมที่มีการพัฒนาด้วยตัวเอง มีรูปแบบลักษณะแบบแผนที่เป็นไปตามสังคมปกติเมื่อบุคคลก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมตามสังคม เช่น มีการถอนตัวจากสังคม และลดบทบาทความสำคัญจากกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้เพื่อคงความสมดุลย์ให้แก่สังคมที่จะมีบุคคลอื่นเข้ามาแทนที่บทบาทของผู้สูงอายุที่ถอยตัวออกมา (Lange & Grossman, 2006)

1.2.2.2. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory or Developmental Task Theory) มีความคิดว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นในการทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล และมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง (Positive self concept) ผู้สูงอายุที่ยังมีกิจกรรมสม่ำเสมอจะรู้สึกกระชุ่มกระชวยเป็นหนุ่มเป็นสาวและไม่ถอยหนีจากสังคม แนวคิดนี้อยู่บนฐานความเชื่อที่ว่า การมีชีวิตที่ตื่นตัว ไม่อยู่นิ่ง (Active) ดีกว่าการไม่ทำอะไร (Inactive) และการมีชีวิตที่มีความสุขดีกว่าการไม่มีความสุข (Lange & Grossman, 2006)

1.2.2.3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลสามารถ

จะใช้ชีวิตอย่างต่อเนื่องเนื่องจากการดำรงชีวิตที่ผ่านมา ชีวิตมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกันมาตลอดช่วงชีวิต และเชื่อว่าชีวิตทุกวัยเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการตามวัยของช่วงชีวิต ดังนั้นเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็พยายามที่จะดำรงหรือดำเนินในกิจวัตร บ้างจ่าย สิ่งที่ชอบ ค่านิยมความเชื่อ พฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นส่วนตัวของบุคคลนั้นต่อเนื่องไปอย่างไม่หยุดนิ่ง (Miller, 2012)

1.2.2.4. ทฤษฎีการแบ่งชั้นอายุ (Age stratification Theory) มีความเชื่อว่า ผู้สูงอายุ เป็นบุคคล ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสังคม เป็นสมาชิกของกลุ่ม มีหมู่เหล่าและมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ดังนั้นการสูงอายุจะเป็นปฏิสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันระหว่างบุคคลและสังคมอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา

1.2.2.5. ทฤษฎีความพอเหมาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit Theory) กล่าวว่าสัมพันธภาพระหว่างกันของกลุ่มบุคคล ผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งกำหนดถึงสมรรถนะในตัว (personal competence) ของบุคคลนั้นๆ ความสามารถในตัวบุคคลจะถูกหล่อหลอมอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นสมรรถนะเหล่านี้อาจเปลี่ยนแปลงไปหรือลดลง ส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อม เชื่อว่ายิ่งบุคคลอายุเพิ่มขึ้นสิ่งแวดล้อมจะยิ่งเพิ่มความรู้สึกถูกคุกคาม (Threatened) กับบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม (Lange & Grossman, 2006)

1.2.3. ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่า การพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องไม่มีการสิ้นสุด ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยาจะเป็นการรวมทั้งทฤษฎีทางชีวภาพ และทางสังคมร่วมกันอธิบายกระบวนการสูงอายุ ซึ่งทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยานั้นสามารถแบ่งเป็นกลุ่มทฤษฎีที่สามารถอธิบายกลไกทางจิตวิทยาได้ดังนี้

1.2.3.1. ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามขั้นของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Human Need Theory) มาสโลว์ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์โดยได้แบ่งความต้องการพื้นฐานทั่วไปของมนุษย์ออกเป็น 5 ขั้น คือ (Saxon & Etten, 2002; Lange & Grossman, 2006)

- 1) ความต้องการด้านร่างกายเช่น ความต้องการอาหาร น้ำ การขับถ่าย อากาศ การพักผ่อน ความสะอาด และความต้องการทางเพศ
- 2) ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย
- 3) ความต้องการด้านความรัก ความเข้าใจ การเป็นเจ้าของ
- 4) ความต้องการการเคารพในตนเอง
- 5) ความต้องการทำในสิ่งที่ต้องการสูงสุดให้เป็นจริง มาสโลว์ได้กล่าวถึงแต่

ละชั้นของความต้องการของมนุษย์ ซึ่งต้องได้รับการตอบสนองในขั้นต่ำสุดก่อนค่อยเลื่อนขึ้นไปยังชั้นที่สูงขึ้น

1.2.3.2. ทฤษฎีเอกัตบุคคลของจุง (Jung's Theory of Individualism) ทฤษฎีนี้เสนอว่า บุคลิกภาพของบุคคล มีทั้งลักษณะที่เปิดเผยต่อโลกภายนอก (Extrovert) และลักษณะส่วนภายในของบุคคล (Introvert) สมดุลระหว่าง 2 ลักษณะนี้จะแสดงถึงความเป็นบุคคลนั้นๆ ซึ่งสำคัญต่อสุขภาพจิตของบุคคล เมื่อบุคคลอายุเพิ่มมากขึ้นบุคลิกภาพจะเริ่มเปลี่ยนจากการมองภายนอกมุ่งที่สร้างหรือมองตนเองในตำแหน่งที่อยู่ในสังคมภายนอก เป็นการมองเข้ามาภายในตน บุคคลจะมีลักษณะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ตามแนวคิดของจุงนั้นจะมองเข้ามาภายในตนและเห็นคุณค่าของตนมากกว่าจะมองเห็นแต่ความสำคัญหรือเสื่อมถอยของร่างกาย บุคคลจะต้องสามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้นได้ (Lange & Grossman, 2006; Wold, 2008)

1.2.3.3. ทฤษฎีการพัฒนา 8 ขั้นของชีวิต (Eight stage of life theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่า ขบวนการพัฒนาของชีวิตจะสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลจากวัฒนธรรมและสังคม อิริคสันได้แบ่งช่วงชีวิตคนเป็น 8 ระยะ โดยระยะ 1 – 6 เป็นระยะตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 40 ปีระยะที่ 7 เป็นระยะที่เรียกว่า Generativity คือบุคคลในช่วงอายุ 40 – 60 ปี เป็นช่วงวัยกลางคนที่บุคคลมีความเข้าใจและยอมรับในตนเอง บุคคลในวัยนี้จะมีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ มุ่งสร้างความสำเร็จในชีวิต ซึ่งหากวัยนี้ประสบความสำเร็จชีวิตมั่นคงเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ก็จะส่งผลให้ชีวิตมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะทำให้การดูแลโอบอุ้ม (nurture) ลูกหลานหรือบุคคลวัยอื่น แต่หากในทางตรงข้ามที่บุคคลไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตก็จะทำให้เกิดภาวะหยุดนิ่งหรือ Stagnation และในระยะที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุมีความเจริญมั่นคงในชีวิต มีการยอมรับ (acceptance) จากการประเมินตนเองหรือจากการประเมินความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาคุณค่าของบุคคลในวัยนี้อยู่ที่ภูมิปัญญา (wisdom) ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุในระยะนี้ไม่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในชีวิตก็จะเกิดความท้อแท้หมดหวัง (despair) รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมายความชราเป็นปรากฏการณ์ที่มีความหลากหลายมีทฤษฎีมากมายที่ได้รับการเสนอว่ามีส่วนร่วมในกระบวนการชราจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุแต่ละคนที่แตกต่างกันซึ่งยังไม่มีสาเหตุที่แน่ชัด ในกระบวนการเกิดของแต่ละทฤษฎีจะมีส่วนที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันไปซึ่งยังต้องการการศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อหาสาเหตุของความชราต่อไป (Lange & Grossman, 2006)

1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่พร้อมกันและไม่เท่ากันสภาพความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจจะมีมากในระยะนี้ ขาดความคล่องแคล่ว ว่องไว ความจำเสื่อม

ความคิดความอ่านช้าลง สภาพทางร่างกายเสื่อมถอย หูตึง ตามัว ผมหงอก เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้เป็นผลทำให้ดุลการเจริญเติบโตลดลง แต่ความเสื่อมโทรมเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงตามอายุจะเกิดขึ้นไม่เท่ากันในแต่ละคนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งจะเห็นความเสื่อมของร่างกายเป็นรูปธรรมก็เมื่ออายุมากกว่า 60 ปี การเสื่อมของสภาพร่างกายนอกจากจะเกิดตามอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังขึ้นกับกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล (บรรลุ ศิริพานิช, 2548) ดังนี้

1.3.1 ระบบโครงร่าง ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้นรูปร่างของมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไปคือ

ผมเป็นสิ่งแรกของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงให้เห็นได้ชัดภายนอกจากสีเดิมเป็นสีขาวแห้งและร่วงง่าย เนื่องจากเนื้อเยื่อหนังศีรษะเหี่ยวลง การไหลเวียนของโลหิตลดลง เส้นผมได้อาหารไม่เพียงพอ อัตราการงอกของผมลดลง เส้นผมจะมีขนาดเล็กลงด้วย เส้นผมบนศีรษะลดน้อยลงแต่มีขนเพิ่มขึ้นบริเวณหู คิ้ว รู จมูก และภาวะเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเส้นผมได้ง่าย (Eliopoulos, 2010) การเปลี่ยนสีผมเป็นข้อบ่งชี้อันหนึ่งเท่านั้นที่จะบอกถึงความเสื่อมของร่างกาย แต่จะต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆด้วย

1) ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังพบว่าหนังกำพร้า (epidermis) จะมีความชื้นลดลงต่อมไขมัน (sebaceous gland) โตขึ้นแต่หลั่งน้ำมันออกน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุมีผิวหนังแห้ง แดงง่าย บางลงเล็กน้อยทำให้ลอกหลุดได้ง่าย Melanocytes ลดน้อยลง ทำให้สีผมและขนหงอกขาว หนังแท้ (desmis) จะมีความหนาลดน้อยลงและ collagen ลดลง หลอดเลือดลดลงทำให้ผิวหนังซีด เหงื่อออกน้อย การควบคุมอุณหภูมิร่างกายทำไม่ได้ดี การดูดซึมสารต่างๆ ทางผิวหนังลดลงและต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น เนื้อเยื่อต่างๆจะขาดความตึงตัว เนื่องจากการลดจำนวนน้ำในเซลล์ต่อมเริ่มเหี่ยว น้ำมันใต้ผิวหนังมีน้อย เลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังก็น้อยลงทำให้ผิวหนังเริ่มเหี่ยวแห้ง หยาบ การลดจำนวนไขมันใต้ผิวหนังทำให้ผิวหนังหย่อนยาน ปรากฏรอยย่นชัดเจน บริเวณหน้าผากมักเกิดรอยย่นขึ้นก่อนบริเวณอื่นเนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าผาก รอยย่นนี้เริ่มเกิดเมื่ออายุเพียง 20 ปีและจะมากขึ้นเมื่ออายุ 30-40 ปี ยิ่งอายุสูงขึ้นรอยย่นก็ยิ่งเพิ่มความลึกนอกจากนี้ต่อมเหงื่อลดลงทำให้เหงื่อออกน้อยลง ต่อมกลิ่นลดลงทำให้กลิ่นตัวลดลง (Thouhy & Jett, 2010)

2) กระดูก วัยสูงอายุเป็นวัยที่กระดูกเปราะง่าย ถ้าได้รับอันตรายเพียงเล็กน้อยจะทำให้กระดูกหักได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากการสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น ปริมาตรของกระดูกที่บริเวณแกนกลางสูญเสียเร็วกว่าบริเวณนอก ผู้ชายก็มีการสูญเสียเช่นกันแต่น้อยกว่าผู้หญิงประมาณครึ่งหนึ่ง ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ซึ่งพบมากในสตรีช่วงวัยหมดประจำเดือน จึงทำให้เกิดกระดูกสันหลังของผู้หญิงโก่งได้เร็ว เป็นสาเหตุให้กระดูกขาท่อนบนและปลายกระดูกแขนหักได้ง่าย ส่วนข้อเข้าพบว่าการเปลี่ยนแปลงเริ่มเมื่ออายุ 20 ปีโดยมีการเสื่อมของกระดูกอ่อน และอีกสาเหตุหนึ่งคือการขาดวิตามินดี เพราะผู้สูงอายุมักไม่ชอบแสงแดด จะอยู่แต่ภายในบ้าน และการกินอาหารไม่เพียงพอเพราะมีปัญหาเรื่องการเคี้ยว โอกาสขาดวิตามินดีจึงมีสูง

เมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป หมอนรองของกระดูกสันหลังมักจะกร่อนและแบนลงมาก ทำให้หลังโก่งงอ หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงของร่างกายลดลง (Linton, 2007; Wold, 2008)

3) เล็บ เล็บจะหนาแข็งและเปราะ เนื่องจากการไหลเวียนของโลหิตส่วนปลายน้อยลง ทำให้การจับตัวของแคลเซียมบริเวณเล็บลดลงด้วย (Saxon & Etten, 2002)

4) หู การได้ยินจะเริ่มเสียเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของประสาทรับเสียงในหูชั้นใน ทำให้การส่งกระแสประสาทของเสียงไปยังอวัยวะรับการได้ยินซึ่งอยู่ในหูเสียไป อาการหูตึงในผู้สูงอายุจะพบมากเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป (Ayalon, 2006; Eliopoulos, 2010)

5) ตา ลักษณะตาของผู้สูงอายุจะเล็กลง เพราะจำนวนไขมันหลังลูกตาน้อยลง หนึ่งตาบนจะตกหรือต่ำเนื่องจากการยืดหยุ่นของหนังตาลดลง ตาลึก มีความเสื่อมโทรมของประสาทตา มีความไวต่อแสงน้อยทำให้มองภาพใกล้ไม่ชัด การยืดหยุ่นของเลนส์เสียไป การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีสายตายาว นอกจากนี้จะมีวงแหวนขาวที่ขอบตาดำเกิดขึ้น แต่ไม่มีอันตรายใดๆ และไม่มีผลต่อการเห็น (Ayalon, 2006; Eliopoulos, 2010)

1.3.2 ระบบสมองและประสาท การรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุจะลดน้อยลง การประสานตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมก็ลดลงด้วย น้ำหนักของสมองจะลดลงเซลล์ประสาทของสมองตายและสูญเสียไป แต่ก็ไม่ได้เกิดกับเซลล์ประสาททุกชนิด สารสื่อประสาทมีจำนวนลดน้อยลง ทำให้การสื่อสารลดลง มีการเปลี่ยนแปลงในสติปัญญา ความจำ และข้อมูลทางจิตวิทยาของผู้สูงอายุ พบว่าความฉลาด (Intellectual performance) พบว่าคนมีความสามารถสูงสุดในช่วงอายุ 20-30 ปี ความสามารถนี้จะคงอยู่ตลอดชีวิตเว้นแต่มีโรคแทรกซ้อน ความสามารถเชิงความเร็วในการจัดการกับข้อมูลจะลดลงช้าๆ ตลอดเวลาของอายุที่มากขึ้นความสามารถในด้านการพูด (Verbal skill) ของผู้สูงอายุจะลดลง พฤติกรรมและกระบวนการด้านใช้ความเร็วด้านกายภาพของร่างกายลดลง การเรียนรู้และความจำการหลงลืมเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ มีความเสื่อมของการเรียนรู้และความจำในผู้สูงอายุโดยเฉพาะภายหลังอายุ 70 ปี การเห็นเสื่อมลงความคมชัดของการเห็นลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการได้ยิน ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปีจะมีอาการหูตึง การทรงตัวเสื่อมลงทำให้ไม่มั่นคงไม่มีความสมดุลที่ดี ทำให้ต้องเดินกขาเพื่อกันล้มหรือมีความเสี่ยงที่จะหกล้มความสามารถในการรับกลิ่นของผู้สูงอายุลดน้อยลงเมื่ออายุ 60 ปี การรับรสลดลงเพราะตุ่มรับรสลดลง การรับสัมผัสแต่ละต้องในผู้สูงอายุจะเสื่อมลงโดยการรับการสัมผัสที่อ่อนบริเวณขาจะรู้สึกมากกว่าแขน ระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อมลงพบได้บ่อยคือรูมาตาเล็กกลองตอบสนองต่อแสงและ accommodation น้อยลง ความดันโลหิตลดลงเมื่อมีการเปลี่ยนอิริยาบถ มีความเสื่อมของการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย (Saxon & Etten, 2002)

1.3.3 ระบบกล้ามเนื้อ ร่างกายประกอบด้วยกล้ามเนื้อที่สำคัญ คือกล้ามเนื้อลาย ซึ่งเป็น

กล้ามเนื้อค้ำจุนโครงสร้างของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อแขน ขา เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เลือดที่ไหลผ่านกล้ามเนื้อลดลงเป็นผลให้การขนส่งอาหารและสิ่งจำเป็นต่างๆ ที่มาตามเลือดลดลง ผลโดยรวมจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้กำลังกล้ามเนื้อลดลง เมื่อกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง มีความเสื่อมสมรรถภาพเกิดขึ้นจะมีผลให้ความคล่องตัวในการทำกิจกรรมต่างๆที่ต้องใช้กล้ามเนื้อลดลงไปด้วย กล้ามเนื้ออีกชนิดหนึ่งคือกล้ามเนื้อเรียบ เช่น ลำไส้ กล้ามเนื้อชนิดนี้จะเคลื่อนไหวด้วยตัวเอง จะมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าพวกแรก และอาจทำงานปกติตลอดด้วยอายุก็ได้ ไชมันในชั้นใต้ผิวหนังเพิ่มขึ้นจนถึงอายุ 70 ปีแต่จะแตกต่างกันไป ส่วนไขมันใต้ผิวหนังลดลงบริเวณหน้าและหลังมือ แต่เพิ่มมากขึ้นบริเวณหน้าท้องและต้นขา (Thouhy & Jett, 2010)

1.3.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจเมื่ออายุมากขึ้น collagen จะหนาขึ้นเป็นผลให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงประสิทธิภาพของการหดและคลายตัวของหัวใจลดลง น้ำหนักของหัวใจลดลง และมีสาร amyloid ไปสะสมที่กล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นตามอายุ ลิ้นหัวใจเมื่ออายุมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงมากที่เอออร์ติกและไมตรัล เกิดจากการลดลงของนิวเคลียส มีการสะสมไขมันใน fibrous stroma และมีการเสื่อมของ collagen ประกอบกับมีการสะสมของแคลเซียม มีผลทำให้ลิ้นหัวใจเคลื่อนไหวเปิด-ปิดน้อยลง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นอาจดึงลิ้นหัวใจเอออร์ติกแคบเล็กลง ส่วนไมตรัลก็เปลี่ยนแปลงคล้ายคลึงกันแต่น้อยกว่าหลอดเลือดแดง โคโรนารี (Coronary Arteries) ปริมาณเนื้อยืดหยุ่น (elastic) ในผนังหลอดเลือดจะลดลง 1 ใน 3 (เป็นผลมาจากการเสื่อมของ elastic laminae) มีการสะสมของแคลเซียมและไขมันมากขึ้นคล้ายกับการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (arteriosclerosis) อัตราการเต้นของหัวใจลดลงเพราะ S-A node ทำงานลดลง การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่ Ventricle ช้าลง ปริมาณเลือดของหัวใจ (Cardiac output) ขณะพักจะลดลงทั้งนี้เป็นผลจากการเต้นของหัวใจช้าลง และ stroke volume ลดลง เมื่ออายุสูงขึ้นผนังหลอดเลือดจะลดความยืดหยุ่นและเส้นเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้น มีโปรตีนมาเกาะมากขึ้น ผนังชั้นกลางมีการเสื่อมสลายและมีไขมันมาพอกพูนมากขึ้น ในระยะหลังจะเริ่มมีแคลเซียมมาเกาะติดมากตามไป ด้วย ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็ง ความแรงของชีพจรจะลดลง รูของเส้นเลือดก็แคบลงด้วย ทำให้มีแรงต้านทานการไหลเวียนของเลือดมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงมักมีความดันเลือดสูงขึ้นกว่าปกติได้ ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลงเป็นผลให้เกิดการตาย และการเสื่อมของอวัยวะต่างๆได้ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Linton, 2007; Wold, 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

1.3.5 ระบบหายใจ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นถุงลมจะแบนและบางลง ยืดหยุ่นขยายตัวได้น้อยลง ผนังของถุงลมจะโป่งพอง ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกในแต่ละครั้ง (Tidal volume – TV) ลดลงเนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกลดน้อยลง หลอดลมมีพังผืดเพิ่มขึ้นและแข็งตัวมากขึ้น เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรปอดความยืดหยุ่นของปอดลดลง ถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้น เมื่อความจุของปอดจะลดลง ทำให้มีปริมาตรของอากาศค้างในปอดเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากความ

ยืดหยุ่นของเนื้อปอด หลอดลมลดลง เยื่อหุ้มปอดแห้งทึบเป็นสาเหตุนำไปสู่การลดการขยายตัวของปอด ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดการคั่งของน้ำในปอดของคนสูงอายุได้ง่าย นอกจากนี้จะมีการเกาะจับของแคลเซียมในกระดูกอ่อนของกระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลัง ประกอบการทำงานของกล้ามเนื้อเสื่อมสภาพด้วย การเคลื่อนไหวของทรวงอกจึงถูกจำกัด การหายใจส่วนใหญ่จะต้องใช้กะบังลมช่วย ฉะนั้น ผู้สูงอายุมักจะเหนื่อยหอบได้ง่าย (Thouhy & Jett, 2010)

1.3.6 ระบบทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหา มาก นับตั้งแต่ปากซึ่งจะมีฟันที่โยกคลอน หักง่าย หรือใส่ฟันปลอม จึงมีปัญหาต่อการเคี้ยวมากและการรับรสจะไม่ดีเท่าที่ควร ผู้สูงอายุมักเลือกอาหารประเภทแป้งมากขึ้น เพราะเคี้ยวง่าย ทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็น เช่น โปรตีน วิตามิน เกลือแร่ นอกจากนี้ ภาวะอาหารจะหลังกรดและน้ำย่อยลดลง เป็นผลทำให้สมรรถภาพในการย่อยอาหารลดลง ลำไส้เล็กจะมีการเคลื่อนไหวลดน้อยลงชัดเจน ส่วนการดูดซึมอาหารพบว่าการดูดซึมสารคาร์โบไฮเดรตลดลง โปรตีนคงเดิม ไขมันโดยทั่วไปลดลงวิตามินที่ละลายในไขมันดูดซึมได้มากขึ้น วิตามินดีดูดซึมได้ลดลง ส่วนเกลือแร่พบว่าดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลง การเปลี่ยนแปลงของลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบว่าเยื่อบุลำไส้ฝ่อลีบลงมีการเปลี่ยนแปลงที่ต่อมผนังลำไส้อาหารผ่านลำไส้ช้าลง ทำให้เศษอาหารค้างคั่งนานเป็นผลให้ช่องลำไส้ใหญ่ โตขึ้น ความไวต่อการถูกกระตุ้นลดลงมีผลทำให้มีอาการท้องผูกมากขึ้น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่บริเวณทวารหนักลดลง เนื้อตับอ่อนมีพังผืดเพิ่มขึ้นและมีไขมันเข้าแทรกมากขึ้น ท่อน้ำดีโตขึ้น น้ำหลังจะมีปริมาตรลดลงทั้ง amylase และ trypsin ตับมีขนาดเล็กลงเลือดไหลเข้าสู่ตับน้อยลง เซลล์ของตับมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการตายเกิดขึ้นสังเคราะห์โปรตีนได้น้อยลง ระบบท่อต่างๆ ในตับมีการแตกแขนงเพิ่มมากขึ้น ท่อน้ำดี (common bile duct) มีขนาดโตขึ้น น้ำดีปริมาณของไขมันเข้มข้นขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ทำลายพิษของตับลดลง (Linton, 2007)

1.3.7 ระบบทางเดินปัสสาวะ ไตจะมีขนาดเล็กลงและจำนวนหน่วยกรอง (glomerulus) ลดลง 30-50 % และมีลักษณะผิดปกติมากขึ้น โดยมีแคลเซียมมาตกสะสม บริเวณเนื้อไตชั้นนอก (cortex) มีหลอดเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ในขณะที่บริเวณเนื้อชั้นใน (medulla) มีหลอดเลือดเลี้ยงเพิ่มขึ้น ทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นมากขึ้น เลือดที่ไหลผ่านไตจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น อัตราการกรองของหน่วยกรองลดลงและมีขนาดเล็กลง จึงทำให้อัตราการกรองของเสียออกจากเลือดลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น การขับถ่ายปัสสาวะพบว่าช่องขับถ่ายปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดของผู้สูงอายุมีสมรรถภาพลดต่ำลง บางคนจึงไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ดีเท่ากับเมื่อยังเป็นหนุ่มสาวทำให้ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย ในผู้ชายมักมีต่อมลูกหมากโตทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากและถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น (Ayalon, 2006)

1.3.8 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland) วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อต่างๆ พบว่าต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) มีการเหี่ยวของผิวต่อมปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง

ต่อมหมวกไต (adrenal gland) พบว่า adrenal androgens และ mineral corticoid function มีปริมาณลดลงทำให้ dehydroepiandrosterone (DHEA) ลดลง ต่อมธัยรอยด์ (Thyroid gland) พบว่าระยะครึ่งชีวิตฮอร์โมน (half-life) ของ T4 ในเลือดจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และตับอ่อน (pancreas) เป็นอวัยวะที่สร้างฮอร์โมนอินซูลิน (insulin) ทำหน้าที่ให้น้ำตาลกลูโคสของร่างกายอยู่ในภาวะดุลยภาพ เมื่อสูงอายุพบว่าเซลล์ของตับอ่อนฝ่อลีบลง แม้ทางโครงสร้างจะเปลี่ยนไม่มาก แต่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา คือ ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้สูงอายุจะสูงกว่าคนอายุน้อย ทำให้พบโรคเบาหวานมากขึ้นในผู้สูงอายุ (Thouhy & Jett, 2010)

1.3.9 ระบบสืบพันธุ์ เพศชายลูกอัณฑะจะมีขนาดเล็ก เชื้ออสุจิมีการเคลื่อนไหวลดน้อยลง การสร้างเชื้ออสุจิในแต่ละวันของคนสูงอายุจะลดน้อยลง และมีโอกาสเกิดภาวะไม่มีเชื้ออสุจิได้มากกว่าคนอายุน้อย โดยคุณภาพของน้ำอสุจิจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุการสร้างฮอร์โมน testosterone น้อยลงทำให้ระดับ testosterone ในเลือดลดลง ต่อมลูกหมากจะขยายโตขึ้น ถุงเก็บน้ำอสุจิจะมีขนาดเล็กลง ความสามารถในการแข็งตัวขององคชาติจะลดลง ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เพศหญิงพบว่า อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวยุบ ไขมันใต้ผิวหนังจะลดลง ขนในที่ลับบางลง ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลงและความยืดหยุ่นลดลง น้ำหลังต่างๆ จากผิวช่องคลอดลดลง ปากมดลูกจะมีขนาดเล็กลง cervical canal แคบลง น้ำหลังจาก endocervix ลดลงมดลูกจะมีขนาดลดลง มี fibrous และแคลเซียมเกาะสะสมมากขึ้น เยื่อบุผิวมดลูกจะเสื่อมลงจำนวนต่อมต่างๆ ลดลง มีพังผืดมาแทรกแซมมากขึ้น เยื่อบุภายใน cecum จะเสื่อมหายไป แต่มีเยื่อพังผืด มาแทนมากขึ้น รังไข่มีขนาดเล็กลง Atretic follicles จะค่อยๆ หายไป และมีพังผืดมาแทนที่ เมื่ออายุมากขึ้นรอบเดือนจะสั้นลงจนถึงอายุประมาณ 45-50 ปีประจำเดือนจึงเริ่มขาดรังไข่จะฝ่อเล็กน้อยและหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน (Eliopoulos, 2010)

1.3.10 การเปลี่ยนแปลงทางจิตและพฤติกรรม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพและสังคมสิ่งแวดล้อมมากและรวดเร็ว ทำให้เกิดความเครียดซึ่งต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงให้ได้ ถ้าชีวิตมีการเตรียมตัวดี (สุขภาพจิตดี) ก็ปรับตัวได้ ถ้าชีวิตไม่มีการเตรียมตัว (สุขภาพจิตไม่ดี) ก็ปรับตัวได้ยาก จะเกิดพฤติกรรมหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น อาการเหงา ว้าเหว่ หลงลืม วิดกกังวล หวาดระแวง ซึมเศร้า ฯลฯ ซึ่งบางครั้งอาจรุนแรงถึงขั้นเจ็บป่วยได้มากน้อยแล้วแต่บุคคลการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็นผลต่อเนื่องมาจากกระบวนการชรา เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทุกคน และยิ่งขึ้นกับกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลด้วย (บรรลุศิริ พานิช, 2548) ช่วยให้เข้าใจถึงความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากวัยชรา กับวัยเจริญเติบโตได้ชัดเจน ดังนั้นผู้ที่มิพบทบทวนให้การดูแลผู้สูงอายุจึงควรมีความรู้เรื่องทฤษฎีการสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ สามารถเข้าใจถึงกระบวนการสูงอายุเพื่อนำไปประกอบในการให้การพยาบาลช่วย เหลือดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตต่อไป (Thouhy & Jett, 2010)

2 .ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย สาเหตุมาจากในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งในด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาของการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนต่างๆเกิดขึ้นตามกระบวนการสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ง่ายขึ้น

2.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

American Heart Association (AHA, 2012) ได้ให้ความหมายภาวะหัวใจล้มเหลวว่า เป็นโรคเรื้อรังที่กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถสูบฉีดโลหิตได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Cardiology[ACC], 2005) ให้คำจำกัดความของภาวะหัวใจล้มเหลว คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในโครงสร้างหรือหน้าที่ของหัวใจ ทำให้หัวใจห้องล่างไม่สามารถรับเลือดหรือสูบฉีดเลือดได้ตามปกติ

สมนพร บุญยะรัตเวช (2543) ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวว่า เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ทำให้สูบฉีดเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ไม่พอกับความต้องการ การทำงานที่ผิดปกติของหัวใจมีผลต่อระบบประสาทฮอโมน ผลที่ตามมาคืออาการเหนื่อยง่าย มีการคั่งของน้ำในร่างกาย

สมจิต หนูเจริญกุล (2544) ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวว่า เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการในขณะพักหรือเมื่อต้องออกกำลังกาย ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงเกิดจากหัวใจต้องทำงานหนักเกินกำลัง และความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ (2550) ได้ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวว่าเป็น ภาวะผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดให้เพียงพอสำหรับความต้องการของร่างกาย (Metabolic requirements) และ/หรือ สามารถสูบฉีดได้เพียงพอโดยการเพิ่มปริมาณความดันเลือดห้องหัวใจล่างในช่วงคลายตัว

ผ่องพรรณ อรุณแสง (2555) ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และ/หรือ สามารถสูบฉีดได้เพียงพอ

กล่าวโดยสรุป ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวและคลายตัวเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหัวใจหรือสาเหตุอื่นๆ

2.2 การเปลี่ยนแปลงของหัวใจและระบบการไหลเวียนเลือดในผู้สูงอายุ

ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุอาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดเนื่องจากความชรา และจากการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ ความดันโลหิตสูง หรือ เบาหวาน ภาระบวมการสูงอายุยังทำให้หลอดเลือดแดงตีบแข็ง เป็นการเพิ่มภาระของหัวใจ และทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีพังผืด ผนังเวเนทรีเคิลหนาตัวอย่างผิดปกติ ส่งผลต่อการคลายตัวของหัวใจจนเกิดความผิดปกติในหน้าที่คลายตัว หรือ Diastolic dysfunction ความผิดปกติของลิ้นหัวใจในกระบวนการชราจากการมีแคลเซียมเกาะที่ลิ้น Aortic และ Mitral จะมีผลต่อการทำหน้าที่ของหัวใจ (Maurer et al, 2011) นอกจากนี้ ภาระบวมการสูงอายุยังมีผลต่อระบบการนำไฟฟ้าของหัวใจ และอาจทำให้การนำไฟฟ้าของเวเนทรีเคิลผิดปกติ หัวใจเต้นช้าผิดปกติ และเกิด Sick Sinus Syndrome ได้ (Lewis & Bottomley, 2008; Scott & Quinn, 2012)

ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดหลายอย่าง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของหัวใจ การทำหน้าที่ และความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางพยาธิสรีระภาพ ภาระบวมการสูงอายุตามปกติขึ้นกับปัจจัยของแต่ละบุคคล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ การตอบสนองต่อการกระตุ้น Beta-adrenergic ลดลง ทำให้เกิดการจำกัดความสามารถของหัวใจในการเพิ่มอัตราและเวลาในการบีบตัว การแข็งตัวของหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น การเผาผลาญพลังงานของกล้ามเนื้อหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงในระดับ Mitochondria ตัวนำสารสื่อประสาทที่ทำให้เส้นเลือดส่วนปลายคลายตัว และการเพิ่มการไหลเวียนของ Catecholamine ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Deaton, Bennett, and Riegel, 2004; Maurer et al, 2011; Rich, 2012) อายุที่เพิ่มมากขึ้นจะมีการสะสมของคอลลาเจนในหัวใจ ทำให้หัวใจมีความยืดหยุ่นลดลง เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการบีบตัวและการขยายตัวของหัวใจ ปรากฏการณ์สำคัญของการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนเลือดในผู้สูงอายุ คือ ในการออกกำลังที่เพิ่มมากขึ้น ปริมาตรเลือดที่หัวใจของผู้สูงอายุส่งออกต่อหนึ่งนาทีไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากหัวใจบีบตัวได้ลดลงและการเต้นของหัวใจเพื่อตอบสนองต่อการออกกำลังกายลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555; Lewis & Bottomley, 2008) เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

การเปลี่ยนแปลงทางด้านการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย และระบบไหลเวียนโลหิต พบว่าในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคหัวใจการบีบตัวของหัวใจจะลดลงไม่มาก แต่จะมีปริมาตรเลือดที่ถูกสูบฉีดออกจากหัวใจในระยะเวลา 1 นาที (Cardiac out put) ลดลงได้จากอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลงตามอายุที่มากขึ้น เนื่องจากจำนวน beta 1 receptor ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะออกกำลังกายจะมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจไม่ตี การหนาตัวของผนังหัวใจ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการคลายตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากหัวใจห้อง

ล่างซ้ายทำหน้าที่ผิดปกติในช่วงหัวใจคลายตัว (LV diastolic dysfunction) ได้ง่ายกว่าคนทั่วไป (สมชาย ปรีชาวัฒน์, 2548)

2.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลว

หัวใจที่ปกติสามารถทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการใช้ออกซิเจนของร่างกายที่เพิ่มขึ้นได้ โดยการใช้กำลังสำรองของหัวใจ (Cardiac reserve) ในขณะที่พักปริมาณเลือดที่หัวใจปกติส่งออก ต่อนาทีมีประมาณ 5 – 6 ลิตรต่อนาที และสามารถเพิ่มได้ถึง 5 เท่าหรือ 30 ลิตรต่อนาที แต่ผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวกำลังสำรองของหัวใจลดลงอย่างมาก ใช้ได้พอในขณะพัก (Katz, 2012) ดังนั้น เมื่อเริ่มมีอาการจึงมีอาการเหนื่อยล้าและหายใจลำบาก เนื่องจากหัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดให้ เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เมื่อปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลงและไม่สามารถ ตอบสนองต่อความต้องการของร่างกาย จะมีกลไกการชดเชยของร่างกาย (Compensatory Mechanism) เกิดขึ้น ที่ไม่เพียงมีผลต่อหัวใจเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วน ปลาย กล้ามเนื้อลายและไตด้วย (Katz, 2012)

กลไกการชดเชยแรกที่เกิดขึ้นทันทีภายในเวลาไม่กี่นาที (Acute) คือการกระตุ้นการทำงานของระบบ Sympathetic Nervous System ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดแดง และดำหดตัว และเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ (Katz, 2012; Mann, 2012)

กลไกการชดเชยที่เกิดขึ้นทีหลัง (Chronic) คือ การกระตุ้นระบบ Renin Angiotensin – Aldosterone System ทำให้มีการคั่งของน้ำและเกลือ และกล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้นอย่างผิดปกติ (Myocardial Hypertrophy) เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาที แม้ว่ากลไกชดเชยจะ ช่วยเพิ่มปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีได้ในเบื้องต้น แต่การทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว มีผลทำให้ Afterload เพิ่มขึ้นและทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนัก (Mann, 2012) ดังนั้นจึงเกิด การทำลายหน้าที่การบีบตัวของหัวใจในที่สุด กลไกการชดเชยภาวะหัวใจล้มเหลว คือ

1) การเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ (Increased Heart Rate) การเพิ่มอัตราการเต้น ของหัวใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใด จะมีผลเพิ่มปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาที แต่การชดเชยนี้มี ขีดจำกัด เมื่อหัวใจเต้นเร็วมากเวลาการคลายตัวของหัวใจเพื่อรับเลือดเข้าหัวใจลดลง ดังนั้นปริมาณ เลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีจึงลดลงแม้อัตราการเต้นจะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมี ความต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น

2) การเพิ่มปริมาณเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้ง (Improved Stroke Volume) การกระตุ้นประสาท Sympathetic ที่ทำให้หลอดเลือดดำหดตัว จะเพิ่มปริมาณเลือดที่กลับเข้าสู่ หัวใจ เกิดหัวใจยืดขยาย (Cardiac dilatation) Preload เพิ่มขึ้น การบีบตัวจึงแรงขึ้น และ ปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีจึงเพิ่มขึ้น แต่การชดเชยนี้มีขีดจำกัด เพราะเมื่อใดที่โยกกล้ามเนื้อ

ถูกยืดขยายอย่างมากเกิน การหดตัวจะไม่มีประสิทธิภาพและการยืดขยายนี้หัวใจต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น อาจเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้หัวใจบีบตัวลดลงในที่สุด (Greenberg & Kahn, 2012)

3) การหดตัวของหลอดเลือดแดง (Arterial Vasoconstriction) จะช่วยรักษาความดันโลหิตและช่วยเพิ่มการกำซาบเลือดภายใต้ภาวะที่มีปริมาตรเลือดออกจากหัวใจลดลง ในขณะเดียวกันจะเพิ่ม Afterload ด้วย ซึ่งยิ่งทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น เวนทริเคิลต้องเสียพลังงานเพื่อเอาชนะ Afterload จึงทำให้ปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกลดลง

4) การเพิ่มแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (Increased Myocardial Contraction) ระบบประสาทซิมพาธิก จะกระตุ้นใยกล้ามเนื้อหัวใจให้หดตัวมากขึ้น ที่เรียกว่ามี positive inotropic effect ซึ่งจะช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีได้มากขึ้น แต่ในขณะที่กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ หัวใจจะไม่สามารถเพิ่มความแรงในการหดตัวได้ (Katz, 2012; Mann, 2012)

5) การเก็บน้ำและเกลือ (Sodium & Water Retention) ในภาวะที่ร่างกายมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง เลือดที่ไปเลี้ยงไตก็จะลดลง เกิดการกระตุ้นระบบ Renin Angiotensin – Aldosterone ทำให้มีการปล่อย Renin enzyme ออกมาในกระแสเลือด และทำปฏิกิริยากับ Angiotensin เกิดเป็น Angiotensin I และสารนี้จะถูก Angiotensin Converting Enzyme เปลี่ยนเป็น Angiotensin II ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัวมากขึ้น นอกจากนี้แล้วยังทำให้มีการหลั่ง Norepinephrine จากปลายประสาท Sympathetic และกระตุ้น Adrenal medulla ให้หลั่ง Aldosterone มีผลทำให้มีการดูดน้ำและเกลือกลับมากขึ้น มีการเพิ่ม Preload และเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีได้ (Greenberg & Kahn, 2012; Mann, 2012)

6) การหนาตัวอย่างผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial Hypertrophy) การหนาตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นการเพิ่มมวลหรือน้ำหนักของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการขยายขนาดของใยกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นการเพิ่มปริมาณของกล้ามเนื้อ โดยไม่มีการเพิ่มจำนวนเซลล์กล้ามเนื้อ เรียกว่า Myocardial Remodeling เชื่อว่าเป็นผลจากการกระตุ้นการทำงานของหัวใจโดย Sympathetic Nervous System และ Renin Angiotensin – Aldosterone System

ผนังหัวใจที่หนาขึ้นให้ผลดี คือ จะบีบตัวได้แรงขึ้น ทำให้ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีเพิ่มขึ้น เป็นการลดความตึงในผนังหัวใจ แต่ผลในระยะยาวจะทำให้เซลล์กล้ามเนื้ออยู่ห่างจากหลอดเลือดฝอยมากขึ้น เกินความสามารถของหลอดเลือด collateral ที่จะส่งเลือดไปเลี้ยง นอกจากนี้การหนาตัวอย่างผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจมักมีความพร่องออกซิเจนอยู่ด้วยเสมอ ทำให้การบีบตัวไม่มีประสิทธิภาพ อาจเกิดภาวะขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Katz, 2012;

Mann, 2012) กลไกการชดเชยที่ทำหน้าที่มากเกินไป จะทำให้การทำงานของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเปลี่ยนไป และการมี Neurohormone ที่มากเกินไป จะส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเปลี่ยนจากสภาพชดเชยได้ (Compensate Heart Failure) เป็นสภาพที่ไม่สามารถชดเชยได้ (Decompensate Heart Failure) ภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่สามารถชดเชยได้ (Decompensate Heart Failure) ในภาวะนี้หัวใจห้องล่างจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างที่เรียกว่า Remodeling มากขึ้นเรื่อยๆ แต่เมื่อกกลไกการชดเชยเกิดขึ้นเป็นเวลานาน โครงสร้าง หน้าที่และลักษณะอื่นของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะเปลี่ยนไป การบีบตัวจะไม่มีประสิทธิภาพ แรงกดดันในผนังหัวใจจึงยังเพิ่มขึ้น และเพิ่มความต้องการใช้ออกซิเจน ซึ่งเสริมให้หัวใจทำหน้าที่ผิดปกติมากขึ้น นอกจากนี้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่มีเยื่อผิดปกติจะตายก่อนกำหนด และเร่งกระบวนการตายของเซลล์ จึงทำให้การทำงานของหัวใจเลวร้ายมากยิ่งขึ้นไปอีก (Soric & Kronzon, 2012)

เมื่อกกลไกการชดเชยล้มเหลว ปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายเมื่อสิ้นสุดการคลายตัวจะเพิ่มขึ้น หัวใจห้องบนซ้ายต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อไล่เลือดลงเวนทริเคิล เกิดการยืดขยายและหนาตัวอย่างผิดปกติจนไม่สามารถรับเลือดที่มาจากหลอดเลือดดำที่ปอด ความดันในหัวใจห้องบนจะสูงขึ้น ต่อเนื่องไปเพิ่มความดันในระบบหลอดเลือดของปอดและก่อให้เกิดภาวะปอดบวมน้ำได้ในที่สุด

เนื่องจากความดันในระบบหลอดเลือดของปอดเพิ่มขึ้น หัวใจห้องล่างขวาจึงต้องทำงานหนักมากขึ้น ผลตามมามีการยืดขยายและหนาตัวผิดปกติของหัวใจห้องล่างขวาและล้มเหลวในที่สุด ทำให้มีการคั่งของเลือดในระบบหลอดเลือดดำ และย้อนกลับไปคั่งที่ระบบทางเดินอาหาร ตับ อวัยวะภายใน ไต ขา และเกิดการบวมขึ้น หัวใจซีกขวาล้มเหลวอาจเป็นผลตามมาจากหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว หรือเกิดขึ้นจากหัวใจซีกขวาล้มเหลวเองก็ได้ (Soric & Kronzon, 2012)

2.4 สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง จึงมีหลายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ สาเหตุที่แท้จริง (Underlying cause) และสาเหตุชักนำ (Precipitating cause) ดังนี้

2.4.1 สาเหตุที่แท้จริง (Underlying cause) แบ่งเป็น 3 ชนิด คือ

1) หัวใจทำงานเกินกำลัง (Abnormal loading condition) การทำงานของหัวใจจะเพิ่มขึ้นอย่างมากเนื่องจากปริมาตรเลือดที่มากเกินไป (Volume overload) หรือหัวใจบีบตัวแรงเกินกำลัง (Pressure overload) ปกติเมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้นจะทำให้เพิ่มแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่เมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวมากเกินไป หัวใจห้องล่างจะรับได้ จะทำให้แรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) จึงลดลง ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; Francis, Gassler, and Sonnenblick, 2001)

2) กล้ามเนื้อหัวใจทำหน้าที่ผิดปกติ (Abnormal muscle function) เป็นภาวะที่มีการขัดขวางการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยมีพยาธิสภาพที่เกิดกับกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ โรคกล้ามเนื้อหัวใจและเวนทริเคิลโป่ง และพิษของสารเคมี ทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเวนทริเคิลลดลงไม่สามารถไล่เลือดออกจากหัวใจห้องล่างได้หมด (Systolic dysfunction) (Touhy & Jett, 2010)

3) มีความจำกัดในการคลายตัวรับเลือดของหัวใจห้องล่าง (Limit ventricular filling) ภาวะที่ทำให้หัวใจไม่สามารถคลายตัวรับเลือด หรือเกิดความผิดปกติในการคลายตัวของหัวใจ (Diastolic dysfunction) มีผลต่อการบีบตัวของหัวใจ เช่น ภาวะที่มีสารน้ำหรือเลือดในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial effusion) ภาวะหัวใจถูกบีบรัด (Cardiac tamponade) (Katz, 2012)

2.4.2 สาเหตุชักนำ (Precipitating cause) มีดังนี้

1) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงพบได้ในโรคหัวใจชนิดต่างๆ เช่น โรคหัวใจรูมาติก โรคหัวใจขาดเลือด (ไพศาล ลีละชัยกุล, 2550; Rich, 2012)

2) การติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากการติดเชื้อทำให้ผู้ป่วยมีไข้ หัวใจเต้นเร็ว การเผาผลาญในร่างกายสูงขึ้น สารพิษจากเชื้อโรค ทำให้มีการเพิ่มกระบวนการเมตาบอลิซึม ภาวะกรดต่างเปลี่ยนแปลง มีภาวะพร่องออกซิเจนจากการขยายตัวของหลอดเลือด ถ้ารักษาไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ที่พบบ่อย คือ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Braunwald, 2001; Rich, 2012)

3) ภาวะโลหิตจาง เนื่องจากมีจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง ความสามารถในการขนส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์ลดลง หัวใจต้องทำงานมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดและเพิ่มออกซิเจนในเซลล์ และเนื้อเยื่อ (Greenberg & Kahn, 2012)

4) ภาวะต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ เนื่องจากการเผาผลาญของร่างกายสูงขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วและทำงานหนักมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Rich, 2012)

5) การเกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดแดงปอด (Pulmonary embolism) ในผู้ป่วยที่มีกิจกรรมน้อย นอนป่วยอยู่นาน หรือมีความผิดปกติของหลอดเลือดดำส่วนปลาย จะทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีต่ำลง มีการคั่งของการไหลเวียนของเลือดจนทำให้เกิดลิ่มเลือด และเมื่อก้อนลิ่มเลือดนั้นไปอุดตันที่ปอด ทำให้เพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงของปอดอย่างเฉียบพลัน ทำให้หัวใจห้องล่างขวามีเลือดคั่งและขยายใหญ่ขึ้นแต่ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจน้อยลงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Braunwald, 2001)

6) สาเหตุอื่นๆ เช่น การออกกำลังกายที่มากเกินไป โรคไตวาย การคั่งของเกลือและน้ำ การให้เลือดหรือให้น้ำเกลือที่มากหรือเร็วเกินไป (เดือนฉาย ชยานนท์, 2538)

2.5 ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว

2.5.1 แบ่งชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวตามลักษณะการทำงานที่ผิดปกติของหัวใจ

แบ่งได้เป็น 3 ประเภทคือ

1) **Systolic heart failure** ภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของการบีบตัว (Contraction or Inotropy) สูบฉีดเลือดออกจากหัวใจห้องล่าง ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (cardiac output) ลดลง มักเรียกภาวะที่เกิดขึ้นเนื่องจากการบีบตัวของหัวใจผิดปกตินี้ว่า “Systolic dysfunction” ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอัตราส่วนของปริมาตรเลือดที่ถูกสูบฉีดออกจากหัวใจห้องล่างต่อปริมาตรเลือดที่มีอยู่ในหัวใจห้องล่าง ณ จุดสิ้นสุดของช่วงที่หัวใจคลายตัว (Ejection fraction [EF]) ต่ำกว่า 40% และผู้ป่วยที่มีค่า EF ระหว่าง 40-60% นั้นจะจัดว่ามี mild systolic dysfunction (Maureret al, 2011)

2) **Diastolic heart failure** ภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของการคลายตัว (Relaxation or Lusitropy) ของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือความผิดปกติอื่นๆ ที่ทำให้การกลับคืนของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจเป็นไปได้น้อยลง (เช่น ลึ้นหัวใจตีบตัน เป็นต้น) ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายไม่สามารถรับเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (ventricular filling หรือ preload) ได้เต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีความเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาจากกระบวนการสูงอายุอยู่แล้ว ทำให้เกิดผลต่อเนื่องคือ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ตามกฎของ Frank Starling ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะ

มีค่า EFปกติ (EF > 60%) โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจะมีภาวะ diastolic heart failure โดยไม่มี systolic heart failure (Abdelhafiz, 2012; Saric & Kronzon, 2012)

3) **Combination of systolic and diastolic heart failure** คือภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีทั้งความผิดปกติของการบีบตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจร่วมกัน (Katz, 2012)

2.5.2 แบ่งชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวตามลักษณะการทำงานที่ผิดปกติของห้องหัวใจ

2.5.2.1 **ภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว (Left side heart failure)** สาเหตุมักเกิดจากพยาธิสภาพบริเวณตำแหน่งหัวใจห้องล่างซ้าย โดยหัวใจห้องล่างซ้ายจะออกแรงมากขึ้นในการบีบเลือดออกจากหัวใจเพื่อให้ปริมาณเลือดพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย หากหัวใจไม่สามารถขดเขยให้ทำงานได้ตามปกติ เลือดจะสะสมอยู่ในหัวใจห้องล่างซ้ายแล้วไหลย้อนกลับสู่หัวใจห้องบนซ้าย ผ่านไปยังปอดและเส้นเลือดฝอยที่ปอดทำให้ความดันสูงขึ้น เกิดน้ำคั่งในปอดมากขึ้น ทำให้การหายใจผิดปกติ ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงที่สำคัญ (Greenberg & Kahn, 2012; Van Assche, 2014) ดังนี้

1) **อาการหอบเหนื่อย (Dyspnea)** เป็นอาการเริ่มแรกเกิดจากความดันในหลอดเลือดแดงของปอดเพิ่มขึ้น ทำให้มีการคั่งของเลือดและเกิดปอดบวมน้ำทำให้ปอดขยายตัวไม่ได้ จนต้องเพิ่มแรงในการหายใจจนเกิดอาการหอบเหนื่อยเมื่อร่างกายมีกิจกรรม ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อย และมักเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) และเป็นสาเหตุหลักในการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Parashall et al., 2001) อาการเหนื่อยหอบ เป็นอาการสำคัญและพบบ่อยมากในภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงเรียงลำดับคือ (Carbajal & Deedwania, 2003; Green, 2012)

2) **อาการเหนื่อยหอบเวลาออกแรง (dyspnea on exertion [DOS])** นับเป็นอาการแรกสุดของการล้มเหลวของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular failure) ซึ่งอาการเหนื่อยจะแยกตามNew York Heart Association classification system หรือ NYHA classification: Functional class (Perrin, 2002; Van Assche, 2014) (Drazner, Rame, & Stevenson, 2001)

3) **อาการเหนื่อยหอบที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยนอนหงายราบ (orthopnea)** อาการจะดีขึ้นหรือหายไปเมื่อกำลังหรือหนุนหมอนให้ศีรษะและลำตัวส่วนบนสูงขึ้น เนื่องจากการนอนราบทำให้เลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้นทำให้หัวใจทำงานหนักและคั่งอยู่ในปอด แต่ถ้านั่งอาการหอบเหนื่อยจะลดลง และทำนอนราบกระบังลมจะสูงขึ้นเบียดปอดทำให้ปอดขยายตัวไม่ได้ (Drazner, Rame, & Stevenson, 2001)

4) **อาการเหนื่อยหอบในเวลากลางคืน (paroxysmal nocturnal dyspnea [PND])**คือการตื่นขึ้นมาเหนื่อยหอบกลางดึก หลังจากนอนหลับแล้ว 3-4 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกพร้อมกับความรู้สึกอึดอัด ต้องการอากาศหายใจบางครั้งมีอาการหอบถี่ หดเกร็ง ต้องตื่นขึ้นมา นั่ง มักเป็นอยู่ 15-20 นาที อาการจะดีขึ้น (Drazner, Rame, & Stevenson, 2001)

5) **อาการเหนื่อยหอบจากน้ำท่วมปอด (pulmonary edema)** เป็นอาการหอบเหนื่อยอย่างรุนแรงร่วมกับอาการเหงื่อแตก มีเสมหะเป็นฟองสีชมพูออกจากปาก หรือจมูก (pink frothy sputum) เสียงหายใจมีลักษณะของการหดเกร็งของหลอดลมซึ่งถ้าดูจากผลการตรวจทางรังสีของปอดจะพบว่ามีอาการคั่งของน้ำหรือเลือดในปอด (lung congestion) (Green, 2012)

6) **อาการเหนื่อยล้า และกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Fatigue and Weakness)** จากภาวะที่เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายไม่เพียงพอ และการขนส่งของเสียจากการเผาผลาญของร่างกายได้ช้า จึงทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียได้ง่าย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) นอกจากนี้การนอนไม่หลับและพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยล้าได้ (Green, 2012; Van Assche, 2014; สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556)

2.5.2.2 **ภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (Right side heart failure)** มักเกิดตามหลังภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวซึ่งพบได้น้อยมักเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไตรคัสปิดตีบหรือรั่ว โรคของปอดและหลอดลมที่มีความต้านทานของหัวใจซีกขวาเพิ่มมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) จึงส่งผลให้เกิดอาการ ดังนี้

1) **อาการบวม (Edema)** เกิดจากการคั่งของน้ำในหลอดเลือดทั่วร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไตที่เลือดไปเลี้ยงไตลดลง อัตราการกรองเลือดที่ไตลดลง เกิดการคั่งของโซเดียมและน้ำ ในระยะแรกอาจมองเห็นไม่ชัด แต่จะทราบโดยการเปรียบเทียบน้ำหนักตัว โดยอาการบวมจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2-4 กิโลกรัม (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) และเมื่ออาการรุนแรงขึ้นจะสังเกตเห็นอาการบวมชัดเจน ในลักษณะกดบุ๋ม (Pitting edema) บางรายอาจบวมทั้งตัว รวมถึงอวัยวะสืบพันธุ์ หน้าอก แขน ใบหน้า (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; Green, 2012; Van Assche, 2014)

2) **หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง (Neck vein engorgement)** เพราะความดันในหัวใจห้องล่างขวาสูงเนื่องจากเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจทางห้องบนไม่สามารถไหลเข้าได้สะดวก ตรวจโดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหัวสูง 15-45 องศา

3) **ตับมีไขมันโต** และอาจมีอาการปวดท้องจากการที่เลือดไม่สามารถไหลเข้าสู่หัวใจได้ ทำให้เลือดคั่งตามอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะตับ และอาจมีเลือดคั่งในตับมากจนเนื้อตับขาดออกซิเจน เกิดเนื้อตายและกลายเป็นพังผืดแข็ง ที่เรียกว่า ตับแข็งจากโรคหัวใจ (Cardiac cirrhosis) (House-

Fancher & Martinez, 2000; เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2553) ตับจะเสียหายที่ในการสร้างอัลบูมิน และไม่ทำลายสารที่ต้องมีการเปลี่ยนหรือทำลายที่ตับ ทำให้ปริมาณสารมีมากเกินไปจนเกิดพิษ เช่น ฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก และอัลโดสเทอโรนซึ่งสารเหล่านี้มีฤทธิ์ทำให้มีการดูดน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายมีผลทำให้เกิดการบวมเพิ่มมากขึ้น (Green, 2012; สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556)

4) อาการทางลำไส้ และเยื่อผนังของกระเพาะอาหารและลำไส้บวมเนื่องการที่เลือดไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจ ทำให้มีการคั่งของเลือดในหลอดเลือดเกิดจากการที่มีการเพิ่มขึ้นของความดันในช่องท้อง ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร ท้องอืด คลื่นไส้และอาเจียนได้ (Laurent, 2005; (Green, 2012)

ตารางที่ 1 แสดงอาการของภาวะหัวใจซีกซ้ายและซีกขวาล้มเหลว

หัวใจซีกซ้ายล้มเหลว	หัวใจซีกขวาล้มเหลว
ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาที * เหนื่อยล้า * อ่อนเพลีย * ปัสสาวะออกน้อย * เจ็บหน้าอก * หัวใจเต้นเร็วและใจสั่น * ซีด เขียวคล้ำ * ซีพจรเบา * กระสับกระส่าย/สับสน * หัวใจโต ภาวะปอดคั่งเลือด * หายใจลำบากเมื่อนอนราบ / หายใจลำบาก กำเริบตอนกลางคืน * มีเสียง Crepitation หรือ Wheezing ใน ปอด * เสมหะเป็นฟองสีชมพู * หายใจเร็ว * เสียงหัวใจ มีเสียง 3 และ 4 หรือ gallop	การคั่งเลือดในระบบไหลเวียนของร่างกาย * หลอดเลือดดำ Jugular หรือหลอดเลือดดำ คอ โป่งพอง * ตับม้ามโต * เบื่ออาหารและคลื่นไส้ * บวมส่วนต่ำของร่างกาย เช่น ข้อเท้าและก้น กบ และอาจลุกลามไปขา อวัยวะสืบพันธุ์ และส่วนล่างของลำตัว * ท้องอืด * ปวดท้องด้านขวาบน * มือและนิ้วบวม * ปัสสาวะมากในเวลากลางคืน * น้ำหนักตัวเพิ่ม * ความดันโลหิตสูงเพราะปริมาณน้ำมาก หรือความดันโลหิตต่ำ เพราะภาวะหัวใจ ล้มเหลว * Hepatojugular reflux ได้ผลบวก * ความดันเลือดดำส่วนกลางสูง

2.6 การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

การแบ่งระดับความรุนแรงเป็นการแบ่งระดับความทนทานต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วยมีประโยชน์ในการจัดการรักษาและการพยาบาล ซึ่งสมาคม NYHA ได้เสนอระบบการจำแนกความรุนแรงของโรคหัวใจตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย NYHA classification: Functional class (NYHA FC) (Belardinelli, 2002; Van Assche, 2014; สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556) ดังนี้

ตารางที่ 2 การจำแนกความรุนแรงของโรคหัวใจตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายตาม New York Heart Association classification system : Functional class (NYHA FC)

ระดับความรุนแรง	ข้อบ่งชี้ความรุนแรง
ระดับที่ 1 (class I)	สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่แสดงอาการเหนื่อยหอบเหนื่อยล้าหรือใจสั่น
ระดับที่ 2 (class II)	สามารถทำกิจกรรมได้เกือบปกติ แต่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย โดยมีอาการเหนื่อยหอบ เหนื่อยล้าหรือใจสั่นเมื่อทำกิจกรรมต่างๆไป พักแล้วอาการจะดีขึ้น
ระดับที่ 3 (class III)	สามารถทำกิจกรรมได้น้อยกว่าปกติ โดยมีอาการเหนื่อยหอบ เหนื่อยล้าหรือใจสั่นเมื่อทำกิจกรรมเบาๆ พักแล้วอาการดีขึ้น
ระดับที่ 4 (class IV)	ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้อย่างสุขสบาย มีอาการเหนื่อยหอบเหนื่อยล้าหรือใจสั่นในขณะพัก เมื่อทำกิจกรรมต่างๆ อาการจะเพิ่มมากขึ้น

การแบ่งระดับความรุนแรงดังกล่าวนี้ เป็นการแบ่ง เพื่อบ่งบอกถึงอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ อาจจะไม่สะท้อนความรุนแรงของพยาธิสภาพเสมอไป โดยที่ระดับความรุนแรงของอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวดังกล่าว สามารถเปลี่ยนกลับไปกลับมาได้ระหว่างระดับที่ 1-4 เช่น ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับที่ 4 ภายหลังได้รับการรักษาแล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนมีความรุนแรงลดลงเหลือระดับที่ 2 เป็นต้น การแบ่งระดับความรุนแรงนี้จะใช้ควบคู่ไปกับการจำแนกระยะต่าง ๆ ของภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งการรักษาก็จะมีแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละระดับของความรุนแรงของอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว (Belardinelli, 2002; Van Assche, 2014)

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งระยะของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้ ACC/AHA Staging system เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ (Hunt et al., 1995; AHA, 2009) ดังนี้

ระยะ A ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่ชัดเจน และไม่มีความผิดปกติของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ หรือ ลิ้นหัวใจ เช่น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ เป็นต้น

ระยะ B ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจแล้วแต่ยังไม่มีอาการภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ผู้ที่มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ที่โรคลิ้นหัวใจ ผู้ที่มีกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายโต ขยายใหญ่ หรือทำงานผิดปกติ

ระยะ C ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจ และ/หรือ เคยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น อาการหอบเหนื่อย อ่อนแรง ออกกำลังกายได้ลดลงจากหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวผิดปกติ

ระยะ D ผู้ป่วยโรคหัวใจระยะสุดท้าย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อยขณะพัก ทั้งๆที่ ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่อยู่แล้ว และจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นการทำงานของหัวใจทาง หลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง หรือต้องใส่เครื่องช่วยทำงานของหัวใจ หรือต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

การแบ่งระดับความรุนแรง และระยะของผู้ป่วยมีประโยชน์ในการวางแผนการดูแลรักษา ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยโดยการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอาจแบ่งได้เป็น 3 ระยะ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2553) ดังนี้

ระยะที่ 1 ช่วงการดูแลโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (NYHA class I-III) จุดมุ่งหมายเพื่อให้การดูแลรักษาเพื่อยืดชีวิต ให้ความรู้และสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเอง รวมทั้งการติดตามเป็นระยะตามมาตรฐาน

ระยะที่ 2 ช่วงการดูแลแบบประคับประคองเพื่อคุณภาพชีวิต (NYHA classes III-IV) จุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการทุกข์ทรมานจากหัวใจล้มเหลว และคุณภาพชีวิต โดยสหสาขาวิชาชีพแบบองค์รวม ตามความเห็นพ้องต้องกันของผู้ป่วย ญาติ และทีมการดูแลรักษาทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

ระยะที่ 3 ช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต (Terminal care phase หรือ End of life) ด้ว บ่งชี้ทางคลินิกว่าผู้ป่วยเข้าระยะนี้แล้ว ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไตวาย หรือ อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ จุดมุ่งหมายเพื่อลดความทรมานจากอาการของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Ramasubba & Deswal, 2012)

2.7 การประเมินผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2.7.1 การซักประวัติ

ประวัติครอบครัวที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและสาเหตุที่ทำให้เกิด ประวัติการรักษาโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ความดันโลหิตสูง อาการเจ็บหน้าอก โรคหัวใจรูห์มาติก ความผิดปกติของลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบและเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ เนื่องจากโรคและอาการเหล่านี้อาจบ่งบอกโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว รวมถึงโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นที่มีอยู่ เช่นในผู้สูงอายุโรคกระดูกและข้อที่ได้รับการรักษาด้วยยากดการทำงานของไตที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อาจมีภาวะน้ำเกินจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้

ผู้ป่วยที่ให้ประวัติหายใจลำบาก ควรได้รับการประเมินเพื่อค้นหาภาวะหัวใจล้มเหลวทุกคน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ การทำกิจกรรมได้ลดลงเป็นอาการที่สำคัญหนึ่งของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยมักจะทำให้ประวัติว่ามีอาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย พยาบาลต้องประเมินความทนในการทำกิจกรรมและความเหนื่อยล้า โดยถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกว่ามีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าหรือรู้สึกหนักแน่นขาเมื่อทำกิจกรรม พยาบาลจะสอบถามอาการอื่นๆของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น อาการบวม ใจสั่น แน่นท้อง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปัสสาวะในแต่ละวันลดลงแต่ปัสสาวะกลางคืนมากขึ้นหรืออาการสับสนเป็นอาการและอาการแสดงสำคัญของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการซักประวัติได้ (Green, 2012)

ในการประเมินผู้สูงอายุต้องเข้าใจว่าอาการสำคัญของภาวะหัวใจล้มเหลวอาจไม่เด่นชัดเหมือนในคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมอาจทำให้มีอาการหายใจลำบากไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาด้วยอาการหายใจลำบาก และพบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลับเข้ารับการรักษาคือ การกำเริบของโรคเรื้อรังต่างๆที่มีอยู่การประเมินทางจิตสังคม อาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักควบคุมได้ไม่ดีตั้งนั้นผู้ป่วยจึงมีปัญหาด้านร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิด สังคม อาชีพ รวมถึงความคิดเกี่ยวกับการเสียชีวิตด้วย การมีความเครียด วิตกกังวล คับข้องใจหรือซึมเศร้า ส่งผลต่อการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยจากภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และปรับตัวให้เข้าได้กับแผนการรักษา ธรรมชาติของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งด้านพยาธิสรีระและจิตสังคม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยญาติและครอบครัว ทั้งปัญหาด้านจิตสังคม ด้านเศรษฐกิจและการพึ่งพาพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยโรคหัวใจมีความวิตกกังวลและความเครียดและส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย พบว่าแรงสนับสนุนทางครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องประเมินทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเครียดในชีวิตที่ผ่านมา วิธีการเผชิญปัญหา ตลอดจนสอบถามความหวังของผู้ป่วยด้วย (Katz, 2012)

2.7.2 การตรวจร่างกาย

1) การประเมินลักษณะทั่วไป เช่น หายใจลำบากขณะพัก เขียวคล้ำ ผอมมาก ซึ่งแสดงถึงการเจ็บป่วยมานาน การวัดสัญญาณชีพ ต้องให้ความสนใจกับชีพจรที่เร็ว จังหวะผิดปกติ อาการแสดงของความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า การตรวจชีพจรอาจพบหัวใจเต้นเร็ว ความเบาแรงผิดปกติ เช่น พบชีพจรเบาแรงสลับกัน (pulsus alternans) จะแสดงถึงเวนทริเคิลซ้ายทำงานผิดปกติ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชีพจรที่เกิน 120 BPM เป็นสัญญาณของอาการที่เลวลง ให้สังเกตอัตรา จังหวะ ความลึกของการหายใจอย่างรอบคอบ วัดความอึดตัวของออกซิเจนเพื่อค้นหาภาวะขาดออกซิเจน

2) ประเมินการรับรู้กาล เวลา สถานที่ของผู้ป่วย

3) ตรวจหัวใจโดยการคลำบริเวณหน้าหัวใจ หาตำแหน่งของคลื่นชีพจรที่ยอดหัวใจ (apical pulse) เพื่อประเมินขนาดของหัวใจ ฟังเสียงหัวใจให้มีความสำคัญและสังเกตเสียง 3 และเสียง 4 ของหัวใจ การพบเสียง 3 ของหัวใจในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีอาจแสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลวหรือน้ำเกิน ส่วนเสียง 4 ของหัวใจอาจพบได้ในภาวะที่มีความยืดขยายของเวนทริเคิลผิดปกติ

4) ตรวจปอด ค้นหาเสียง crepitation เสียงวี๊ด เสียง crepitation ในช่วงท้ายของการหายใจเข้าและยังคงได้ยินขณะไอแสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลว เสียง crepitation มักจะได้ยินชัดบริเวณปอดส่วนล่าง และสามารถได้ยินทั่วปอดเมื่อโรคก้าวหน้าขึ้น การได้ยินเสียง crepitation ต้องระบุตำแหน่งที่ได้ยินด้วย ส่วนเสียงวี๊ดเกิดจากการตีบแคบของหลอดลมที่เกิดเนื่องจากการคั่งเลือดในหลอดเลือดปอด ในผู้สูงอายุปกติอาจได้ยินเสียง crepitation บริเวณชายปอด แต่จะหายไปเมื่อไอ

5) ตรวจ Jugular vein การที่ระดับหลอดเลือดดำสูงกว่า 4 cm จาก sternal angle แสดงถึง Right ventricle failure

6) วัดรอบท้อง ตรวจตับและ hepatojugular reflux การมีน้ำในช่องท้องบ่งบอกว่าน้ำในร่างกายมากกว่าปกติถึง 10 ลิตร

7) ประเมินอาการบวมบริเวณส่วนต่ำของร่างกาย ให้ประเมินบริเวณด้านหน้ากระดูกหน้าแข้ง หรือข้อเท้าในผู้ที่เดินไปมา และในผู้ที่นอนบนเตียงให้ประเมินที่บริเวณกระดูกก้นกบ อาการบวมบอกลถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นการประเมินจึงต้องแม่นยำ (Mann, 2012)

ตารางที่ 3 แสดงอาการบวมกดบวม (Van Assche, 2014)

Scale	ระดับการบวม	การคืนกลับสภาพเดิม
1+ เล็กน้อยมาก	บวมเล็กน้อย	ทันที
2+ เล็กน้อย	0.06 cm (0-1/4 นิ้ว)	10-15 วินาที
3+ ปานกลาง	0.06-1.3 cm (1/4-1/2 นิ้ว)	1-2 นาที
4+ รุนแรง	1.3-2.5 cm (1/2-1 นิ้ว)	2-5 นาที

การชั่งน้ำหนักจะบอกสภาพการคั่งน้ำของร่างกาย เป็นตัวบ่งชี้การมีน้ำเกินและเสียน้ำที่ตึงต้องชั่งและบันทึกไว้ทุกครั้ง ในผู้ที่รักษาในโรงพยาบาลให้ชั่งน้ำหนักทุกเช้า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นโดยอธิบายไม่ได้แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลวที่เลวลง

2.7.3 การประเมินทางห้องปฏิบัติการ

1) การตรวจ Electrolyte ที่ต้องติดตามเป็นประจำ ได้แก่ Sodium, Potassium, Magnesium, Calcium และ Chloride มักพบการเสียสมดุลของอิเล็กโทรลัยท์หรือภาวะโปแทสเซียมต่ำ ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวและจากผลข้างเคียงของการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งยา digitalis

2) การตรวจยูเรียไนโตรเจนและครีอะตินินในเลือด และ creatinine clearance เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของไตว่ามีเลือดไปเลี้ยงพอหรือไม่ (Van Assche, 2014)

3) การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ จะให้ภาพโปรตีนในปัสสาวะและความถี่จำเพาะที่สูงขึ้น ซึ่งอาจแสดงถึงการทำหน้าที่ของไตที่เป็นผลจากภาวะหัวใจล้มเหลว โปรตีนในปัสสาวะอาจแสดงถึงภาวะ Nephrosis ที่กระตุ้นหรือก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

4) Hemoglobin , Hematocrit มักทำเพื่อวิเคราะห์ภาวะโลหิตจางที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเลวลง

5) การตรวจค่า Arterial Blood Gas จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะขาดออกซิเจนอาจพบภาวะต่างจากการหายใจที่มักเกิดร่วมกับการระบายอากาศที่มากเกินไป และอาจพบภาวะกรดจากการหายใจเนื่องจากการคั่งของ Carbondioxide การมีภาวะกรดจากการเมตาบอลิซึมแสดงถึงการมีกรด lactic ในร่างกายมาก (Greenberg & Kahn, 2012)

6) การตรวจเวลาของ Protrombin time เวลาของ protrombin ที่เพิ่มขึ้นเป็นอาการแสดงแรกๆของการมีตับโตจากการคั่งเลือด

7) Albumin ในเลือด Albumin ในเลือดที่ต่ำลงแสดงถึงภาวะตับแข็งเนื่องจากการ

คั่งเลือดที่เกิดอย่างรวดเร็ว

8) การตรวจฮอร์โมน thyroxin และ thyroid stimulating hormone มักตรวจในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ที่มี atrial fibrillation และผู้ที่มีประวัติเป็นโรคของต่อมธัยรอยด์ ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวอาจเกิดจากการทำงานมากหรือน้อยกว่าปกติของต่อมธัยรอยด์

9) การตรวจฮอร์โมน BNP ค่า BNP ที่สูงแสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลวและถ้าหากค่านี้สูงขึ้นร่วมกับอาการหายใจลำบากและอาการบวมจะช่วยให้การวินิจฉัยแม่นยำขึ้น นอกจากนี้ยังใช้ค่านี้ในการติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย (Greenberg & Kahn, 2012)

2.7.4 การตรวจวินิจฉัยอื่นๆ

1) การเอกซเรย์ จะทำในผู้ป่วยทุกคน มีประโยชน์ในการวินิจฉัยเวนทริเคิลซ้ายล้มเหลวซึ่งลักษณะเงาหัวใจจะมีขนาดใหญ่แสดงถึงการมีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือมีการยืดขยาย แต่ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในการคลายตัว (diastolic heart failure) ขนาดของหัวใจอาจปกติได้ การเอกซเรย์จะช่วยให้การวินิจฉัยการคั่งเลือดของปอดและการบวมของปอด น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ซึ่งมักเกิดในผู้ป่วยที่เวนทริเคิลทั้งสองซีกล้มเหลว

2) Echocardiogram เป็นการตรวจที่เป็นประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด การใช้ two-dimensional echocardiogram (2D) ตรวจผ่านทรวงอก ร่วมกับ Doppler flow study จะช่วยให้วิเคราะห์ได้ว่าเป็นความผิดปกติของการบีบตัวหรือการคลายตัวของหัวใจ ประเมินหน้าที่ของเวนทริเคิล วัดความดัน การคลายตัวและการยืดหยุ่นของเวนทริเคิล นอกจากนี้ยังบอกขนาดของห้องหัวใจ ความผิดปกติของลิ้นหัวใจและช่วยในการประเมินโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคลิ้นหัวใจ โรคของเยื่อหุ้มและเยื่อหุ้มของหัวใจ (Laurent, 2005)

2) ECG หรือการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะให้ข้อมูลของการมีเวนทริเคิลหน้าตัวอย่างผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจขาดเลือดในระดับต่างๆ ตั้งแต่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บจนถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3) Pulmonary artery catheter เป็นการตรวจที่สามารถให้ข้อมูลความดันใน Atrium ความดันในหลอดเลือด pulmonary และ pulmonary artery wedge pressure ซึ่งช่วยในการประเมินหน้าที่ของหัวใจ ปริมาตรน้ำในระบบไหลเวียน มักใช้การตรวจนี้ยืนยันการวินิจฉัยและเป็นแนวทางในการจัดการบำบัดภาวะหัวใจล้มเหลว (Van Assche, 2014)

2.8 การดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วไปมีเป้าหมายหลัก คือ เพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจและลดการทำงานของหัวใจเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และช่วยลดอัตราการตาย (A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, 2001) โดยมีแนวทางในการรักษา 3 ประการ คือ

2.8.1 การกำจัดสาเหตุที่ชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เช่นภาวะติดเชื้ของร่างกาย ภาวะโลหิตจาง ภาวะต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะทั้งชนิดที่เร็วผิดปกติหรือช้าผิดปกติ การอุดตันของหลอดเลือดที่ปอด เป็นต้น (Mann, 2012)

2.8.2 การแก้ไขสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การผ่าตัดแก้ไขความพิการของลิ้นหัวใจ หรือการทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดมีปริมาณเพิ่มขึ้น (revascularization) ในรายที่มีสาเหตุจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น การขยายเส้นเลือดหัวใจ (percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA]) หรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft [CABG]) เป็นต้น (Eliopoulos, 2001) นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ Device therapy ได้แก่ Cardiac pacemaker , Cardiac resynchronization therapy (CRT) และ Implantable Cardioverter defibrillator (ICDs) เป็นต้น (Rich, 2012)

2.8.3 การรักษาด้วยยา (pharmacological therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ และลดการทำงานของหัวใจซึ่งยาแต่ละกลุ่มจะออกฤทธิ์แตกต่างกันออกไป (Rich, 2012; Ramasubba & Deswal, 2012) เช่น

1) ยาลดการต้านการบีบเลือดออกจากหัวใจ (After load) ใช้ยาที่ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดงในกลุ่มที่ยับยั้งการเปลี่ยนแองจิโอเทนซิน (Angiotensin-converting enzyme inhibitor) ซึ่งจะยับยั้งการเปลี่ยนแองจิโอเทนซิน I เป็นแองจิโอเทนซิน II ช่วยลดแรงต้านของหัวใจทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดปริมาณเลือดก่อนหัวใจบีบตัวและแรงต้านของหลอดเลือดทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น (Hunt et al., 2001; Rich, 2012; Ramasubba & Deswal, 2012) เพื่อชะลอ และป้องกันการดำเนินของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ให้รุนแรงขึ้น โดยการใช้ร่วมกับกลุ่มอื่น และพบว่ายาในกลุ่มนี้สามารถที่จะทำให้อาการทางคลินิกดีขึ้น ความทนในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น ลดอัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการตายได้ (สุพจน์ ศรีมหาโชคตะ, 2542)

2) ยาลดปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างก่อนหัวใจบีบตัว (Preload) ยาที่ใช้ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ ช่วยลดปริมาณเลือดก่อนหัวใจบีบตัวและอาการคั่งของน้ำที่ปอด ผลข้างเคียงที่พบ คือ ความดันโลหิตต่ำ อ่อนเพลีย เป็นต้น (Rich, 2012; Ramasubba & Deswal, 2012)

3) ยาเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ โดยใช้ยา ดิจิทัลิส (Digitalis) ซึ่งมีผลต่อการแลกเปลี่ยนโซเดียมและแคลเซียม ทำให้แคลเซียมเข้ามาในเซลล์ได้มากขึ้น ผลข้างเคียงที่พบได้แก่ อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง มองเห็นผิดปกติและมีหัวใจเต้นช้าผิดปกติหรือเต้นผิดจังหวะ (Roach, 2001; Rich, 2012; Ramasubba & Deswal, 2012)

4) ยาด้านตัวรับเบต้าอะดรีเนอร์จิก (Beta-adrenergic blocker) เป็นยาที่ใช้แก้ไขความผิดปกติของอัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจ ออกฤทธิ์ช่วยลดการหลั่งของอะดรีนาลิน ได้มีการนำยากลุ่มต้านเบต้า (β blocker) มาใช้ในภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ซึ่งจะช่วยให้ภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น ยับยั้งการเปลี่ยนแปลงของหัวใจห้องล่างขวา ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการตาย (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2545; Fonarow, 2004; Rich, 2012; Ramasubba & Deswal, 2012)

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุมีหลักการในการรักษาเช่นเดียวกับการรักษาในวัยผู้ใหญ่ คือ การเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ และลดการทำงานของหัวใจ ซึ่งมีทั้งวิธีการรักษาด้วยการใช้ยา (Pharmacological therapy) และการรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา (Nonpharmacological therapy) (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556) ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

1. จำกัดปริมาณเกลือที่รับประทานน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน โดยรับประทานอาหารให้จัดลงและไม่เติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารสำเร็จรูปแม้ไม่เค็ม เช่น กุนเชียง ไส้กรอก ผักดอง ขนมกรุบกรอบ บะหมี่สำเร็จรูป เพราะอาหารดังกล่าวมีเกลือเป็นตัวช่วยถนอมอาหารให้เก็บได้นาน หลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่ผงชูรส เพราะมีโซเดียมสูง

2. จำกัดปริมาณน้ำที่ดื่ม ในกรณีที่มีอาการจากน้ำและเกลือคั่งมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) โดยทั่วไปมักแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำไม่เกิน 1-1.5 ลิตรต่อวัน (Grady et al., 2000; Touhy & Jett, 2010; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

3. การควบคุมน้ำหนัก ผู้ป่วยต้องชั่งน้ำหนักตัวอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในกรณีที่น้ำหนักขึ้นอย่างกะทันหัน (มากกว่า 2 กก.ใน 3 วัน) แสดงว่ามีน้ำและเกลือคั่งในร่างกายผู้ป่วยต้องรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มเติมผู้ป่วยควรได้รับการสอนให้ปรับยาขับปัสสาวะเองตามสภาพที่ผู้ป่วยประเมินเอง

4. การลดการทำงานของหัวใจ ในรายที่หัวใจล้มเหลวนับปล้น ควรลดทั้งความเครียดทางร่างกาย (จำกัดกิจกรรมบนเตียง, ลดจำนวนอาหารต่อมื้อ และเพิ่มจำนวนมื้ออาหาร) และความเครียดทางจิตใจ (เทคนิคการผ่อนคลาย เจริญสติ เจริญสมาธิ) เมื่ออาการเริ่มดีขึ้นควรให้ผู้ป่วยเริ่มออกกำลังกาย ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ควรได้พักผ่อนเป็นระยะระหว่างวัน เช่น หลับช่วงสั้นๆ เป็นต้น

5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน โดยเริ่มจากเดินช้าๆ ค่อยๆ เพิ่มเวลาจนได้อย่างน้อยครึ่ง ชั่วโมงต่อวัน และลดความเครียด ความกังวล พักผ่อนให้เพียงพอ
6. หลีกเลี่ยงยาบางชนิด เช่น Non-steroidal anti-inflammatory agent, Anti arrhythmic drug ในผู้ป่วยที่มีอาการจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
7. แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ ดื่มสุราและแอลกอฮอล์ทุกชนิด

2.9 ภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว

เมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจในการที่จะสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลงทำให้เลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงทำให้ไม่เพียงพอต่อการนำไปใช้เลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายเกิดความเสื่อม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่างๆ ตามมาหลายโดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยมีดังนี้

1) ภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) ภาวะปอดบวมน้ำเป็นภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรง ซึ่งเกิดจากประสิทธิภาพของหัวใจห้องล่างซ้ายในการบีบตัวเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลงทำให้มีเลือดคั่งในหัวใจห้องล่างซ้ายมากเกิดความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายสูง ผลที่ตามมาคือเลือดคั่งอยู่ในปอดมากขึ้นและเลือดที่คั่งอยู่จะซึมเข้าสู่เยื่อหุ้มปอดหรือในหลอดเลือดฝอยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้ป่วยจะเกิดภาวะขาดออกซิเจนจากปริมาณออกซิเจนในเลือดต่ำและถ้าอาการรุนแรงขึ้นจะเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไอเป็นฟองสีชมพู ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจทำให้เสียชีวิตได้ (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2553; Mann, 2012)

2) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmias) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวที่สำคัญภาวะหนึ่งของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากผู้ป่วยมักจะได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะที่อาจส่งผลให้เกิดโปแทสเซียมในเลือดต่ำ ซึ่งทำให้เกิดพิษข้างเคียงจากยาดิจิทาลิส (digitalis) ได้ง่ายเป็นผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงและเกิดการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (Lewis & Bottomley, 2008; Katz, 2012; Mann, 2012)

3) การติดเชื้อ (Infection) การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉพาะเชื้อในปอด ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีเลือดคั่งในปอดจะมีโอกาสติดเชื้อในปอดได้ง่ายและมีโอกาสติดเชื้ออื่นๆ ได้อย่างรวดเร็วซึ่งเมื่อมีการติดเชื้อจะมีผลให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงยิ่งขึ้น โดยร่างกายจะมีการเผาผลาญพลังงานสูงขึ้น มีไข้และหัวใจเต้นเร็วเป็นผลทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น (Lewis & Bottomley, 2008; Katz, 2012; Mann, 2012)

4) ตับแข็งจากโรคหัวใจ (cardiac cirrhosis) ตับแข็งจากโรคหัวใจเป็นผลมาจากเมื่อมีภาวะหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลวทำให้มีเลือดคั่งในตับ (hepatic congestion) และเกิดเลือดคั่งตามอวัยวะต่างๆ ในช่องท้องทำให้ผู้ป่วยมีอาการแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เกิดภาวะขาดสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น (Katz, 2012; สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556)

5) ไตวาย (Renal failure) ภาวะไตวายสามารถพบได้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้การบีบตัวของหัวใจเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลงทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ถ้าเกิดเป็นระยะเวลาานจะทำให้เกิดภาวะไตวายตามมาโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีไตเสื่อมหน้าที่ซึ่งมีการขับของเสียลดลงอยู่แล้ว ทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น (Rich, 2012)

6) ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น เกิดจากพิษของยาในกลุ่มดิจิตาลิส (Digitalis) ผู้ป่วยจะมีอาการ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มองเห็นผิดปกติปวดท้องและมีอาการหัวใจเต้นช้าผิดปกติหรือหัวใจ เต้นผิดจังหวะจากการได้รับผลข้างเคียงจากยาขับปัสสาวะ จะมีอาการอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรงเป็นตะคริวจากโปแทสเซียมในเลือดต่ำ เกิดความดันโลหิตต่ำขณะยืนเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนถ่ายเหลวท้องผูก ปัสสาวะออกมากและผลข้างเคียงจากการได้รับยาขยายหลอดเลือด คือ มีความดันโลหิตต่ำผิดปกติ จะเห็นได้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาและก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวตามมาหลายประการ (Ramasubba & Deswal, 2012; สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556)

3. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการประเมินผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญที่ต้องให้การพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการขาดความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแบ่งเป็นด้านต่างๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; เพ็ญจันทร์ เสรวิวัฒนา, 2553) ได้แก่

3.1 ความรู้เรื่องอาหาร

การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อบรรเทาความรุนแรงของโรคและป้องกันการกำเริบของโรค(จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2555) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1.1 การรับประทานอาหารไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ ไขมันและโคเลสเตอรอล ที่สูงทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือดหัวใจ โดยทั่วไปการควบคุมอาหารไขมันสูงจะช่วยลดไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดได้ ในระยะยาวจะเห็นผลดีของการลดไขมันในเลือด โดยแนะนำว่า ไขมันโคเลสเตอรอลเป็นไขมันที่มาจากสัตว์ มีอยู่ในเนื้อสัตว์แทบทุกชนิด โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ติดมัน ไข่ปลา มันปู เครื่องในสัตว์ อาหารทะเลบางชนิด เช่น กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม ยกเว้นปลาจะมีไขมันโคเลสเตอรอลต่ำสำหรับไข่ไก่จะมีไขมันโคเลสเตอรอลสูงมาก (เมื่อเทียบกับน้ำหนัก) แต่มีเฉพาะไข่แดงเท่านั้นส่วนไข่ขาวไม่มีไขมัน นอกจากนี้อาหารประเภทจวน อาหารทอด เช่น เบอร์เกอร์ พิซซ่า ก็มีไขมันสูงเช่นกัน ดังนั้นอาหารดังกล่าวจึงเป็นอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ข้อแนะนำสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการรับประทานอาหาร (ดร.ณิวัลย์ วโรตมวิจิตร, 2552) มีดังนี้

- 1) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่กรอก กุนเชียง น้ำมันหมู
- 2) ควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น เมล็ดธัญพืชซึ่งมีกรดไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลต่ำ ผักและผลไม้สดควรเลือกรับประทานที่มีรสชาติไม่หวาน
- 3) ปรงอาหารด้วยวิธี นึ่ง ต้ม ปิ้ง ย่าง อบ หลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด เจียว ผัด
- 4) เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลต่ำ เช่น เลือกตีมนมพร่องมันเนย แทนการตีมนมธรรมดา เลือกน้ำตาลเทียม (aspartame) แทนน้ำตาลธรรมดา
- 5) เลือกใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิก (linoleic acid) สูง เพราะจะช่วยเผาผลาญโคเลสเตอรอล ได้แก่ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว
- 6) ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์มหรือกะทิ โดยไม่ควรรับประทานมากกว่าร้อยละ 10 ของอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน
- 7) หลีกเลี่ยงการรับประทานขนมอบที่ทำจากเนย ไข่แดงและน้ำตาล เช่น ขนมเค้ก คุกกี้ รวมถึงขนมไทยที่ทำมาจากไข่แดงและน้ำตาล เช่น เม็ดขนุน ทองหยิบ ทองหยอด
- 8) การซื้ออาหารกระป๋องหรืออาหารสำเร็จรูป ควรอ่านฉลากโภชนาการ ซึ่งจะบอกปริมาณไขมันอิ่มตัว โคเลสเตอรอล ที่มีอยู่ในอาหารนั้นก่อนบริโภค 9) ควรลดหรืองดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดง หอยนางรม ปลาหมึก กุ้งและเครื่องในสัตว์

3.1.2 เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ ผักและผลไม้มีสารที่เรียกว่า ไฟโตเคมีคอล (phytochemicals) ช่วยป้องกันการเกาะของไขมันในหลอดเลือดจึงช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจได้ (ดร.ณิวัลย์ วโรตมวิจิตร, 2552) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2009) รายงานว่าการรับประทานผักและผลไม้ 600 กรัมต่อวัน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดลงร้อยละ 31 โดยเชื่อว่าเป็นผลมาจากวิตามินที่มีในผักและผลไม้

3.2 ความรู้เรื่องการจำกัดน้ำและเกลือ

3.2.1 การจำกัดการบริโภคเกลือ เกลือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งที่ได้กล่าวมาแล้ว ตามแนวการรักษาผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้บริโภคเกลือน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน (ประมาณครึ่งช้อนชา) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม ของดอง อาหารกระป๋อง และไม่เติมเกลือ น้ำปลาหรือซีอิ๊วเพิ่มจากอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ไม่แนะนำให้ใช้เกลือสุขภาพ เนื่องจากเป็นเกลือโปแทสเซียมทดแทน ซึ่งอาจทำให้มีภาวะโปแทสเซียมในเลือดสูงได้ ในสารปรุงแต่งรส เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ๊วและผงชูรส (monosodium glutamate) มีปริมาณ เกลือโซเดียมสูง (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; ดร.ณิวัลย์ วโรตมวิจิตร, 2552)

3.2.2 การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม การมีปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนปริมาณมากส่งผลให้หัวใจทำงานมากขึ้น สำหรับปริมาณน้ำที่เหมาะสมในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ละรายพิจารณา หากได้รับยาขับปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิกรัมต่อวัน ไม่ควรจำกัดน้ำมากเกินไปเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดน้ำได้ ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ควรให้ประมาณ 1,500 มิลลิตรต่อวันเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในร่างกายรวมทั้งป้องกันภาวะขาดน้ำ สิ่งสำคัญคือ ในขณะที่ชั่งน้ำหนักเพื่อคำนวณปริมาณน้ำที่เหมาะสมต้องเป็นน้ำหนักปกติของผู้ป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการมีน้ำคั่งในร่างกาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

3.3 ส่งเสริมกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คือ การออกกำลังกายชนิดแอโรบิกเพราะจะทำให้หัวใจแข็งแรงและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (AHA, 2009) แต่การออกกำลังกายต้องคำนึงถึง ดังนี้

1) ประเภทของกีฬา ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องการออกกำลังกายจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์เพื่อการเลือกประเภทกีฬาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยประเมินสภาพความพร้อมของร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างหรือหลังการออกกำลังกาย เพื่อหาความเหมาะสมว่าควรออกกำลังกายด้วยกีฬาประเภทไหนเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน (AHA, 2009) กีฬาที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ควรเป็นกีฬาที่ต้องออกแรงหนักมากเกินไป

2) ความหนักเบา ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ดังนั้นก่อนเริ่มการออกกำลังกายจึงควรตรวจสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ (Exercise stress test) และเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย จากนั้นเริ่มจากการออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินแล้วค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาโดยประเมินจากความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคน

3) ระยะเวลาและความถี่ ระยะเวลาและความถี่ในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาร่วมนอกเหนือจากความหนักเบาและชนิดของการออกกำลังกาย โดย

คำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยเป็นหลัก ถ้าสมรรถภาพร่างกายดีควรออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง

4) ขั้นตอนการออกกำลังกาย การออกกำลังกายควรเริ่มจากเบาๆ ก่อนที่จะเพิ่มความหนักของการออกกำลังกาย ควรมีการอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง เพื่อให้ร่างกายมีการปรับตัว การออกกำลังกายที่เหมาะสม

3.4 การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

การเกิดอาการกำเริบของ ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจอยู่เดิมมักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่มากระตุ้น ดังนั้น การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นเรื่องสำคัญ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การรักษาและควบคุมโรคเรื้อรังร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทั้งนี้ผู้ที่ เป็นโรคหัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วมต้องมีการรักษาและควบคุมโรคให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการควบคุมโรคที่สำคัญจำเป็นต้องมีการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย การใช้ยาที่ถูกต้องและการมารับการตรวจตามนัด

2) รมัถระวังการติดเชือ การติดเชือที่สำคัญและพบบ่อยซึ่งอาจเป็นสาเหตุใ้ผู้มีภาวะ หัวใจล้มเหลวมีอาการกำเริบคือ การเป็นหวัด เนื่องจากผู้ป่วยจะติดเชือได้ง่าย

3) งดดื่มสุราและสูบบุหรี การดื่มสุราและการสูบบุหรีเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบ ดังนั้นการงดพฤติกรรมดังกล่าวจึงเป็นเรื่องสำคัญ

4) การเดินทาง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรระมัดระวัง ไม่ควรไปในสถานที่สูง ที่มีอากาศเบาบาง อากาศที่ร้อนชื้นเกินไปเพราะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบได้ (ดร.ณิวัลย์ วโรตมวิจิตร , 2552)

5) การมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญแต่ไม่กล้าที่จะถามโดยเฉพาะในสังคมไทยเรื่องเพศมักเป็นเรื่องปกปิด ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและคู่สมรสจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ถ้าหากผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 8 - 10 ชั้น โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อยหรือหยุดพัก (NYHA FC I-II) นอกจากนี้การใช้ยาไนเตรทอมใต้ลิ้น (sublingual nitrate) ก่อนมีเพศสัมพันธ์อาจช่วยลดอาการเหนื่อยหอบได้ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากหรือมีอาการกำเริบบ่อย (NYHA FC III-IV) การมีเพศสัมพันธ์อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการทรุดหนักหลังมีเพศสัมพันธ์ได้ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

4. คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความหมายกว้างและเป็นนามธรรม มีบทบาทในการดูแลสุขภาพ ในปัจจุบัน คุณภาพชีวิตมีความซับซ้อนหลายมิติ เป็นประสบการณ์และการรับรู้ส่วนบุคคล มีความแตกต่างกันไปตามการรับรู้ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาไม่ว่าจะอยู่ในภาวะที่สุขภาพปกติหรือเจ็บป่วย (Padilla & Stromborg, 1997; นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส, 2552)

4.1 ความหมายของ คุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก WHO (1993) ให้ความหมายว่า หมายถึงการรับรู้ของบุคคลในหลาย ด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมด้าน สิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายชีวิตของแต่ละบุคคล

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) : คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของส่วนชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Young and Longman (1983) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนิน ชีวิตที่เกิดขึ้นและสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงองค์ประกอบสำคัญของชีวิต

Ferrans and Powers (1985) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับความผาสุกในชีวิตเกิดจากรู้สึกพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจกับแต่ละองค์ประกอบชีวิตแต่ละด้านของชีวิต ซึ่งมีความสำคัญต่อชีวิตของตนเอง โดยแต่ละองค์ประกอบนั้นมีผลกระทบหรือมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นซึ่งแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตในอดีต สิ่งแวดล้อม ประเพณี และวัฒนธรรมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

Rector, Kubo & Cohn (1987) กล่าวว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะการทำหน้าที่ ของด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากโรค หรือความเจ็บป่วย

เกษม วัฒนชัย (2532) ให้ความหมายว่า ความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยตามสภาพที่ตนเอง เป็นอยู่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทุกอย่างของชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้ คือ การรับรู้และรู้สึกพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อ สภาวะสุขภาพที่เกิดจากผลกระทบของโรคและความเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และ สังคม

4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

4.2.1 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1993) มีดังนี้

1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สุขภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความเป็นอิสระ (Level of independence) การรับรู้ถึงความเป็นอิสระในการไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำงาน

4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spiritual/religion/personal beliefs) คือการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความเชื่อทางจิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อต่างๆ ที่มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ

4.2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของ Rector, Kubo & Cohn (1987)

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Rector, Kubo & Cohn (1987) โดยมีแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการของโรคเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพในช่วงเวลานั้น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ด้านร่างกาย (physical domain) เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพอาการและอาการแสดงทางกายจากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวรวมถึงผลจากการรักษา เช่นอาการหายใจสั้น หายใจลำบาก หอบเหนื่อย เหนื่อยล้า บวม และปัญหาในการนอนหลับ นอนราบไม่ได้ ปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่นการเดิน การขึ้นบันได การรับประทานอาหาร การทำงานบ้าน การออกนอกบ้าน นอกจากนี้ยังรวมถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเช่น ยาขับปัสสาวะที่ทำให้ปัสสาวะบ่อยอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง ทำให้การทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยลดลงหรือถูกจำกัด

2) สังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic domain) เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน ความสามารถในการพึ่งตนเอง การได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม บทบาททางสังคมและในครอบครัวที่เปลี่ยนไป ในด้านการเงินการทำงาน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่มีการเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จากการทำรีบของอาการ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก และผู้ป่วยยังขาดรายได้จากการไม่ได้ทำงานอีกด้วย ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง

3) ด้านจิตใจ (Mental and emotional domain) เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความจำ การควบคุมตัวเอง ความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง เป็นภาวะของผู้ป่วยที่มีภาวะกดดันทางจิตใจ ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงเช่นกัน (Rector, Kubo & Cohn, 1987)

4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตจะช่วยให้ได้คำตอบหรือทราบผลของการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณค่าตามการรับรู้ของผู้ป่วยการประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา สามารถประเมินได้หลายแนวทางดังนี้ การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ได้แก่

4.3.1. การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (general quality of life) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปแบบกว้าง ๆ ถึงผลกระทบจากโรคหรือการรักษา โดยไม่มุ่งเน้นที่โรคหรือความเจ็บป่วยใด ๆ เป็นพิเศษ สามารถนำไปใช้กับบุคคลทั่วไปทุกรูปแบบ ซึ่งมีข้อดี คือ สามารถนำข้อมูลคุณภาพชีวิตมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มบุคคล ความเจ็บป่วย และการรักษาในแต่ละวิธีได้ ส่วนข้อด้อย คือ เป็นการประเมินโดยทั่วไป ไม่สามารถค้นพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละโรคได้ รวมทั้งไม่สามารถบอกถึงรายละเอียดของแต่ละโรคหรือการรักษาได้ (Bennett et al, 2003) ตัวอย่างเครื่องมือประเภทนี้ เช่น

1) WHOQOL 100, WHOQOL-BREF 26 (WHO, 1998) เป็นเครื่องมือชี้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต เครื่องมือถูกพัฒนาขึ้นมาให้ใช้ได้ไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัดผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้ใช้และในแง่ของกฎหมาย จากความเป็นสากลของแบบวัด สามารถเปรียบเทียบคะแนนกันได้ ในเชิงระบาดวิทยา หรือในกรณีการศึกษาที่ต้องใช้การสะสมข้อมูลจากหลาย ๆ ศูนย์จะช่วยให้มั่นใจ และยอมรับข้อมูลที่ได้ การนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยไปใช้กับ ประชาชนบางกลุ่ม เช่นกลุ่มผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาในการใช้ เนื่องจากในการพัฒนาแบบวัดไม่ได้ ศึกษาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2) Medical Outcomes Study Short Form (SF 36) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้นโดย Ware & Sheroume (1992) ที่พัฒนามาจากแบบประเมิน The Medical Outcome Survey (MOS) (Tarlov, Ware, Greenfield, Nelson, Perrin, & Zubkoff, 1989) ซึ่งได้ถูกนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปอย่างกว้างขวาง ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ ความสามารถในการทำกิจกรรม ผลกระทบด้านสุขภาพต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ผลกระทบจากอาการเจ็บปวดของร่างกาย สุขภาพทั่วไป ความผาสุกในการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ในสังคม ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 36 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนนคะแนนที่สูงแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ในประเทศไทย รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ และคณะ (2003) ได้แปลเป็นภาษาไทยแล้วหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนนาค ในผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 212 คน ได้ค่าที่ .70 ข้อด้อยคือ เป็นการประเมินโดยทั่วไป ไม่สามารถค้นพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละโรคได้ รวมทั้งไม่สามารถบอกถึงรายละเอียดของแต่ละโรคหรือการรักษาได้

3) The DUKE-UNC Health Profile (DUHP) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้นโดย Paekarson et al. (1981) อ้างใน Burckhardt, Woods, Schultz, & Ziebarth (1989) สร้างขึ้นสำหรับผู้ป่วยทั่วไป ทั้งผู้ป่วยที่มีความจำกัดทางด้านร่างกายในระยะเฉียบพลันและความเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถาม 63 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating

scale) ประเมินภาวะสุขภาพ 4 ด้าน คือ อาการของโรค การทำหน้าที่ทางสังคม การทำหน้าที่ทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ

4.3.2. การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค (Disease - specific Measure of Quality of Life) การประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะโรคเฉพาะกลุ่ม เฉพาะอาการเพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองต่อการปฏิบัติ (intervention) ข้อดีของแบบประเมิน พบว่าประเมินได้เฉพาะเจาะจง และมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคในระยะต่าง ๆ (Bennett et al, 2003) ตัวอย่างเครื่องมือประเภทนี้ เช่น

1) Quality of life in Severe Heart Failure Questionnaire (QOL-SHF) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นโดย Wiklund, Lindvall, Swedberg, Zupkis, 183 cited in Guyatt, Feeny, & Patrik, 1993) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ โดยมี 2 ลักษณะคือ เป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต (Likert scale) ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร และเป็นมาตรวัดการประมาณค่าด้วยตนเอง (visual analogue scale) ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านร่างกาย ความไม่พึงใจในด้านจิตใจ และความจำกัดของร่างกาย คะแนนสูงแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำ เครื่องมือนี้ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 51 รายคำนวณหาความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยการหาความคงที่วิธีการวัดซ้ำ (test-retest) ใน 1 สัปดาห์ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายด้านเท่ากับ .75-.85

2) Sickness Impact profile (SIP) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้น โดย Bergner, Bobbit, Carter, & Gilson, 1981 cited in Dempster & Donnelly, 2000; Kleinpell & Ferrans, 2002) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 136 ข้อ 12 ด้าน คือ การฟื้นฟูร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลร่างกายตนเองและการเคลื่อนไหวการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การติดต่อสื่อสาร การเตรียมความพร้อมพฤติกรรมทางด้านอารมณ์ การพักผ่อนและการนอนหลับ การรับประทานอาหารความสามารถในการทำงานบ้าน ความสัมพันธ์กับคู่ชีวิต ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบให้ตอบใช่หรือไม่ใช่ โดยในแต่ละข้อคำถามจะมีน้ำหนักคะแนนไว้แล้วนำคะแนนที่ได้มารวมกัน โดยช่วงคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่คำนวณโดยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest) เท่ากับ .88 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนนาคเท่ากับ .94

3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจของเฟอร์รานส์ และพาวเวอร์ส์ (Quality of Life index-Cardiac version IV) ฉบับภาษาไทย ที่แปลโดยเอมอร แสงศิริ (2555) (Quality of Life index-Cardiac version IV THAI) (Ferrans, 2007) แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจที่สร้างขึ้นโดยเฟอร์รานส์ และพาวเวอร์ส์ (Ferrans & Powers, 1985, 1992) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีข้อคำถาม 35 ข้อ ประเมิน 2 ส่วนคือ ความพึงพอใจและการให้ความสำคัญในแต่ละองค์ประกอบของชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ภาวะ

สุขภาพและหน้าที่ สังคมเศรษฐกิจ จิตใจและจิตวิญญาณ และครอบครัว ลักษณะข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต 6 ระดับ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1-6 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ที่ 0-30 คะแนน

4) The Minnesota Living with Heart failure Questionnaire (MLHFQ) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นโดย Rector, kubu, & Cohn (1987) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

ด้านร่างกาย ซึ่งชี้ให้เห็นผลกระทบด้านร่างกาย ซึ่งสัมพันธ์กับอาการ อาการแสดงของโรค และการรักษา เช่นอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า การนอนหลับผิดปกติ อาการบวมของร่างกาย รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่นการเดินทาง การขึ้นบันได การรับประทานอาหาร การทำงานบ้าน การออกนอกบ้าน การทำหน้าที่ของร่างกายต่างๆเสียไป เช่น มีอาการหลงลืม ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น นอกจากนี้ยังรวมถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเช่น ยาขับปัสสาวะที่ทำให้ปัสสาวะบ่อย

สังคมและเศรษฐกิจ สัมพันธ์กับการเข้ารักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่มีการเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จากอาการกำเริบของอาการ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก และผู้ป่วยยังขาดรายได้จากการไม่ได้ทำงานอีกด้วย รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมซึ่งผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป การมีเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไป และยังเปลี่ยนมีการพบปะทางสังคมและในครอบครัว อีกด้วย

ด้านจิตใจ ผลกระทบด้านจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในสังคม จิตใจและอารมณ์เช่น อาการเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล ความกลัว รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง เป็นภาระของผู้อื่น สูญเสียการการควบคุมตัวเอง

โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 21 ข้อโดยข้อคำถาม ด้านร่างกาย คือ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13, 16 ด้านสังคมและเศรษฐกิจคือ 8,9,10,11,14,15 ด้านจิตใจ คือ 17, 18, 19, 20, 21 และแต่ละข้อแบ่งเป็นมาตรวัด 6 ระดับ ตั้งแต่คะแนน 0-5 โดยคะแนนสูงแสดงให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ฉบับภาษาไทยโดย พวงผกา กรีทอง (2550) ได้ทำการแปลกลับโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางภาษาอังกฤษ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนนาค เท่ากับ .89

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค The Minnesota Living with Heart failure Questionnaire (MLHFQ) เนื่องจากมีความจำเพาะกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการของโรคเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพในช่วงเวลานั้น (Rector, kubu, & Cohn , 1987)

5. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายและมีการดำเนินโรคที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นหากได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ดีพอ (AHA, 2009) นอกจากภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมาภาวะหัวใจล้มเหลวยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุตามมาหลายประการดังนี้

5.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย การที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยหอบและอาจมีอาการรุนแรงตามมาเมื่อหัวใจมีภาวะหัวใจล้มเหลว ประสิทธิภาพการสูบฉีดเลือดลดลงทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (เพ็ญจันทร์ เสรวิวัฒนา, 2553) ดังนี้

1) เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการกำเริบหรือความรุนแรงของอาการ ภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายจากการที่หัวใจทำการสูบฉีดไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ จากความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มากขึ้นหากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายประการ ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ นอกจากนี้พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจากโรคและการดูแลรักษาที่ยาวนาน (AHA, 2009; Abdelhafiz, 2012)

2) ความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายลดลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง จากการเปลี่ยนแปลง พยาธิสภาพของหัวใจ ซึ่งเป็นผลจากการที่หัวใจมีประสิทธิภาพในการบีบตัวลดลง ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอเกิดอาการอ่อนเพลีย ภาวะที่มีเลือดคั่งในปอดหรือมีน้ำท่วมปอด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยหายใจลำบาก เกิดปัญหาเซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวบางรายอาจมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดขึ้นจนทำให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลงกว่าเดิม (Rich, 2012)

3) การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจาก ภาวะน้ำท่วมปอดทำให้ปอดขยายตัวลดลงประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ลดลงทำให้ผู้ป่วยต้องนอนศีรษะสูงกว่าปกติไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง อาจต้องลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืนเป็นช่วง ๆ ถ้าเป็นรุนแรงขึ้นผู้ป่วยจะไม่สามารถนอนราบได้ ต้องนั่งฟูบ หรือนอนศีรษะสูงมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะ เพื่อลดภาวะน้ำเกินในร่างกาย จะมีการถ่ายปัสสาวะบ่อยจนรบกวนการนอนหลับหรือการพักผ่อนของผู้ป่วยได้

4) รับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากภาวะหอบเหนื่อยจะทำให้ร่างกายมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่มีปัสสาวะออกมากจากการได้รับยาขับปัสสาวะอาจเกิดภาวะโปตัสเซียมต่ำได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) และเมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการดูดกลับของเกลือโซเดียมและน้ำเข้าสู่ร่างกายมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่นเกลือ น้ำปลา ผงชูรส จะส่งเสริมให้มีภาวะน้ำเกินในร่างกายมากขึ้น ทำให้มีอาการบวม มีน้ำคั่งตามแขน ขา และอวัยวะต่าง ๆ มีภาวะตับโต จนรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง คลื่นไส้อาเจียน และมีความอยากอาหารลดลงได้

5) ปัสสาวะออกน้อยลงจากการที่เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะของเสียคั่ง

6) มีอาการท้องผูก จากการที่ผู้ป่วยต้องนอนพักบนเตียงนานๆ อาจส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นจนมีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเป็นลมได้ขณะแบ่งถ่าย นอกจากภาวะหัวใจล้มเหลวจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายและมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรแล้ว ยังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถสามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย (Rich, 2012)

5.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ เนื่องจากการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้มีความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อความทนในการทำกิจกรรมของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ความทนลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจตามมาหลายประการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ภาวะซึมเศร้า ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังและพบได้มากในผู้สูงอายุ จากโรคและการรักษาที่ยาวนาน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ จะรู้สึกว่าตนสูญเสียพลังอำนาจและคุณค่าในตนเอง เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่น (Danner, 2003)

2) ความวิตกกังวล ความวิตกกังวลในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบบ่อยจะเกิดความวิตกกังวล กลัว เนื่องจากมีอาการเหนื่อย ซึ่งคุมคามชีวิต กลัวการรักษาที่ไม่เคยได้รับ วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (Danner, 2003)

5.3 ผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ทำให้ต้องพักรักษาตัว ทำให้ถูกแยกออกจากครอบครัวที่ตนเองรักและคุ้นเคยและต้องมีการปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลงบทบาททั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว อาจทำให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมาเนื่องจากไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาทที่เคยปฏิบัติได้ เช่น ความต้องการทางเพศลดลง หรืองดการมีเพศสัมพันธ์หลังจากเจ็บป่วย และบางคนมีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส และนำไปสู่ปัญหาครอบครัว (Dracup, Jaarsma, & Walden, 1996)

5.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม การที่ต้องเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง เป็นผลให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตและการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วยเหล่านี้ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาและเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วย การเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก โดยค่าใช้จ่ายจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้นและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน ทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังเป็นจำนวนมาก และในการเป็นโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพทำให้ขาดรายได้ และเป็นภาระของครอบครัวในการหาผู้ดูแลทำให้เพิ่มค่าใช้จ่าย หรือต้องมีบุคคลในครอบครัวที่ต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย และบางรายจำเป็นต้องใช้จ่ายสำหรับค่ายาบางชนิดที่ไม่สามารถใช้สิทธิพิเศษเบิกได้ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวมากขึ้นและมีได้มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังคงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของชาติโดยรวมอีกด้วย (Abdelhafiz, 2012)

ผลกระทบด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม ไม่สามารถทำกิจกรรมในสังคมได้ตามปกติ ผู้ป่วยบางรายต้องหลีกเลี่ยงหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ เช่น การทำบุญ และต้องการพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยอาจมีการแยกตัวออกจากสังคมไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ตามปกติ จึงต้องการแยกตัวไม่เข้าสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) นอกจากผลกระทบทางกายและจิตใจ รวมทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมแล้ว ภาวะหัวใจล้มเหลวยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลกระทบในด้านต่างๆเหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ มีความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างมีความสุขและยังสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคมได้ จากการที่ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่มีความ รุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยดังที่กล่าวมา ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา โดยพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงโดยสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการ การเกิดอาการกำเริบและการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการรักษาที่ยาวนาน และจากการที่ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตลดลงแม้การรักษาจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นแต่ผู้ป่วยยังคงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำเนื่องจากต้อง

เผชิญกับอาการของโรคและการรักษาที่รบกวนการทำงานของร่างกายและแบบแผนการดำเนินชีวิต (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2553)

6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และต้องได้รับการรักษา และดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและการกำเริบของโรค ชะลอการดำเนินของโรค รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ แม้ว่าในปัจจุบันเทคโนโลยีและวิวัฒนาการทางการแพทย์จะเจริญก้าวหน้า มีการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนยาว แต่ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวยังมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำเนื่องจากต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ของโรคและการรักษาที่รบกวนการทำหน้าที่ของร่างกาย และแบบแผนการดำเนินชีวิตผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองที่ได้รับผลกระทบจากโรค (Rector et al, 2005) จากการทบทวนการศึกษาต่างๆ ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ และอาการของโรค Heo et al (2005) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับสูงมีความกดดันทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำและมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายอยู่ในระดับสูง กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยรับรู้และยอมรับภาวะสุขภาพของตน ทำให้ความกดดันต่างๆ ลดลง สามารถปรับตัวได้ดีส่งผลให้การทำหน้าที่ทางกายดี

อาการของโรค จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการและอาการแสดง ซึ่งเกิดจากการที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จากการศึกษาต่างๆ พบว่าผลกระทบทางกายจากการรายงานของผู้ป่วยเองที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการหอบเหนื่อยทั้งขณะมีกิจกรรมและขณะพัก อาการเหนื่อยล้า บวมบริเวณอวัยวะส่วนล่างของร่างกาย ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างมีประสิทธิภาพและอาการอื่นๆ เช่น ใจสั่น ไอ เจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งความถี่ ความรุนแรงที่พบมีผลให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง (Watson et al., 2000; Nordgren and Soresen, 2003; Zambroski et al., 2005; Barnes et al., 2006)

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (Left Ventricular Ejection Fraction [LVEF]) เป็นความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย จึงเป็นข้อบ่งชี้ความรุนแรงของโรคหัวใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ต่ำจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง จากการศึกษาของ ภมร แซ่มรักษาและคณะ (2554) พบว่าระดับสมรรถภาพของหัวใจในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต

เช่นเดียวกับหลาย ๆ การศึกษาที่พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Juenger et al., 2002; Clark et al., 2003) ถึงแม้ว่าจะมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำก็ตาม

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม ได้แก่ สถานภาพสมรส

รายได้ และอาชีพ ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาและติดตามป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคมียา ค่าก่อนข้างแพง ดังนั้นหากผู้ป่วยมีรายได้ต่ำ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น อาจทำให้รู้สึกว่าคุณค่าต่ำลง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ กังวล ซึมเศร้า เครียดและส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาสติปัญญาของบุคคลช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ เข้าใจปัญหาและวิธีการปฏิบัติตัวได้ดีเมื่อเป็นโรค ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนโรคร่วม เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายในระดับสูงดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัย/ปี / ชื่อเรื่อง	ปัจจัย	ความสัมพันธ์
1. Kirchengast & Haslinge (2008) Gender differences in Health related Quality of life among healthy aged and old- aged Austrains: Cross- Sectional analysis	1. เพศ 2. สถานภาพสมรส 3. ระดับการศึกษา 4. คุณภาพชีวิต	1. เพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 70 ปี มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าเพศชาย 2. เพศ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ เท่ากับ 54 ($R^2 = .54$)
2. Blinderman et al. (2008) Symptom Distress and Quality of Life in Patients with	1. เพศ 2. ภาวะโรคร่วม 3. สถานภาพสมรส	ภาวะโรคร่วม ($r = -.32$) เพศหญิง ($r = -.22$) สถานภาพสมรส ($r = -.14$)

ผู้วิจัย/ปี / ชื่อเรื่อง	ปัจจัย	ความสัมพันธ์
Advanced Congestive Heart Failure	4. ความรุนแรงของโรค 5. คุณภาพชีวิต	ความรุนแรงของโรค ($r = -.14$)
3. Franzen et al. (2007) Predictors for Health Related Quality of Life in Persons 65 Years or Older with Chronic Heart Failure	1. คุณภาพชีวิต 2. อายุ 3. เพศ 4. ความรุนแรงของโรค 5. โรคร่วม 6. ภาวะสุขภาพ	ความรุนแรงของโรครามีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตมากที่สุด เท่ากับ 44.7 ($R^2 = .447$)
4. Faller (2010) Depression and Disease Severity as Predictors of Health-Related Quality of Life in Patients With Chronic Heart Failure A Structural Equation Modeling Approach	1. ภาวะซึมเศร้า 2. ความรุนแรงของโรค 3. อาการทางด้านร่างกาย 4. อาการทางด้านจิตใจ 5. คุณภาพชีวิต	1. ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้มากที่สุด ($R^2 = .75$) 2. การสนับสนุนทางสังคม ($R^2 = .44$) 3. อาการทางด้านร่างกาย ($R^2 = .30$) 4. อาการทางด้านจิตใจ ($R^2 = .12$)
5. Heo et al. (2014) Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure	1. อาการภาวะซึมเศร้า 2. อาการทางกาย 3. สถานภาพสมรส 4. การสนับสนุนทางสังคม 5. คุณภาพชีวิต	1. อาการภาวะซึมเศร้า มีอำนาจในการทำนาย ($R^2 = .608$) 2. อาการทางกาย ($R^2 = .538$) 3. สถานภาพสมรส ($R^2 = .062$)
6. พวงผกา กรีทอง (2550) โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย	1. ปัจจัยด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจ 2. การสนับสนุนทางสังคม	ความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจ การสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัย/ปี / ชื่อเรื่อง	ปัจจัย	ความสัมพันธ์
	3. อาการของภาวะหัวใจวาย 4. ข้อจำกัดในการจำกัดกิจกรรม 5. การรับรู้สภาวะสุขภาพโดยรวม 6. คุณภาพชีวิต	อาการของภาวะหัวใจวาย ข้อจำกัดในการจำกัดกิจกรรม และ การรับรู้สภาวะสุขภาพโดยรวม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายได้ ร้อยละ 58

หลังจากที่ได้ทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลในระดับค่อนข้างสูงต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวหลายปัจจัย หนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระดับสูงคืออาการทางกาย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกวัดความรุนแรงของโรคแทนเนื่องจากมีความจำเพาะมากกว่าซึ่งอาการของโรคนับเป็นส่วนหนึ่งของความรุนแรงของโรค และผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดสรรปัจจัยต่างๆ คือ เป็นปัจจัยที่มีรายงานการศึกษาวิจัยในอดีตว่ามีแนวโน้มสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับสูง และ ปัจจัยนั้นต้องเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและอยู่ในกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Rector, Kubo, & Cohn (1987) ดังนั้นปัจจัยที่เลือกมาศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ดังตัวอย่างการศึกษาในปัจจัยต่างๆดังนี้

1) เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม รวมถึงความแตกต่างในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ โดยเพศชายจะมีโครงสร้างของร่างกายที่แข็งแรง มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงมีพฤติกรรมในด้านการใช้กำลัง ส่วนเพศหญิงจะมีโครงสร้างที่บอบบางกว่า มีอารมณ์อ่อนไหวและเปลี่ยนแปลงง่าย (ชวลี โฆษิตทาภิวัธน์, 2534) ดังมีการศึกษามากมายอาทิเช่น

Riedinger et al. (2001) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของเพศต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,382 คน ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเพศหญิงที่ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและต่ำกว่าเมื่อเทียบกับเพศชายที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Hou et al. (2004) ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ของเพศและอายุต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1,658คน มีอายุเฉลี่ย 57.6 ปี โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Chronic Heart Failure Questionnaire (CHQ) และ the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยเพศชาย

Luttik et al. (2009) ทำการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของเพศและความซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจำนวน 393 คนเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน Medical Outcome Study 36-item พบว่าเพศหญิงมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย

จันทร์ทิวา เจริญนัยและคณะ (2552) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระหว่างเพศชายและเพศหญิงกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 98 ราย แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Disease specific quality of life) Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire และ แบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป (Short-Form Health Survey, SF-12v2) พบว่าเพศหญิงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย

Kirchengast & Haslinge (2008) ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเพศชายและเพศหญิงโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ WHOQOL-BREF 26 item พบว่า ผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 70 ปีมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย และเมื่อนำข้อมูลไปหาปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า เพศมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

ในการศึกษาต่างๆข้างต้นสรุปได้ว่า เพศมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยพบว่าเพศหญิงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าเพศชายส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการทำหน้าที่ต่างๆแย่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำกว่า

2) อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปี ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และแบ่งอายุเป็น 3 ช่วงคือ ผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70-79 ปี ผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปี ขึ้นไป (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ทำให้ร่างกายเสื่อมลง มีผลทำให้ภาวะสุขภาพไม่ดี มีผลต่อการดำเนินชีวิต พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ดังการศึกษาต่อไปนี้

Hou et al. (2004) ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ของเพศและอายุต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1658คน มีอายุเฉลี่ย 57.6 ปี โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Chronic Heart Failure Questionnaire (CHQ) และ the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

Britz & Dunn (2009) ทำการศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Minnesota Living With Heart Failure

Questionnaire (MLHFQ) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าวัยผู้ใหญ่ เนื่องจาก ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ด้านสุขภาพมากกว่าวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุยังสามารถยอมรับและปรับตัวกับการถูกจำกัดต่างๆจากการเจ็บป่วย

นิตยา ศรีสุข (2551) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 140 ราย โดยใช้แบบประเมิน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตบุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้น จะสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี และสามารถปรับความต้องการ ความคาดหวัง ให้เข้ากับสภาพความเป็นจริงของร่างกายที่เป็นอยู่ได้

โดยสรุปจากการศึกษาข้างต้น พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่า เนื่องจาก ผู้สูงอายุมักมีประสบการณ์ชีวิตด้านสุขภาพที่ผ่านการเจ็บป่วยมากกว่า การรับรู้และการปรับตัวกับสภาวะที่เป็นอยู่ทำได้ดีกว่าผู้ที่อายุน้อยและมีความคาดหวังและการรับรู้ในตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่โดยทั่วไปต่ำกว่าจึงยังสามารถยอมรับกับข้อจำกัดต่างๆและบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้มากกว่า ทำให้ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

3) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ เมื่อโรครุนแรงมากขึ้น มีการศึกษาอาทิเช่น

Masoudi et al. (2004) ทำการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 546 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวดีขึ้นในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการดีขึ้น และคะแนนคุณภาพชีวิตไม่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการคงที่ และคะแนนคุณภาพชีวิตลดลงในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการเลวลง

Blinderman et al. (2008) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่าง 103 คน โดยผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคตาม New York Heart Association Class III/IV ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Multidimensional Index of Life Quality (MILQ) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรครุนแรงกว่าส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

Chiaranai (2009) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในผู้ป่วย 98 คนใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต MOS Short-Form-12 Health Survey และ Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรครุนแรงกว่าส่งผลกับคุณภาพชีวิตที่ลดลง และความรุนแรงของโรครุนแรงกว่ามีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตในระดับสูง

จากการศึกษาวิจัยต่างๆข้างต้นที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวกับคุณภาพชีวิตพบว่าความรุนแรงของโรครุนแรงกว่ามีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้

เนื่องจากความรุนแรงของโรคมั้ผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกาย เช่น เมื่อโรคมั้ความรุนแรงมากขึ้นส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ ทำให้ส่งผลทางด้านจิตใจ เกิดความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง

4) ภาวะโรคร่วม กระทรวงสาธารณสุข (2549) กล่าวว่า Comorbidity คือ โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก หมายความว่า เกิดขึ้นก่อน หรือ พร้อมๆ กับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก คือเป็นโรคที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรับการรักษามีใช้โรคแทรกที่เกิดขึ้นมาภายหลัง ซึ่งโรคที่มักเป็นการวินิจฉัยร่วม ได้แก่ โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคประจำตัวผู้ป่วย

Hlatky (2004) กล่าวว่า ภาวะโรคร่วมเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก่อนเข้ารับการรักษาของอาการหรือโรคที่เป็นอยู่ และยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง

พรนภา เสงเจริญสุวรรณ (2552) กล่าวว่า ภาวะโรคร่วมเป็นโรคอื่นๆ ที่เป็นร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย

ดังนั้น ภาวะโรคร่วม หมายถึง ภาวะหรือโรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นอยู่ ก่อนหรือเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาและมีผลต่อการรักษาผู้ป่วย โดยได้จากเพิ่มประวัติของผู้ป่วยและการให้ข้อมูลของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือจากบททบทวนวรรณกรรมเพื่อสอบถามจำนวนภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย มีข้อคำถาม 1 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด

มีการศึกษาที่ผลการศึกษาไปในทางเดียวกันว่า ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของร่างกาย และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแล้ว เมื่อมีโรคร่วมอื่นๆที่มีผลทำให้ร่างกายของผู้ป่วยแย่ลง ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง ดังเช่น

Chiaranai (2009) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในผู้ป่วย 98 คนใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต MOS Short-Form-12 Health Survey และ Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่าส่งผลกับคุณภาพชีวิตต่ำกว่า และภาวะโรคร่วมมีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตในระดับสูง

Franzen et al. (2007) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ใช้กลุ่มตัวอย่าง 357คน อายุเฉลี่ย 79.3 ปี ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire และ Short Form-12 Health Survey Questionnaire ผลการศึกษาพบว่า การมีภาวะโรคร่วมส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำ

Fortin et al. (2004) ทำการศึกษาผลกระทบของภาวะโรคร่วมต่อคุณภาพชีวิตโดยการศึกษามากกว่า 108 งานวิจัยพบว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์เป็นอันดับต้นๆของปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

5) **ภาวะซึมเศร้า** เป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า ใจหดหู่ มองไม่เห็นอนาคต หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมาก จะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งมีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญา รวมทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์ แสดงโดย อารมณ์เศร้า รู้สึกหมดหวัง ไม่มีค่า อ่อนเพลีย บกพร่องความจำระยะสั้น ขาดความสนใจหรือไม่มีความสุขในกิจกรรมเกือบทั้งหมดนาน อย่างน้อย 2 สัปดาห์ แยกตัวจากสังคม สมาคมจิตแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกาให้ความหมายของอาการซึมเศร้าว่า ผู้ป่วยที่แสดงอารมณ์เศร้า ความสุขในชีวิตน้อยลงร่วมกับมีอาการต่อไปอย่างน้อย 4 อย่าง โดยมีอาการทุกวัน นาน 2 สัปดาห์

- น้ำหนักลดลงชัดเจนใน 1 เดือน เบื่ออาหาร หรือทานมากขึ้น
- นอนไม่หลับ เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
- การเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ ได้แก่ กระสับกระส่าย วิดกกังวล หรือการเคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น แกว่งแขน นั่งนิ่งไม่ได้ เคลื่อนไหวซ้ำ
- อ่อนเพลีย
- รู้สึกผิดหรือไม่มีคุณค่า โดยไม่มีเหตุผล
- ความสามารถในการคิด มีสมาธิหรือการตัดสินใจลดลง
- มีความคิดวนเวียนกับการฆ่าตัวตาย

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอาการแตกต่างจากผู้ที่มีอายุน้อย ลักษณะอาการที่เด่นชัดคือจะมีอาการไม่สบายทางกายมาก ในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์ มีไม่มากหรือไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอาการแสดงเช่น มีความคิดว่าตนเองสุขภาพไม่ดี มีอาการที่ไม่สบายทางกายหลายอย่างเช่น อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง สมอ่งมินชา ปวดศีรษะ ท้องอืดเฟ้อ แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน บางรายกังวลกลัวเป็นโรคทางกายที่ร้ายแรง มีความรู้สึกไม่ร่าเริง แจ่มใส มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก มีอาการหงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ มักตื่นตอนดึก หรือตื่นเช้ากว่าปกติ สมรรถภาพในการทำงานลดลง ร่วมกับอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย ความคิดเชิงลบ สมาธิเสีย ลังเล ไม่มีความมั่นใจ มีอาการกระวนกระวาย มีความรู้สึกไร้ค่า ถูกทอดทิ้ง และท้อแท้สิ้นหวัง อาจมีความรู้สึกผิดโทษตัวเอง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

ในการที่ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลให้โรคทางกายที่เป็นอยู่มีอาการแย่ลง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางกาย ก็อาจส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามีอาการมากขึ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาต่างสรุปในทำนองเดียวกันว่า ภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อทั้งทางด้านร่างกายคือทำให้เกิดการกำเริบของอาการได้ ทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่เปลี่ยนไป ผู้ป่วยที่ซึมเศร้าจะไม่สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้ ซึ่งทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง

มีการศึกษาหลายการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทำให้คุณภาพชีวิตต่ำ เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกต่อภาวะหัวใจล้มเหลวในแง่ลบ และไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ อาทิเช่น

Ola et al. (2006) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวประเทศไนจีเรีย กลุ่มตัวอย่าง 100 คน ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHO Quality of Life Scale-Brief Version พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

Bekelman et al. (2007) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 60 คน ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

Leegte et al. (2009) กลุ่มตัวอย่าง 781 คน ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Medical Outcome Study 36-item พบว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

Faller (2010) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 233 คน อายุเฉลี่ย 64.5 ปี โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังมีการศึกษาว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้

Tasch et al. (2007) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 167 คน อายุเฉลี่ย 68.2 ± 10.1 ปี โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Short Form 36 Health Survey (SF-36) ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

Heo et al. (2014) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวโดยกลุ่มตัวอย่าง 109 คน อายุเฉลี่ย 58 ± 14 ปี โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire ผลการศึกษา พบว่า อาการซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

6) การสนับสนุนทางสังคม Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือบุคคลที่ได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่า มีคนให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ ยกย่อง และมองเห็นคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การได้รับและการให้ ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ระหว่างบุคคล ที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพันการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจ จนทำให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม

Kahn (1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือและมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกันยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกันซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง

Jacobson (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความรัก ความห่วงใย ไว้วางใจ ซึ่งมี 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของและด้านความรู้ความเข้าใจ

ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการได้รับการช่วยเหลือและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ

แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผู้ศึกษาแนวคิดอาทิเช่น

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อว่าตนได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะได้รับจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่จะทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้น และ 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับ ยกย่อง เห็นคุณค่า ความรัก ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการประเมินตนเอง เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างกันเพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและเรียนรู้ด้วยตนเอง เปรียบเทียบกับสังคม 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support)

เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เวลา สิ่งของ แรงงาน เงิน และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ซึ่ง House (1981) แบ่งบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ มีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวกับบทบาทการทำงาน ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง และ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ จะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง เช่น แพทย์ พยาบาล หรือทีมสุขภาพ เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988) ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือการได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นมาตรวัด 7 ระดับ คะแนนรวมมีค่า 12-84 คะแนนรวมสูงหมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินนี้เนื่องจาก มีความกระชับ มีการประเมินการสนับสนุนทางสังคมครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ใช้เวลาในการตอบ แบบสอบถามน้อยกว่า และได้มีการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างว่ามีความเหมาะสมกับบริบทของคนไทย ซึ่งมีการศึกษามากมาย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีต่างๆทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังเช่นการศึกษาดังต่อไปนี้

Heo et al. (2014) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีต่างๆทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

Samartzis et al. (2013) ได้ทำการศึกษา 16 งานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Barutcu & Mert (2013) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 คน ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Short Form 36 Health Survey (SF-36) พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นได้จาก การสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว เพื่อน หรืออื่นๆ

พวงผกา กรีทอง (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในกลุ่มตัวอย่าง 422 คน ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

7. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นจำนวนมาก ผู้วิจัยได้นำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

Esquivel & Dracup (2007) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเพศ ทำการศึกษาที่ ศูนย์การแพทย์ทางตอนเหนือของ แคลิฟอร์เนีย ตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2004 ถึงเดือนเมษายน 2005 โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 72 คน อายุเฉลี่ย 62 ± 18 เก็บข้อมูลโดยใช้ 6MWT ภายใน 24-48 ชั่วโมงก่อนกลับบ้านเพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดในการทำนายการกลับเป็นซ้ำ หลังจากกลุ่มตัวอย่างกลับบ้าน พบว่ามีการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากภาวะทางหัวใจและหลอดเลือดภายใน 90 วัน โดยที่เพศหญิงมีความเสี่ยงกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าเพศชาย และยังพบว่า เพศหญิงที่มีอายุมากกว่าและมีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย

Franzen et al. (2006) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยมีวัตถุประสงค์หลักในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา 357 คน อายุเฉลี่ย 79.3 ปี ศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างอายุ, เพศ, ความรุนแรงของโรค, โรคร่วมและสภาพความเป็นอยู่กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire และ Short Form-12 Health Survey Questionnaire ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในระดับสูง อายุ, เพศ, โรคเบาหวานและโรคทางเดินหายใจมีความสัมพันธ์ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในบางด้าน และพบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติของด้านร่างกาย ต่ำกว่าเพศชาย

Masoudi et al. (2004) ทำการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 546 คนของแผนกผู้ป่วยนอก ประเมินการทำหน้าที่ของร่างกายโดย NYHA classification และ 6MWT ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 218 คน และที่อายุน้อยกว่า 65 ปี จำนวน 328 คน พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (ค่าเฉลี่ยคะแนน KCCQ = 60 ± 25 กับ 54 ± 28 , $P = .005$) ถึงแม้ว่าจะมีระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวและระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที ต่ำกว่าก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากและอายุน้อยมีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุมีความคาดหวังในตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่โดยทั่วไปต่ำกว่า จึงรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

Faller et al. (2009) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในองค์กรประกอบด้านร่างกาย และจิตใจว่าสามารถทำนายการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลว 206 คน อายุเฉลี่ย 64 ปี โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปคือ Short Form-36 Health Survey (SF-36) และแบบเฉพาะโรค Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire พบว่า แบบประเมินทั้ง 2 สามารถใช้วัดได้ โดย ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้เนื่องจากความรุนแรงของโรคมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

Blinderman et al. (2008) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่าง 103 คน อายุเฉลี่ย 67.1 ปี (SD = 12.1) โดยผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคตาม New York Heart Association Class III/IV ใช้เครื่องมือหลายแบบเพื่อวัดในแต่ละด้าน ในการประเมินอาการใช้ Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) , Global Distress Index (GDI) การประเมินทางด้านจิตใจใช้ Mental Health Inventory-5 ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายใช้ Sickness Impact Profile ในด้านของความเชื่อ Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spirituality Scale และประเมินภาวะโรคร่วมโดยใช้ Charlson Comorbidity Index แบบประเมินคุณภาพชีวิต Multidimensional Index of Life Quality (MILQ) พบว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนโรคร่วมมากกว่าส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (CCI, $r = -0.32$, $P = 0.002$)

Faller et al. (2009) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง 206 คน อายุเฉลี่ย 64 ปี เพศชาย ร้อยละ 69 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าได้แก่ Patient Health Questionnaire และแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire ประเมินความรุนแรงของโรคใช้ NYHA functional class โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินพบว่าภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วมและความรุนแรงของโรคสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

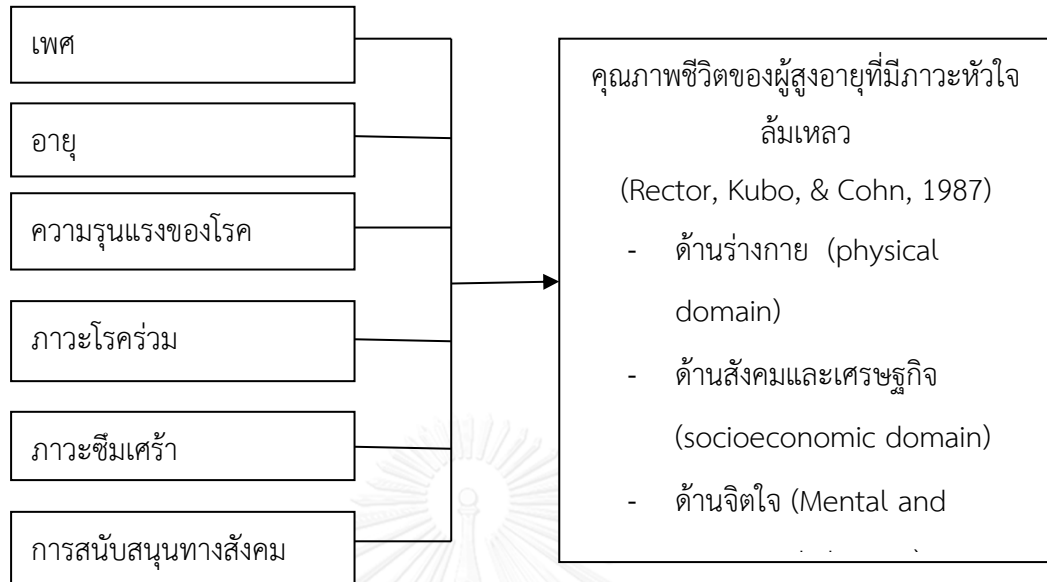
Hallas et al. (2010) ศึกษาปัจจัยที่ทางด้านจิตมีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ใช้กลุ่มตัวอย่าง 146 คนโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เพื่อค้นหาความเชื่อ รูปแบบการเผชิญปัญหา อารมณ์ และคุณภาพชีวิต ใช้ แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF 30 item และ Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ในด้านลบ การรับรู้ในการควบคุมอาการของโรคน้อย ทำให้ปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาไม่ได้ จึงเป็นการหนีปัญหา และทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้ามากขึ้น สรุปรว่าภาวะซึมเศร้ามีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกต่อภาวะหัวใจล้มเหลวในแง่ลบ และไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้

Chung et al. (2013) ได้ทำการศึกษาเพื่อต้องการทราบว่าภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอย่างไร โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 362 คน ที่ผ่านการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน the Beck Depression Inventory-II แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และมีภาวะซึมเศร้ามากส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าจึงควรมีการสนับสนุนให้มีการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้นเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วนิดา หาจักร (2556) ได้ทำการศึกษาเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและหาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย, ความแตกฉานด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มาได้รับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน Mishel Uncertainty in Illness Scale: Community Version: MUIS-C) แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบวัดการช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 46.8 ($R^2 = .468$ $p < .001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้ปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คือ อายุ เพศ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และ การสนับสนุนทางสังคมโดยแต่ละปัจจัยสอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Rector, Kubo, & Cohn (1987)ซึ่งกล่าวถึง 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (physical domain) ซึ่งในการศึกษานี้ได้แก่ อายุ เพศ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic domain) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ด้านจิตใจ (Mental and emotional domain) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า โดยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเพื่อหาอำนาจการทำนาย (Descriptive Prediction design) มีวัตถุประสงค์เพื่อหาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่างๆต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับบริการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับบริการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการเลือกโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งนี้เพราะ เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เป็นโรงเรียนแพทย์ มีหน่วยโรคหัวใจ ผู้รับบริการมีความหลากหลาย มาจากหลายถิ่นฐาน (แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2556; แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลตำรวจ, 2556) สามารถนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างและมีความเป็นตัวแทนที่ดีเพื่ออ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้ โดยมีวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. ตรวจสอบรายชื่อของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลตำรวจในวันพุธ ช่วงบ่ายและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในวันพุธช่วงเช้า โดยผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อก่อนล่วงหน้า 1 วัน

ขั้นตอนที่ 2. ทำการสุ่มรายชื่อของผู้ป่วยทั้งหมดที่จะมาตรวจโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size criteria) ใช้วิธีการคำนวณ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) คือ

$$n = 10k + 50$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k = ตัวแปรอิสระ

10 = ค่าคงที่

โดยมีตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ จำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต จากการแทนค่าในสูตรจะได้ดังนี้

$$n = (10 \times 7) + 50 = 120$$

ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 120 คนและมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเวลานานมากกว่า 3 เดือน
2. ไม่มีข้อจำกัดในการสื่อสารหรือความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
3. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาทโดยดูจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง อาการไม่คงที่เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือเหนื่อยหอบมากภายใน 12-24 ชั่วโมงก่อนการเก็บข้อมูล
2. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลถอนความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมมีดังนี้

1. **แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป** ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว โรคร่วม

2. **ระดับความรุนแรงของโรค** ใช้แบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและวัดระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตาม NYHA (Perrin, 2002)

ฉบับภาษาไทยโดย สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร (2556) เป็นแบบสอบถาม 4 ข้อ 4 ระดับความรุนแรงของอาการให้ผู้ป่วยเลือกเพียง 1 ข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วย โดย

- | | | |
|-----------|---------|--|
| ข้อที่ 1. | หมายถึง | ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวน้อย |
| ข้อที่ 2. | หมายถึง | ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวปานกลาง |
| ข้อที่ 3. | หมายถึง | ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวค่อนข้างมาก |
| ข้อที่ 4. | หมายถึง | ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมาก |

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Screening) ของ Yesavage et al. (1983) ฉบับภาษาไทยโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา การตอบมี 2 ลักษณะคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” สำหรับการให้คะแนน คือ 0 หรือ 1 คะแนน โดย

ข้อคำถามที่เป็นความรู้สึกทางด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 หากตอบ “ไม่ใช่” ในข้อคำถามเหล่านี้ได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน

ข้อคำถามที่เหลืออีก 20 ข้อ ซึ่งเป็นความรู้สึกทางด้านลบ ถ้าตอบ “ใช่” ได้คะแนน ข้อละ 1 คะแนน (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537)

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน

คะแนน 0-12	คะแนน หมายถึง	ผู้สูงอายุปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า
คะแนน 13-18	คะแนน หมายถึง	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
คะแนน 19-24	คะแนน หมายถึง	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง
คะแนน 25-30	คะแนน หมายถึง	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูง

4. การสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคม ของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988) ฉบับภาษาไทย โดย Boonyamalik (2005) จำนวน 12 ข้อ ซึ่งประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือการได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และจากบุคคลสำคัญ เป็นมาตรวัด 7 ระดับ คะแนนรวมมีค่า 12-84 คะแนนรวมสูงหมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

การแปลผลคะแนน

30-45 คะแนน	หมายความว่า	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ
46-61คะแนน	หมายความว่า	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
62 คะแนนขึ้นไป	หมายความว่า	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

5. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว Minnesota of Living with HF questionnaire ของ Rector, Kubo and Cohn (1987) ฉบับภาษาไทยโดยพวงผกา กรีทอง (2550) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรงประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ ถามถึงในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างน้อยเพียงใด โดยข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของโรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความสามารถในการประกอบอาชีพ ลักษณะเป็นมาตรวัด 6 ระดับ มีระดับ

คะแนน 0 - 5 คะแนนโดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตของของพวงผกา กรีทองได้กำหนดค่าคะแนนตามแบบประเมินของ Rector, Kubo and Cohn คือ 0= ไม่มี และ 5= มีมากที่สุด แต่เนื่องจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตนี้เป็นกรวัดผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นข้อความในทางลบ การแปลผลเป็นการหะคะแนนมากกับผู้ที่มีอาการจากผลกระทบมาก ซึ่งการให้คะแนนลักษณะนี้จะไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน การศึกษาครั้งนี้จึงได้ปรับการให้คะแนนเพื่อให้สอดคล้องกับสมมติฐานและเข้าใจง่าย คือ 5 = ไม่มีผลกระทบ 0= มีมากที่สุด และแปลผลคะแนนว่า คะแนนมาก คือ มีคุณภาพชีวิตสูง และ คะแนนน้อยคือ มีคุณภาพชีวิตต่ำ

0 = มีมากที่สุด

1 = มีมาก

2 = มีปานกลาง

3 = มีเล็กน้อย

4 = แทบจะไม่มี

5 = ไม่มี

คะแนนเต็ม 105 คะแนนโดยค่าคะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตสูง ถ้ามีค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตต่ำ โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ

0 – 35 คะแนน หมายความว่า คุณภาพชีวิตต่ำ

36 – 70 คะแนน หมายความว่า คุณภาพชีวิตปานกลาง

71 - 105 คะแนน หมายความว่า คุณภาพชีวิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา

การศึกษาวิจัยนี้ได้เลือกใช้เครื่องมือที่เป็นเครื่องมือมาตรฐานผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือและผ่านการนำไปใช้ในงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุมาแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก แต่ได้นำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา หลังจากผ่านการตรวจสอบพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องความชัดเจน ความซ้ำซ้อน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ได้แก่ ปรับข้อความที่มีทั้งคำว่า “ข้าพเจ้า”, “ฉัน” ให้เป็นคำที่เหมือนกัน สม่่าเสมอคือใช้คำว่า “ข้าพเจ้า” ในทุกข้อ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

2.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Screening ,GDS) ของ Yesavage et al. (1983) ฉบับภาษาไทยโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัย นำแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) มาใช้ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (Train The Brain Forum Thailand) ได้ รวมกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาจิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทยมาประชุมกัน เพื่อสร้างแบบคัดกรอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือในคลินิกผู้สูงอายุ โดยใช้ต้นแบบจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Screening,GDS) ของ Yesavage et al. (1983) และได้เรียบเรียงคำถามขึ้นใหม่ในบางหัวข้อ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุไทย และผ่านการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 คน ทั่วประเทศไทย จำแนกเป็นเพศชาย 121 คน และเพศหญิง 154 คน พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการตอบแบบวัด คือ 10.09 นาที ส่วนค่าความเที่ยงของเครื่องมือนี้ จากการทดสอบด้วยสูตร KR-20 ของ Kuder Richardson พบว่า ค่าความเที่ยง ในผู้สูงอายุเพศหญิง เท่ากับ .94 และผู้สูงอายุเพศชาย เท่ากับ .91 และมีค่าความเที่ยง รวม เท่ากับ .93

เมื่อผู้วิจัยนำ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89

2.2 แบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคม ของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988) ฉบับภาษาไทย โดย Boonyamalik (2005) โดยการแปลย้อนกลับจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS]) มีค่าความตรงอยู่ในระดับสูง (CVI= 1.00) ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าระหว่าง 0.88 - 0.89

เมื่อนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 รายได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต Minnesota of Living with HF questionnaire ของ Rector, Kubo and Cohn (1987) ฉบับภาษาไทยโดยพวงผกา กรีทอง (2550) ได้ทำการแปลย้อนกลับและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ทำการปรับปรุงตามคำแนะนำ และได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายโดยมีการทดสอบความเชื่อมั่นในระดับสูง 0.92-0.98 ดังนั้นงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำไปหาความเที่ยงของ

เครื่องมือโดยจะนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษารายงาน 30 ราย แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย คำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้ KR-20 แบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว คำนวณโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient โดยค่าที่ยอมรับได้คือ .70 ขึ้นไป

เมื่อนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 รายได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.95

หลังจากผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยง พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 60 สามารถตอบแบบสอบถามได้เองโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที และมีผู้สูงอายุบางรายที่มีผู้ดูแลช่วยอ่านแบบสอบถามให้ นอกจากนี้มีผู้สูงอายุ 5 คนที่ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ ฟัง และอ่านคำตอบให้ผู้สูงอายุเลือกโดยผู้วิจัยเป็นคนลงเครื่องหมายคำตอบในแบบสอบถามให้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ที่ได้ผ่านการพิจารณาแล้วเสนอคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมในโรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

1.2 หลังจากโครงการวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยแล้วโรงพยาบาลตำรวจ หนังสือรับรองเลขที่ จว. 50/2558 และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หนังสือรับรองเลขที่ 91/58 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1.3 หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกหัวใจและหลอดเลือดที่จะทำการเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

....2. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มตามเลขที่คิวของผู้ป่วยในแต่ละวัน เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวแนะนำตัว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง

เชิญชวนให้เข้าร่วมวิจัยโดยการอธิบายความสำคัญของปัญหาการวิจัยวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

- 2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย อธิบายแบบสอบถามและขออนุญาตเก็บข้อมูล
- 2.3 หลังจากเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยต่อ
- 2.4 เมื่อได้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลตำรวจโดยได้รับการรับรองโครงการวิจัยเมื่อวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2558 หนังสือรับรองเลขที่ จว. 50/2558 และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้รับการรับรองโครงการวิจัยเมื่อวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2558 หนังสือรับรองเลขที่ 91/58 โดยการดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัย ทั้ง 3 ข้อ ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect of person)

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยมีขั้นตอนตามมาตรฐาน ได้แก่ มีเอกสาร Information sheet ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาจนเข้าใจ และมีอิสระอย่างเต็มที่ที่จะตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วม หรือแม้เข้าร่วมแล้วก็มีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ต้องชดใช้ค่าเสียหาย หรือถูกละเลยการดูแลสุขภาพในกรณีที่เป็นผู้ป่วย โดยไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่ก็ได้รับการดูแลสุขภาพ เช่นเดิมตามปกติ

การวิจัยยังแสดงการเคารพความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ (Privacy and confidentiality) โดยการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถปฏิเสธถอนตัวได้ตลอดเวลา การถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพโรคของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

มีการปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัครโดยข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของอาสาสมัครจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำการวิจัย

2. หลักการให้คุณประโยชน์ (Beneficence)

การเข้าร่วมการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่ได้ประโยชน์โดยตรงแต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการ ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนและแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพในการวิจัยทางการพยาบาลเพื่อช่วยแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วย

3. หลักความยุติธรรม (Justice)

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้รับคำอธิบายที่ชัดเจนในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่มีการบิดเบ่งหรือบิดเบือนความจริงใดๆ ซึ่งผลการตัดสินใจ จะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาตามปกติที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษาวิเคราะห์โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างเพศ อายุ ความรุนแรงของโรค โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างเพศ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตโดยใช้ Point Biserial Correlation กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

4. วิเคราะห์หาปัจจัยร่วมพยากรณ์ของคุณภาพชีวิต ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

ขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปรมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 ถ้าค่าใกล้ 0 แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันน้อย ค่าใกล้ +1 แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันมาก ส่วนเครื่องหมายจะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ + แสดงว่ามีความสัมพันธ์ตามกัน - แสดงว่ามีความสัมพันธ์แบบผกผัน

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ นำมากำหนดระดับความสัมพันธ์ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่	0.0 – 0.3	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่	0.31 – 0.5	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่	0.51 – 0.7	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่	0.71– 0.9	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันสูง
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่	0.91 – 1.0	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างเพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่รักษาในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำนวน 120 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ ภาวะโรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 3 การศึกษาความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของ ปัจจัยคือ ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะโรคร่วม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 5 ข้อมูลส่วนบุคคลแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n = 120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	69	57.50
หญิง	51	42.50
อายุ		
\bar{X} = 74.28 ปี, SD. = 7.571		
60-69 ปี	28	23.33
70-79 ปี	59	49.17
80 ปีขึ้นไป	33	27.50
สถานภาพสมรส		
โสด	4	3.33
คู่	67	55.83
หม้าย/หย่า	48	40.0
แยกกันอยู่	1	0.84
ศาสนา		
พุทธ	115	95.83
คริสต์	2	1.67
อิสลาม	3	2.50
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	56	46.67
ข้าราชการ/บำนาญ	28	23.33
ค้าขาย	16	13.33
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	9	7.50
ธุรกิจส่วนตัว	8	6.67
รับจ้าง	2	1.67
อื่นๆ (นักบวช)	1	0.83

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	59	49.17
มัธยมศึกษา	25	20.83
อาชีวศึกษา/ประกาศนียบัตร	5	4.17
ปริญญาตรี	12	10.00
สูงกว่าปริญญาตรี	4	3.33
ไม่ได้ศึกษา	15	12.50
ภาวะโรคร่วม		
1 โรค	9	7.50
2 โรค	23	19.17
3 โรค	42	35.00
4 โรค	26	21.67
5 โรค	11	9.17
6 โรค	4	3.33
7 โรค	5	4.17

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.50 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.17 ซึ่งเป็นช่วง ผู้สูงอายุตอนกลาง (middle old) รองลงมาคือช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป หรือ ผู้สูงอายุตอนปลาย (old old) คิดเป็นร้อยละ 27.50 และช่วงอายุ 60-69 ปี หรือ ผู้สูงอายุตอนต้น (young old) มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.33 ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม 3 โรค มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 และพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมมากกว่า 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 73.34 และมีผู้สูงอายุมีโรคร่วมมากที่สุด 7 โรค คิดเป็นร้อยละ 4.17

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรุนแรงของโรคแต่ละระดับ (N=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรค $\bar{x} = 67.59$ SD = 9.072		
ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวน้อย	65	54.17
ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวปานกลาง	43	35.83
ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวค่อนข้างมาก	7	5.83
ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมาก	5	4.17

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในระดับน้อย และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.17 และ 35.83 ตามลำดับ ส่วนระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวค่อนข้างมาก และมาก มีจำนวนน้อยกว่า ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ 5.83 และ 4.17 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 120)

คุณภาพชีวิต	\bar{x}	SD	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตสูง	25.22	9.82	8	6.7
คุณภาพชีวิตปานกลาง	58.08	7.81	73	60.8
คุณภาพชีวิตต่ำ	80.4	6.79	39	32.5
รวม	63.31	16.59	120	100

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.8 รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตต่ำ และมีคุณภาพชีวิตสูง คิดเป็นร้อยละ 32.5 และ 6.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 120)

ภาวะซีมเศร้า	\bar{x}	SD	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซีมเศร้า			79	65.8
ซีมเศร้าเล็กน้อย			30	25.0
ซีมเศร้าปานกลาง			7	5.8
ซีมเศร้าสูง			4	3.4
รวม	10.23	6.42	120	100

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซีมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 65.8 รองลงมาคือมีภาวะซีมเศร้าเล็กน้อย มีภาวะซีมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25 และ 5.8 ตามลำดับ และผู้ที่มีภาวะซีมเศร้าสูงมีจำนวนน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 3.4

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 120)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{x}	SD	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ			2	1.7
ระดับปานกลาง			28	23.3
ระดับสูง			90	75.0
รวม	2.73	0.48	120	100

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 23.3 และ 1.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างเพศชายและเพศหญิง (n=120)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ชาย	69	57.5	65.03	15.59
หญิง	51	42.5	58.20	16.85

จากตารางที่ 10 พบว่า เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 65.03 ในขณะที่เพศหญิงมีคะแนนเท่ากับ 58.20 จึงสามารถสรุปได้ว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างช่วงอายุ (n=120)

ช่วงอายุ	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
60-69 ปี	28	23.33	63.18	14.48
70-79 ปี	59	49.17	63.32	16.63
80 ปีขึ้นไป	33	27.50	59.09	17.64
รวม	120	100	62.13	16.42

ตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุแต่ละช่วงอายุมีคะแนนแตกต่างกันเล็กน้อยโดย ช่วงอายุ 60-69 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 63.18 ช่วงอายุ 70-79 ปี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 63.32 และ อายุ 80 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 59.09

ส่วนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต (n=120)

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6	7
เพศ	1						
อายุ	-.049	1					
ภาวะโรคร่วม	-.199*	.058	1				
ความรุนแรงของโรค	-.095	.162	.435**	1			
การสนับสนุนทางสังคม	.060	.148	.026	-.049	1		
ภาวะซึมเศร้า	-.219*	.029	-.046	.201*	-.491**	1	
คุณภาพชีวิต	.208*	-.096	-.234*	-.446**	.166*	-.621**	1

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1 แทน เพศ

2 แทน อายุ

3 แทน ภาวะโรคร่วม

4 แทน ความรุนแรงของโรค

5 แทน การสนับสนุนทางสังคม

6 แทน ภาวะซึมเศร้า

7 แทน คุณภาพชีวิต

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต (n=120)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p - Value
เพศ	0.21*	.01
อายุ	-0.10	.15
ความรุนแรงของโรค	-0.45**	.00
ภาวะโรคร่วม	-0.23*	.01
ภาวะซึมเศร้า	-0.62**	.00
การสนับสนุนทางสังคม	0.17*	.04

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 12 และ 13 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.21

ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.45 -0.23 และ -0.62 ตามลำดับ

สำหรับอายุ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.17

ส่วนที่ 3 การศึกษาความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของ ปัจจัยคือ ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะโรคร่วม

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการพยากรณ์ (R^2) ค่าอำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการพยากรณ์ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) (n = 120)

ลำดับขั้นการพยากรณ์	R	R^2	R^2 Change	F	p-Value
ภาวะซึมเศร้า	0.621	0.386	0.386	74.204	0.000
ความรุนแรงของโรค	0.702	0.493	0.107	56.936	0.000
การสนับสนุนทางสังคม	0.716	0.513	0.020	40.733	0.000
ภาวะโรคร่วม	0.728	0.530	0.017	32.460	0.000

จากตารางที่ 14 พบว่า ในขั้นตอนที่ 1 ภาวะซึมเศร้าถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจการพยากรณ์เท่ากับ 0.386 ($R^2=0.386$) ซึ่งหมายถึงภาวะซึมเศร้าสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 38.6

ขั้นที่ 2 ตัวแปรพยากรณ์ความรุนแรงของโรคถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 2 และตัวแปรพยากรณ์ทั้งสองตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10.7 (R^2 Change = 0.107) โดยทำให้ค่าอำนาจการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.493 ($R^2=0.493$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึงภาวะซึมเศร้าและความรุนแรงของโรคสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 49.3

ขั้นที่ 3 ตัวแปรพยากรณ์การสนับสนุนทางสังคมถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 3 และตัวแปรพยากรณ์ทั้งสามตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2 (R^2 Change = 0.020) โดยทำให้ค่าอำนาจการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.513 ($R^2=0.513$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึงภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 51.3

ขั้นที่ 4 ตัวแปรพยากรณ์ภาวะโรคร่วม ถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 4 และตัวแปรพยากรณ์ ทั้งสี่ตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้เพิ่มขึ้น อีกร้อยละ 1.7 ($R^2\text{Change} = 0.017$) โดยทำให้ค่าอำนาจการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.530 ($R^2=0.530$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 32.460$) ซึ่งหมายถึงภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะโรคร่วม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 53 ($R^2=0.530$ $p = .05$)

ตารางที่ 15 ตารางวิเคราะห์ผลของการหาความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (Stepwise) (n=120)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE _b	Beta	t	p-Value
ภาวะซึมเศร้า	-1.70	0.20	-0.66	-8.684*	0.00
ความรุนแรงของโรค	-5.45	1.56	-0.26	-3.504*	0.00
การสนับสนุนทางสังคม	0.30	0.13	0.17	+2.251*	0.03
ภาวะโรคร่วม	-1.76	0.85	-0.15	-2.058*	0.04
ค่าคงที่	115.733	10.54	-	10.984	0.00

จากตารางที่ 15 พบว่า สัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรพยากรณ์ทั้งสี่ตัว มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ -0.66 รองลงมาได้แก่ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะโรคร่วม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ -0.26 -0.17 และ -0.15 ตามลำดับ

โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ดังนี้
สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว}} = 115.733 - 1.70\text{ภาวะซึมเศร้า} - 5.45\text{ความรุนแรงของโรค} + 0.30\text{การสนับสนุนทางสังคม} - 1.76\text{ภาวะโรคร่วม}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว}} = -0.66\text{ภาวะซึมเศร้า} - 0.26\text{ความรุนแรงของโรค} + 0.17\text{การสนับสนุนทางสังคม} - 0.15\text{ภาวะโรคร่วม}$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย (Predictive study) ระหว่างเพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รักษาในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครโดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างเพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่รักษาในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครโดยมีสมมุติฐานการวิจัยดังนี้
 1. เพศ และ อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหัวใจล้มเหลว
 2. ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วมและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหัวใจล้มเหลว
 3. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหัวใจล้มเหลว
 4. เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากร ที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคคลที่อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว และเข้ารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับบริการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 2 แห่งโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ โดยโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครมีทั้งหมด 8 สังกัดได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการคลัง และโรงพยาบาลสังกัดของรัฐวิสาหกิจ ในการเลือกโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง เนื่องจาก โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และหลายแห่งเป็นโรงเรียนแพทย์ ผู้รับบริการมีความหลากหลาย มาจากหลายถิ่นฐาน (แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2556; แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาล

ตำรวจ, 2556) สามารถนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างและมีความเป็นตัวแทนที่ดีเพื่ออ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้โดยมีวิธีการสุ่มดังนี้

1. สุ่มสังกัดต่างๆ ของโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครทั้ง 8 สังกัด โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ สุ่มสังกัดมา 2 ใน 8 โดยสังกัดที่สุ่มได้คือ โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีและ โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ

2. ทำการสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 2 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่มีคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้แก่โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size criteria) ใช้วิธีการคำนวณ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

โดยมีตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ จำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต จากการแทนค่าในสูตรจะได้ดังนี้

$$n = 10k + 50$$

$$n = \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$k = \text{ตัวแปรอิสระ}$$

$$10 = \text{ค่าคงที่}$$

$$n = (10 \times 7) + 50 = 120$$

ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 120 คนและมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเวลานานมากกว่า 3 เดือน
2. ไม่มีข้อจำกัดในการสื่อสารหรือความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
3. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาทโดยดูจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย
4. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง อาการไม่คงที่เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือเหนื่อย หอบมากภายใน 12-24 ชั่วโมงก่อนการเก็บข้อมูล
2. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลถอนความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมมีดังนี้

1. **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว โรคร่วม

2. **ระดับความรุนแรงของโรค** ใช้แบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและวัดระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตาม NYHA (Perrin, 2002) ฉบับภาษาไทยโดย สุรีย์ เลขวรรณ วิจิตร (2556) เป็นแบบสอบถาม 4 ข้อ 4 ระดับความรุนแรงของอาการให้ผู้ป่วยเลือกเพียง 1 ข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วย

3. **แบบประเมินภาวะซึมเศร้า** ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) โดยใช้ต้นแบบจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Screening) ของ Yesavage et al. (1983) ฉบับภาษาไทยโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา การตอบมี 2 ลักษณะคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” สำหรับการให้คะแนน คือ 0 หรือ 1 คะแนน

4. **การสนับสนุนทางสังคม** ใช้แบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคม ของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988) ฉบับภาษาไทย โดย Boonyamalik (2005) จำนวน 12 ข้อ ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ การได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และจากบุคคลสำคัญ เป็นมาตรวัด 7 ระดับ คะแนนรวมมีค่า 12-84 คะแนนรวมสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนต่ำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

5. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว** ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว Minnesota of Living with HF questionnaire ของ Rector, Kubo and Cohn (1987) ฉบับภาษาไทยโดยพวงพิภา กรีทอง (2550) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรง ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ เป็นการถามถึงผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของโรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความสามารถในการประกอบอาชีพ ลักษณะเป็นมาตรวัด 6 ระดับ โดยมีระดับคะแนน 0 - 5 คะแนน

คะแนนเต็ม 105 คะแนนโดยค่าคะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตสูง ถ้ามีค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตต่ำ โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ

แบบประเมินทั้งหมดนี้เป็นแบบประเมินที่มีอยู่แล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินทั้งหมดไปหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการสร้างเครื่องมือจำนวน 5 คน จากนั้นผู้วิจัยนำไปหาความเที่ยง โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน จากนั้นนำแบบประเมินส่วนที่ 3-5 ไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เท่ากับ .89, .93 และ .95 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, .92 และ .94 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 ประกอบด้วย

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพ ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรควิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่และใช้สถิติร้อยละ

ศึกษาอายุ วิเคราะห์โดยใช้ ค่าเฉลี่ย(mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าต่ำสุด (minimum) ค่าสูงสุด (maximum) และค่าพิสัย (range)

ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างเพศ ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตโดยใช้ Point Biserial Correlation กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

ศึกษาปัจจัยร่วมพยากรณ์ของคุณภาพชีวิต ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.50 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 42.50 มีอายุเฉลี่ย 74.28 ปีโดยมีอายุน้อยที่สุด 60 ปี และมากที่สุด 93 ปี $\bar{x} = 74.28$ ปี, Min= 60, Max= 93, SD. = 7.571) กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.17 ซึ่งเป็นช่วง ผู้สูงอายุตอนกลาง (middle old) รองลงมาคือช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป หรือ ผู้สูงอายุตอนปลาย (old old) คิดเป็นร้อยละ 27.50 และช่วงอายุ 60-69 ปี หรือ ผู้สูงอายุตอนต้น (young old) มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.33 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึง ร้อยละ 55.83 มีสถานภาพคู่ รองลงมาคือ หม้าย/หย่า คิดเป็นร้อยละ 40 และกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 3.33 กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 95.83 ศาสนาอิสลามร้อยละ 2.50 และศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1.67 กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับราชการ/บ้านาญ คิดเป็นร้อยละ 23.33 ค่าขาย ร้อยละ 13.33 ทำนา/ทำไร่/ทำสวน ร้อยละ 7.5 ประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 8 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 1.67 และมากที่สุดคือไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 46.67 กลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.17 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20.83 และไม่ได้ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 12.5 กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วม 3 โรค มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือ 4 โรค คิดเป็นร้อยละ 21.67 และพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมมากกว่า 3 โรคขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 73.34 และมีผู้สูงอายุมีโรคร่วมมากที่สุด 7 โรค คิดเป็นร้อยละ 4.17 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในระดับน้อย และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.17 และ 35.83 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในระดับค่อนข้างมากถึงมากรวมกัน คิดเป็นร้อยละ 10

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยค่อนข้างดี โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.8 รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตต่ำ คิดเป็นร้อยละ 32.5 และมีคุณภาพชีวิตสูง เพียงร้อยละ 6.7 ($\bar{x} = 63.31$, SD. = 16.589)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 65.8 รองลงมาคือมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25 และ 5.8 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสูง คิดเป็นร้อยละ 3.4 เมื่อคิดเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจึงคิดเป็นร้อยละ 34.2 ($\bar{x} = 10.23$, SD. = 6.417)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลางคิดเป็นร้อยละ 23.3 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีเพียงร้อยละ 1.7 ($\bar{x} = 2.73$, SD. = 0.480)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.21 โดยพบว่าเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 65.03 ซึ่งดีกว่าเพศหญิงที่มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 58.20

ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.45 -0.23 และ -0.62 ตามลำดับ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.17

สำหรับอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัว คือภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะโรคร่วม ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.7 (R^2 Change = 0.017) โดยทำให้ค่าอำนาจการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.530 ($R^2=0.530$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 32.460$) ซึ่งหมายถึงภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะโรคร่วม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 53 สัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรพยากรณ์ทั้งสี่ตัว มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.66 รองลงมาได้แก่ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะโรคร่วม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.26 0.17 และ 0.15 ตามลำดับโดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสมการในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว}} = -0.66 \text{ภาวะซึมเศร้า} - 0.26 \text{ความรุนแรงของโรค} + 0.17 \text{การสนับสนุนทางสังคม} - 0.15 \text{ภาวะโรคร่วม}$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ตามสมมติฐานการวิจัยและประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ มีคุณภาพชีวิตต่ำ คิดเป็นร้อยละ 32.5 และผู้สูงอายุที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูง เป็นเพียงส่วนน้อยคิดเป็นร้อยละ 6.7 คะแนนคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างดีได้เนื่องจากในวัยสูงอายุมีประสบการณ์ในชีวิต ผ่านภาวะสุขภาพต่างๆ มากมาย ทำให้เกิดการรับรู้และยอมรับในภาวะสุขภาพ และสามารถปรับตัวให้เหมาะสมและใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Hou et al, 2004; Masoudi et al, 2004) ในเรื่องของบทบาทหน้าที่ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.67 ไม่ได้ประกอบอาชีพและ ร้อยละ 23.33 เป็นข้าราชการบำนาญ การเจ็บป่วยจึงไม่ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่มากนัก เหมือนกับในวัยผู้ใหญ่

ด้านความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.17 และ 35.83 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับค่อนข้างมากถึงมากรวมกัน เพียงร้อยละ 10 จึงพบผลการศึกษาคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี

ด้านการสนับสนุนทางสังคมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนคิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลางคิดเป็นร้อยละ 23.3 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีเพียงร้อยละ 1.7 ($\bar{x} = 2.73$, $SD. = 0.480$) และการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวนี้ส่วนใหญ่มาจากครอบครัว โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึง ร้อยละ 55.83 มีสถานภาพคู่ ผู้สูงอายุจึงมีครอบครัวคอยช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่างๆ อีกทั้งสังคมไทยมีวัฒนธรรมในการที่บุตรหลานมีหน้าที่ดูแลบุพการีและผู้สูงอายุในบ้าน จึงเป็นเหตุผลที่เสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุและผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Heo et al (2005) ในเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับสูงมีความกดดันทางอารมณ์ในระดับต่ำและมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายอยู่ในระดับสูง กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยรับรู้และยอมรับภาวะสุขภาพและการรับรู้ในตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ของตน ทำให้ความกดดันต่างๆ ลดลง

สามารถปรับตัวได้ดีส่งผลให้การทำหน้าที่ทางกายดี และสามารถแปลผลได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างเพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่รักษาในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยมีรายละเอียดดังนี้

เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.21 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และเมื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเปรียบเทียบระหว่าง เพศ พบว่า เพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย เท่ากับ 65.03 เพศหญิงมีคะแนนเท่ากับ 58.20 สามารถอธิบายได้ว่า ความแตกต่างของเพศโดยที่เพศชาย และหญิง มีการปรับตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพต่างๆได้ต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศหญิงเป็นเพศที่มีบทบาทหน้าที่หลายอย่างมาโดยตลอด ทั้งหน้าที่การงานในอาชีพ ทั้งในบทบาทของการเป็นแม่ การเลี้ยงดูบุตร ตั้งแต่วัยผู้ใหญ่จนถึงวัยสูงอายุ จึงมีความเคยชินกับการรับหน้าที่หนักมาอย่างต่อเนื่อง เมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นการซ้ำเติมต่อความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ต่างๆในครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตของเพศหญิงต่ำกว่าและในอีกแง่มุมหนึ่งใน กระบวนการสูงอายุที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของระบบต่างๆในร่างกาย สรีรวิทยาของเพศหญิงมีความอ่อนแอมากกว่า จึงทำให้เพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าเพศชายส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการทำหน้าที่ต่างๆลดลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำกว่า นอกจากนี้เหตุผลที่เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้อยกว่านั้น ได้ถูกอธิบายในเชิงระบาดวิทยาจากการมีอัตราการฟื้นฟูสภาพที่ต่ำกว่ารวมทั้งการมีอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงกว่า (Leveille et al., 2000; Lisabeth et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Riedinger et al. (2001) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของเพศต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,382 คน ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเพศหญิงที่ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและต่ำกว่าเมื่อเทียบกับเพศชายที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เช่นเดียวกับ Hou et al. (2004) ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ของเพศและอายุต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1,658 คน มีอายุเฉลี่ย 57.6 ปี พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยเพศชาย Luttik et al. (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ของเพศ และความซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจำนวน 393 คน พบว่าเพศหญิงมีคะแนนคุณภาพชีวิต

ต่ำกว่าเพศชาย และ จันทรทิรา เจียรณัยและคณะ (2552) พบว่าเพศหญิงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับ Esquivel & Dracup (2007) พบว่าเพศหญิงมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าเพศชาย และยังพบว่า เพศหญิงที่มีอายุมากร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย (Kirchengast & Haslinger, 2008) และในทำนองเดียวกัน Franzen et al. (2007) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย

อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหัวใจล้มเหลว แต่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นจริงตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 และขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ Masoudi et al. (2004) ศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 546 คน พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ถึงแม้ว่าจะมีระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวและระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที ต่ำกว่าก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากและอายุน้อยมีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุมีความคาดหวังในตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่โดยทั่วไปต่ำกว่า จึงรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า Hou et al. (2004) ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ของเพศและอายุต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1,658 คน มีอายุเฉลี่ย 57.6 ปี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าทำนองเดียวกับ Britz & Dunn. (2009) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าวัยผู้ใหญ่ เช่นเดียวกับ นิตยา ศรีสุข (2551) ได้ทำการศึกษาปัจจัย

ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตบุคคล ซึ่งจากผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.17 ซึ่งเป็นช่วง ผู้สูงอายุตอนกลาง (middle old) รองลงมาคือช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป หรือ ผู้สูงอายุตอนปลาย (old old) คิดเป็นร้อยละ 27.50 และช่วงอายุ 60-69 ปี หรือ ผู้สูงอายุตอนต้น (young old) มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.33 อันเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 74.28 ปี ซึ่งนับเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง ช่วงวัยหลังเกษียณ การเจ็บป่วยเรื้อรังจึงไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีกิจกรรมต่างๆ การคาดหวังกับภาวะสุขภาพที่น้อยลงกว่าวัยผู้ใหญ่ การถูกจำกัดกิจกรรมจึงไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากเท่าใดนัก และจากการศึกษาที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีหลายช่วงวัย คือมีทั้งวัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ จึงสามารถเห็นการเปรียบเทียบอายุในช่วงต่างๆว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยอายุเฉลี่ยคือ 74.28 ปี ปีโดยมีอายุน้อยที่สุด 60ปี และมากที่สุด 93 ปี (\bar{x} = 74.28

ปี, Min= 60, Max= 93, SD. = 7.571) และพบว่าแต่ละช่วงวัย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ดังนี้ ช่วงอายุ 60-69 ปี คะแนนเท่ากับ 63.18 ช่วงอายุ 70-79 ปี คะแนนเท่ากับ 63.32 และช่วงอายุ 80ปีขึ้นไปมีคะแนนเท่ากับ 59.09 ข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย จึงไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ทำให้สมมติฐานที่ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงไม่เป็นความจริง

ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = -0.45$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่าความรุนแรงของโรคมักขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง ทั้งนี้เนื่องจากความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย จากกระบวนการสูงอายุที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของทุกระบบของร่างกายในทางเสื่อมลง และมีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรังต่างๆตามมา ในระบบหัวใจและหลอดเลือด กระบวนการสูงอายุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคือหลอดเลือดแดงแข็งขึ้น ความยืดหยุ่นลดลงเป็นการเพิ่มภาระของหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจเริ่มมีพังผืด ผนังหัวใจห้องล่างหนาตัวขึ้นเป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการบีบตัวและการขยายตัวของหัวใจ มีแคลเซียมเกาะที่ลิ้น Aortic และ Mitral (Miller, 2012; Scott & Quinn, 2012) ทำให้การสูบน้ำเลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆทั่วร่างกายหย่อนประสิทธิภาพ (Lewis & Bottomley, 2008) ทำให้ผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงที่จะเกิดการกำเริบของอาการต่างๆและการเพิ่มของระดับความรุนแรงของโรคได้ตลอดเวลา ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวตามมาหลายประการ (Ramasubba & Deswal, 2012; สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการแบ่งระดับความทนทานต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วยมีประโยชน์ในการจัดการรักษาและการพยาบาล จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคมักขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการ จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำหน้าที่ของร่างกาย และยังส่งผลกระทบต่อไปยังครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมอีกด้วย อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในระดับน้อย และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.17 และ 35.83 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในระดับค่อนข้างมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10 ดังจะเห็นว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางจึงเป็นไปได้ว่า เมื่อความรุนแรงของโรคน้อย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ความรุนแรงของโรคจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตลดลงแม้การรักษาจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นแต่ผู้ป่วยยังคงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำเนื่องจากต้องเผชิญกับอาการของโรคและการรักษาที่รบกวนการทำงาน

ของร่างกายและแบบแผนการดำเนินชีวิต (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาวิจัยต่างๆเช่น Masoudi et al. (2004) ที่ศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 546 คน พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวดีขึ้นในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการดีขึ้น และคะแนนคุณภาพชีวิตไม่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการคงที่ และคะแนนคุณภาพชีวิตลดลงในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการเลวลง Franzen et al. (2007) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ใช้กลุ่มตัวอย่าง 357คน อายุเฉลี่ย 79.3 ปี ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคที่มากกว่าส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ Blinderman et al. (2008) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่าง 103คน โดยผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคตาม New York Heart Association Class III/IV ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Multidimensional Index of Life Quality (MILQ) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมักกว่าส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เช่นเดียวกับ Chiaranai (2009); Faller et al. (2009) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวกับคุณภาพชีวิตพบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ เนื่องจากความรุนแรงของโรคมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกาย เช่น เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ ทำให้ส่งผลทางด้านจิตใจ เกิดความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง

ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)= -0.23 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 สามารถอธิบายได้ว่า ในภาวะปกติ การเข้าสู่วัยสูงอายุ สุขภาพร่างกายมีความเสื่อมถอยทำให้เกิดความไม่สุขสบายอยู่แล้ว เมื่อเกิดเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคใดๆก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดย่อมส่งผลกระทบต่อที่รุนแรง ทำให้ต้องทุกข์ ทรมานจากการดำเนินของโรคจากการกำเริบ และจากภาวะโรคร่วมหลายๆโรค ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่ (73.34%) มีโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป การทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน จึงลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคม การที่ต้องเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ครอบครัวและรัฐต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง เช่นเดียวกับผลการศึกษาในคั้งนี้ว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = -0.23$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chiaranai (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่าส่งผลกับคุณภาพชีวิตต่ำกว่า และภาวะโรคร่วมมีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตในระดับสูง ทำนองเดียวกับ Blinderman et al. (2008) สรุปว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนโรคร่วมมากกว่าส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง Franzen et al. (2007) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่าส่งผลกับคุณภาพชีวิตต่ำกว่า และภาวะโรคร่วมมีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตในระดับสูง เช่นเดียวกับ Fortin et al. (2004) ทำการศึกษาผลกระทบของภาวะโรคร่วมต่อคุณภาพชีวิตพบว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์เป็นอันดับต้นๆของปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.62 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 โดยผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีภาวะซึมเศร้าในระดับ เล็กน้อย และปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25 และ 5.8 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสูง คิดเป็นร้อยละ 3.4 เมื่อคิดเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจึงคิดเป็นร้อยละ 34.2 ($\bar{x} = 10.23$, $SD = 6.417$) ซึ่งเป็นจำนวนค่อนข้างมาก อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้า พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นวัยที่ต้องปรับตัว ต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างมาก มีรายงานพบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะเคยมีประสบการณ์ ของการมีภาวะซึมเศร้า ที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

ในการที่ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลให้โรคทางกายที่เป็นอยู่มีอาการแย่ลง ในขณะเดียวกัน การเจ็บป่วยทางกาย ก็อาจส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามีอาการมากขึ้นและกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ดังเช่นการศึกษาของ Ola et al. (2006) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวประเทศไนจีเรีย กลุ่มตัวอย่าง 100 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ทำนองเดียวกับ Bekelman et al. (2007) สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง Tasch et al. (2007) ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับ Leegte et al. (2009) พบว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง Heo et al. (2014) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire ผลการศึกษาพบว่า อาการซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ Faller et al. (2009); Faller (2010) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต พบว่าพบภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังมีการศึกษาว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่

สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ เช่นเดียวกับ Hallas et al. (2010) ศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายอัตราตายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาสรุปว่าภาวะซึมเศร้ามีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกต่อภาวะหัวใจล้มเหลวในแง่ลบ และไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.17 ซึ่งเป็นจริงตามสมมติฐานข้อที่ 3 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ดังจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนคิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลางคิดเป็นร้อยละ 23.3 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีเพียงร้อยละ 1.7 ($\bar{X} = 2.73$, SD. = 0.480) และการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวนี้ส่วนใหญ่มาจากครอบครัว โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึง ร้อยละ 55.83 มีสถานภาพคู่ ผู้สูงอายุจึงมีครอบครัวคอยช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่างๆ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุเฉลี่ย 74.28 ปี โดยมีอายุมากกว่า 70 ปี มากถึงร้อยละ 76.67 ในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุนั้นส่วนใหญ่ คือ ครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร หลาน เป็นผู้ให้การสนับสนุน และคอยให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆตามค่านิยมและวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ได้รับการปลูกฝังในเรื่องของความกตัญญูทวดเวทิต่อบุพการีและผู้สูงอายุในบ้าน

ถึงแม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนนั้น พบว่า มีบทบาทในการสนับสนุนค่อนข้างน้อย เนื่องจาก ผู้สูงอายุมีเพื่อนน้อยลง และเพื่อนของผู้สูงอายุเอง ก็ไม่มีความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมในส่วนของเพื่อนจึงมีคะแนนที่ค่อนข้างต่ำเป็นส่วนใหญ่ แต่คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ของ Heo et al. (2014) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศตุรกี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีต่างๆทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ในขณะที่ Samartzis et al. (2013) ศึกษา 16 งานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และ Barutcu & Mert (2013) พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นได้จาก การสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว เพื่อน หรืออื่นๆ Chung et al. (2013) ศึกษาปัจจัยทำนายของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าจึงควรมีการสนับสนุนให้มีการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้นเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำนองเดียวกัน พวงผกา

กรีทอง (2550); วนิตา หาจักร (2556) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีต่างๆทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ในการศึกษาต่างๆพบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว จากเพื่อน จากบุคลากรทางการแพทย์ หรือทางสื่อต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วยเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี และมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รวมทั้งมีผลทางด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่าเพศ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม และ ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหัวใจล้มเหลว และ ภาวะซึมเศร้ามีความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.66 รองลงมาได้แก่ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัวโดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.26 0.17 และ 0.15 ตามลำดับ จึงทำให้สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากที่สุด ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ได้สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$$Z_{\text{คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว}} = -0.66\text{ภาวะซึมเศร้า} - 0.26\text{ความรุนแรงของโรค} + 0.17\text{การสนับสนุนทางสังคม} - 0.15\text{ภาวะโรคร่วม}$$

พบว่า ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และ ภาวะโรคร่วม สามารถร่วมกันทำนาย คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังเป็นระยะเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนป้องกัน และแก้ไขเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้
2. ควรมีการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระยะๆ เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต
3. ควรมีการศึกษาในรูปแบบโปรแกรม เพื่อจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น จัดการกับภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยกึ่งทดลอง โปรแกรมการจัดการภาวะซึมเศร้าเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). *แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย*. สารศิริราช, 46(1), 1-9.
- เกษม วัฒนชัย. (2532). *การดูแลโรคความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2525). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- จารุวรรณ มานะสุภาร. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จันทร์ทิวา เจริญชัย และคณะ. (2552). Self-care and quality of life in patients with heart failure do gender differences exist. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 27(6), 451-463.
- จันทนา รัตนวิชัย. (2555). ภาวะหัวใจล้มเหลว. ใน ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์และคณะ(บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 9, หน้า 404-414). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- ขวลี โฆษิตทาภิวัฒน์. (2534). *ปัจจัยคัดสรรความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดรณวิวัลย์ วโรตมวิจิตร (2552). อาหารสุขภาพสำหรับโรคหัวใจมีจริงหรือ. ใน ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 97-116). กรุงเทพฯ: ฮาสน์พรีนติ้ง.
- ดิลก ภโยทัย. (2547). *รายงานผลการศึกษาระดับสมบูรณั โครงการการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับ Psychosocial factors กับโรคหัวใจและหลอดเลือด*. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.).
- เดือนฉาย ชยานนท์. (2538). หัวใจวาย. ใน วิทยา ศรีมาตา (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ 2*, หน้า 128 – 157. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- นิตยา ศรีสุข. (2551). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การประเมินและการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: สภาผู้สูงอายุไทย.

- บรรลุ ศิริพานิช. (2548). การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. ใน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (บรรณาธิการ). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร : ยู แอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. พิมพ์ครั้งที่ 7. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2557). *สถิติของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดใน หอผู้ป่วยซีซียู*.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : นามมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์.
- พรนภา เสงเจริญสุวรรณ. (2552). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงผกา กรีทอง. (2550). *โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. ใน ปราณี ทัพไพเราะและคณะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 60-91). กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส.
- ไพศาล ลีละชัยกุล. (2550). *พยาธิวิทยาของระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจ และหลอดเลือด*. ใน อ่าง จีระจิตเวช (บรรณาธิการ), *พยาธิวิทยากายวิภาค เล่ม 1*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ภมร แซ่มรักษา, ศิริลักษณ์ประวีณวรกุล และ ทศนันท์ศิริเสถียรรุจ. (2554). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 3(2), 1-14.
- รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, เกียรติชัย ภูริปัญญา, องค์การ เรืองรัตนอัมพร, ชุณหเกษม โชตินัยวัตรกุล, นิธิมา เชาวลิต, เกษรี ปั่นลี, และคณะ. (2003). *ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามเอส เอฟ-36 ฉบับภาษาไทย ในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจ*. *จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 83 (ฉบับพิเศษ 2), s130-s136.
- เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ. (2552). *หัวใจล้มเหลว*. ใน วันชัย วนะชีวานาวิน, สุทิน ศรีอัฐภาพร และวันชัย

- เดชสัมฤทธิ์ฤทธิ์(บรรณาธิการ). *ตำราอายุรศาสตร์ โรคตามระบบ 2*, (หน้า 89-118).
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- วนิดา หาจักร. 2556. อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ
การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 25(1), 79-92.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก คำหอม และ ระพีพรรณ คำหอม. (2541). *การพัฒนาสถาบันครอบครัว:
ปัจจัยสำคัญในการ เกื้อหนุนผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: เจปรีนซ์การพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วี
เจ พรินต์ติ้ง.
- สมชาย ปรีชาวัฒน์. (2548). Heart failure in the elderly. ใน ชุขณา สวนกระต่าย และ ธาณินทร์
อินทรกำธรชัย (บรรณาธิการ), *Update in problem-base medical practices*, (หน้า
261-274). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมนพร บุญยรัตนะเวช. (2543). เคล็ดลับการรักษา Congestive Heart Failure. ใน วิทยา ศรี
มาตา (บรรณาธิการ), *เคล็ดลับในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550). หัวใจล้มเหลว (Heart failure). ใน วิทยา ศรีมาตา
(บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ 4*, หน้า 202 – 218. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรง
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2553). การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและหัวใจ
ล้มเหลว. ใน *รายงานการประชุมวิชาการเวชศาสตร์ร่วมสมัย 2553*, (หน้า 205-216).
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). *ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรื่องแก้วการพิมพ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพจน์ ศรีมหาโชดะ. (2542). ACE inhibitors ในภาวะหัวใจล้มเหลว. ใน วิทยา ศรีมาตา
(บรรณาธิการ). *อายุรศาสตร์แนวใหม่ Evidence based medicine* (พิมพ์ครั้งที่ 2,
หน้า 266-277). กรุงเทพฯ: ยูนิตีพับลเคชั่น.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2545). โรคหัวใจขาดเลือด: การรักษาภาวะแทรกซ้อนในระยะเฉียบพลัน.
วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 8, 3-8.
- สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร. (2556). Heart failure. ใน สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร (บรรณาธิการ). *พยาธิวิทยา*

ของโรคหัวใจ (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 193-222). เชียงใหม่: โรงพิมพ์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เอมอร แสงศิริ. (2555). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2552). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 1.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์.

ภาษาอังกฤษ

Abdelhafiz, A. H. (2012). Epidemiology of heart disease. In A.J. Sinclair., J.E. Morley., & B. Vallas. (Eds). *Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine.* (5th ed. pp 389-404). Oxford: Wiley-blackwell.

American Heart Association. (2013). *Heart disease and stroke statistics 2013 update* [homepage on the Internet]. Dallas: American Heart Association Online Resources. Retrieved December 18, 2013 from <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/12/18/01.cir.0000441139.02102.80>.

American Heart Association. (2012). HeartFailure. [homepage on the Internet] http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/About-Heart-Failure_UCM_002044_Article.jsp

American Heart Association. (2009). Focused Update: ACC/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. *Journal of the American College of Cardiology* , 53(15), 1344-1380.

Ammon, S. (2001). Managing patients with heart failure. *American Journal of Nursing*, 101(12), 34-40.

Ayalon, L., Feliciano, L. & Areal, P. A. (2006). Aging changes that affect communication. In K. L. Mauk. (Ed). *Gerontological Nursing Completerencies For Care* . (1st ed. pp 87-119). Boston: Jones and Bartlett.

Barnes, S., Gott, M., Payne S., Parker, C., Seamark, D., Gariballa, S., & Small, N. (2006). Prevalence of symptoms in a community based sample of heart failure patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(3), 208-116.

- Barutcu, C.D. & Mert, H. (2013). The relationship between social support and quality of life in patients with heart failure. *Journal of The Pakistan Medical Association*, 63(4), 463-467.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bekelman, D.B. et al. (2007). Symptoms depression and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 13(8), 643-648.
doi:10.1016/j.cardfail.2007.05.005
- Belardinelli, R. (2002). Exercise training in heart failure. In K. Wasserman (Ed.), *Cardiopulmonary exercise test and cardiovascular health* (pp. 209-220). New York: McGraw-Hill.
- Bennett, S. J., Oldridge, N. B., Eckert, G. J., Embree, J. L., Browning, S., Hou, N., et al. (2003). Comparison of quality of life measures in heart failure. *Nursing Research*, 52(4), 207-216.
- Blinderman, C. D., Homel, P., Billings, J. A., Portenoy, R. K., & Tennstedt, S. L. (2008). Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *Journal Pain Symptom Management*, 35(6), 594-603.
doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.06.007
- Boonyamalik P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms and substance use*. [dissertation]. Johns Hopkins University.
- Braunwald, E. (2001). Heart failure. In E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine*. (15th ed., pp. 1253-1377). New York: McGraw-Hill.
- Britz, J. A. and Dunn, K. S. (2010). Self-care and quality of life among patients with heart failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 480-487. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00538.x
- Burckhardt, C. S., Woods, S. L., Schultz, A. A., & Ziebarth, D. M. (1989). Quality of life

- of Adult with Chronic Illness: A Psychometrics Study. *Research in Nursing & Health*, 12,347-354.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research : Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. (6th ed). St. Louis : Saunders/Elsevier.
- Carbajal, E. V., & Deedwania, P. C. (2003). Congestive heart failure. In M. H. Crawford (Ed.), *Current diagnosis & treatment in cardiology* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Chiaranai C. (2009). Self-care and quality of life in patients with heart failure. *Thai Journal Nursing Research*, 13(4), 302 – 317.
- Chung, M.L., Moser, D.K., Lennie, T.A. & Frazier, S.K. (2013). Perceived social support predicted quality of life in patients with heart failure, but the effect is mediated by depressive symptoms. *Quality of Life Research*, 22, 1555–1563. DOI 10.1007/s11136-012-0294-4
- Clack, D. O., Tu, W., Weiner, M., & Murray, M. D. (2003). Correlated of health-related quality of life among lower income, urban adult with chronic heart failure. *Heart & Lung*, 32(6), 391-401.
- Cobb,S. (1979). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 38:300-314.
- Cohen,S., & Will,T.A. (1985). Stress ,Social support and Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin* 98 (September) : 310 – 357.
- Danner, M. (2003). Association between depression and elevated reactive protein. *Psychosom Medication*, 65 (3), 347-56.
- Dar, O. & Cowie, M. R. (2008). The epidemiology and diagnosis of heart failure. In V. Fuster, R.A. O'Rourke, R.A. Walsh & P.P. Wilson (Eds). *Hurst's the heart* (12th ed. pp 713-723). San Juan: McGraw-Hill.
- Deaton, C., Bennett, J. A., and Riegel, B. (2004). State of the science for care of older adults with heart disease. *Nursing Clinics of North America*, 39(3), 495-528.
- Dracup, K., Jaarsma, T., & Walden, J. (1996). Sexual function in patient with advance heart failure. *Heart & Lung*, 25(4), 262-269.
- Drazner, M. H., Rame J. E., & Stevenson, L. W. (2001). Prognostic importance of

elevated jugular venous pressure and a third heart sound in patients with heart failure. *New England Journal of Medicine*, 345, 574.

- Eliopoulos, C. (2001). Factors about the aging population. *Gerontological nursing* (5th ed.). Philadelphia: Appleton & Lange.
- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological Nursing*. (7th ed). Hong Kong : Lippincott Williams &Wilkins.
- Esquivel, H.J. & Dracup, K. (2007). Effect of gender ethnicity pulmonary disease and symptom stability on rehospitalization in patients with heart failure. *The American Journal of Cardiology*, 100, 1139 –1144.
doi:10.1016/j.amjcard.2007.04.061
- Faller, H. et al. (2009). Depression and disease severity as predictors of health-related quality of life in patients with chronic heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 15(4), 286-292.
- Faller, H., Steinbuchel, T., Stork, S., Schowalter, M., Ertl, G. & Angermann, C.G. (2010). Impact of depression on quality of life assessment in heart failure. *International Journal of Cardiology*, 142. 133-137.
doi:10.1016/j.ijcard.2008.12.093
- Ferrans, C. E., & Powers, M. (1985). Quality of Life Index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8, 15-24.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing and Health*, 15, 29-38.
- Fortin, M., Lapointe, L., Hudon, C., Vanasse, A., Ntetu, A. L., & Maltais, D. (2004). Multimorbidity and quality of life in primary care a systematic. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(51), 1-12. doi: 10.1186/1477-7525-2-51
- Francis, G. S., Gassler, J. P., and Sonnenblick, E. H. (2001). Pathophysiology and diagnosis of heart failure. In V. Fuster, R. W., and Alexander, R. A. O' Rouke (Eds), *The heart*, (pp. 665-685). New York: Mc Graw-Hill.
- Francis, G. S., Sonnenblick, E. H., WilsonTang, W. H., & Wilson, P. P. (2008). Pathophysiology of heart failure. In V. Fuster, R. A. O'Rourke, R. A. Walsh & P.P. Wilson. (Eds). *Hurst's the heart* (12th ed. pp 619-712). San Juan : McGraw-Hill.

- Franzen, K., Saveman, B. I., & Blomqvist, K. (2006). Predictors for Health Related Quality of Life in Persons 65 Years or Older with Chronic Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 113-120. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.06.001
- Grady, K. L., Dracup, K., Kennedy, G., Moser, D. K., Piano, M., Stevenson, L. W., et al. (2000). Team management of patients with heart failure: A statement for healthcare professionals from the Cardiovascular Nursing Council of the American Heart Association. *Circulation*, 7, 2443-2455.
- Greenberg, B., & Kahn, A. M. (2012). Clinical Assessment of heart failure. In R. O. Bonow., D. L. Mann., D. P. Zipes., & P. Libby. (Eds.). *Braunwald's Heart Disease A Textbook of Cardiovascular Medicine*. (9th ed. pp 505-516). Philadelphia: Elsevir.
- Guyatt, G. H., Feeny, D., & Patrik, D., (1993). Measureing health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622-629.
- Hallas, C. N., Wray, J., Andreou, P., & Banner, N. R. (2010). Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung*, 40(2), 111-121. doi:10.1016/j.hrtlng.2009.12.008
- Heo, S., Moser, K. D., Riegel, B., Hall, A. L., Christman, N. (2005). Testing a published model of hearth-related quality of life in heart failure. *Journal of Cardiac Failure*. 11(5), 372-379.
- Heo, S., Lennie, T. A., Moser, D. K., & Kennedy, R. L. (2014). Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart Lung*, 43(4), 299-305. doi: 10.1016/j.hrtlng.2014.04.015
- Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Fischer, M., Smith, E., & Walsh, M. N. (2014). Modifiable correlates of physical symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *International Journal of Nursing Studies*, 1-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.03.005
- Hlatky, M. A. (2004). Comorbidity and outcome in patients with coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology*. 43 : 583-584.
- Hou, N., Chui, M.A., Eckert, G.J., Oldridge, N.B., Murray, M.D. & Bennett, S.J. (2004).

- Relationship of age and sex to health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal Of Critical Care*, 13(2), 152-161.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.
- House-Fancher, M. A., & Martinez, L. G. (2000). *Nursing management congestive heart failure and cardiac surgery in medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (5th ed., pp.887-946). St.louis: Mosby.
- Hunt, S. A., Baker, D. W., Chin, M. H., Cinquegrain, M. P., Feldman, A. M., Ganiats, T. G., et al. (2001). *ACC/AHA guideline for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association task force on practice guideline (committee to revise the 1995 guideline for the evaluation and management of chronic heart failure)*. Retrieved September 30, 2003, from http://www.acc.org/clinical/guidelines/failure/hf_index.htm.
- Hunt, S. A., Abraham, W. T., Abraham, W. T., Chin, M. H., Feldman, A. M., Francis, G. S., et al. (2005). ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *Journal of the American College of Cardiology*, 46(6), e1-e82, Retrieved October 30, 2005, from <http://www.sciencedirect.com/science/journal/07351097>.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and Timing of social support. *Journal of Health and social behavior*, 27: 252.
- Juenger, J., Schellverg, D., Kraemer, S., Haunstetter, A., Zugck, C., Herzog, W., et al. (2002). Health related quality of life in patients with congestive heart failure: Comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*, 87, 235-241.
- Kahn, R. I. (1979). *Aging and Social Support In Aging from Birth to Death Interdisciplinary Prospective*. Colorado : West View Press.
- Katz, S. D. (2012). Pathophysiology of heart failure. In R. R. Baliga. (Ed). *Cardiology*. (1st. pp 663-676). San Juan: Mc Graw Hill.

- Kirchengast, S. & Haslinger, B. (2008). Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old aged Austrians. *Gender Medicine*, 5(3), 270-278.
- Lange, J. & Grossman, S. (2006). Theory of aging. In K. L. Mauk. (Ed). *Gerontological Nursing Completerencies For Care*. . (1st . pp 57-84). Boston: Jones and Bartlett.
- Laurent, D. (2005). Heart failure. In S. U. Woods, E. S. Sivarajan Froelicher, S. U. Motzer & E. J. Bridges (Eds.), *Cardiac nursing* (5th ed., pp.560-579). Philadelphia: Lippincott.
- Lesman-Leegte, I., Jaarsma, T., Coyne, J. C., Hillege, H. L., Van Veldhuisen, D. J., & Sanderman, R. (2009). Quality of life and depressive symptoms in the elderly: A comparison between patients with heart failure and age- and gender-matched community controls. *Journal of Cardiac Failure*, 15(1), 17-23. doi: 10.1016/j.cardfail.2008.09.006
- Leveille, S.G., Penninx, B.W., Melzer, D., Izmirlian, G., & Guralnik, J.M. (2000). Sex difference in the prevalence of mobility disability in old age: The dynamics of incidence recovery and mortality. *Journal of Gerontology*, 55, 41-50.
- Linton, A. D., & Lach, H. W. (2007). *Gerontological Nursing Concept and Practice*. (3rd ed). Missouri: Imprintof Elsevire Inc.
- Lisabeth, L.D., Beiser, A.S.,Brown, D.L., Murabito, J.M., Kelly-Hayes, M., & Wolf, P.A. (2009). Temporal trends in self-reported functional limitations and physical disability among the community-dwelling elderly population: The Framingham heart study. *American Journal of Public Health*, 98(7), 1256-1262.
- Loscalzo, J. (2010). *Harrison's Cardiovascular Medicine*.San Juan:McGraw-Hill.
- Luttik, M.L., Leegte, I.L. & Jaarsma, T. (2009). Quality of life and depressive symptoms in heart failure patients and their partners the impact of role and gender. *Journal of Cardiac Failure*, 15(7), 581-585. doi: 10.1016/j.cardfail.2009.02.004
- Lewis, C. B., & Bottomley, J. M. (2008). *Geriatric Rehabilitation A Clinical Approach*. (3rd ed). Newjersy: Pearson education.
- Mann, D. L. (2012). Pathophysiology of heart failure. In R. O. Bonow., D. L. Mann., D. P. Zipes., & P. Libby. (Eds.). *Braunwald's Heart Disease A Textbook of Cardiovascular Medicine*. (9th ed. pp 487-504). Philadephia: Elsevir.

- Masoudi, F.A. et al. (2004). Age functional capacity and health-related quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 10(5), 368-373. doi:10.1016/j.cardfail.2004.01.009
- Maurer, M., Hsich, E. M., Pina, I. L., & Taylor, A. L. (2011). Heart failure in special populations. In D. L. Mann. (Ed). *Heart Failure A Companion to Braunwald's Heart Disease*. (2nd ed. pp 716-727). Missouri: Elsevier.
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for Wellness in older adults*. (6th ed). Hong Kong: Wolters Kluwer.
- Nordgren, L., Sorenson, S. (2003). Symptoms experience in the last six months of life in patients with end-state heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2, 213-217.
- Ola, B. A. et al. (2006). Relationship between depression and quality of life in Nigerian outpatients with heart failure. *Journal of Psychosomatic Research* 61. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.04.022
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as cancer nursing outcome variable. *Advance in Nursing Science*, 8, 45-60.
- Padilla, G. V., & Stromborg, M.F. (1997). Single instruments for measuring quality of life. In M. F. Stromborg., & S. J. Olsen. (Eds.). *Instruments for Clinical Health-Care Research*. (2nd ed. pp 114-134). London: Jones and Bartlett.
- Parashall, M. B., Welsh, J. D., Brokorp, D. Y., Heiser, R. M., Schooler, M. P., and Casidy, K. B. (2001). Dyspnea duration, distress, and intensity in emergency department visitor for heart failure. *Heart and Lung* (30): 47-50.
- Perrin, K. O. (2002). Assessment of the cardiovascular system. In D.D. Ignatavicius, and M. L. Workman, (eds.), *Medical-Surgical Nursing: Critical Think For Collaborative Care*. (4th ed, pp.619-653). Philadelphia: Saunders.
- Plahuta, J. M. & King, J. H. (2010). Review of the aging physiological systems. In K.L. Mauk (Ed). *Gerontological nursing completencies for care*. (2nd ed. pp 128-231). Boston : Jones and Bartlett.
- Ramasubba, H. & Deswal, A. (2012). Medical management of systolic heart failure. In R. R. Baliga. (Ed). *Cardiology*. (1st . pp 691-702). San Juan: Mc Graw Hill.
- Rector, T. S., Kubo, S. H. & Cohn, J. N. (1987). Patients' self-assessment of their

congestive heart failure. Part 2: Content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. *Heart Failure*, 3,198-209.

Rector, T. S. (2005). *Overview of the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire*. Retrieved June 6, 2006, from http://www.mlhfq.org/_dnld/mlhfq_overview.pdf.

Rich, M. W. (2009). Heart failure. In J.B. Halter et al. (Eds). *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. (6th ed.pp 931-950). New York: McGraw-Hill.

Rich, M. W. (2012). Heart failure. In A.J. Sinclair., J.E. Morley., & B. Vallas. (Eds). *Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine*. (5th ed. pp 483-489). Oxford: Wiley-blackwell.

Riedinger, M.S., Dracup, K.A., Brecht, M.L., Padilla, G. & Sarna,L. (2001). Quality of life in patients with heart failure do gender differences exist. *Heart Lung*, 30(2), 105-116. doi: 10.1067/mhl.2001.114140

Roach, S. S. (2001). *Introductory Gerontological Nursing*. Philadelphia: Lippincott

Rukholm, E., & McGirr, M. (1994). A quality of life index for clients with ischemic heart disease: Establishing reliability and validity. *Rehabilitation Nursing*, 19, 12-16.

Rukholm, E., McGirr, M, & Potts, J. (1998). Measuring quality of life in cardiac rehabilitationclients. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 210-216.

Rockwell, J. M., & Riegel, B. (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart Lung*, 30(1), 18-25. doi: 10.1067/mhl.2001.112503.

Samartzis ,L. , Dimopoulos, S. , Tziogourou, M. & Nanas, S.(2013). Effect of psychosocial interventions on quality of life in patients with chronic heart failure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Cardiac Failure*, 19(2). doi.org/10.1016/j.cardfail.2012.12.004.

Saric, M., & Kronzon, I. (2012). Diastolic heart failure. In R. R. Baliga. (Ed). *Cardiology*. (1st ed. pp 677-689). San Juan: Mc Graw Hill.

Saxon, V.S. & Etten, M.J. (2002). *Physical Change & Aging A guide for the professions*. (4rd ed). New York: Tiresias Press.

Scott, D. L., & Quinn, T. J. (2012). Cardiac ageing and systemic disorders. In A.J.

- Sinclair., J.E. Morley., & B. Vallas. (Eds). *Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine*. (5th ed. pp 405-412). Oxford: Wiley-blackwell.
- Stewart,M.J. (1993). *Integrating social support in nursing*. Newbury Park : Sage Publication
- Tarlov, A. R., Ware,J. E., Greenfield, S., Nelson, E. C. , Perrin, E., & Zubkoff, M. (1989). The Medical outcome study: An application of method for monitoring the results of medical care. *Journal of Cardiac Failure*, 12(1), e86-e103.
- Tasch, T.M. et al. (2007). Depression is a major determinant of quality of life in patients with chronic systolic heart failure in general practice. *Journal of Cardiac Failure*, 13(10), 818-824. doi:10.1016/j.cardfail.2007.07.008
- Thouhy,T. A. ,Jett, K. F. (2010). *Gerontological Nursing Healthy Aging*. (3rd ed). Missouri: Mosby Inc.
- Van Assche, L. M. R. (2014). Approach to heart failure. In S. Abbara et al. (Eds). *Diagnostic Imaging Cardiovascular*. (2nd ed. pp 1-14). Manitoba: Amirsys.
- Ware, J., & Sheroume, C.(1992). The MOS 36-item Shot-form Health Survey (SF36): conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Watson R.D.S., Gibbs C.R., Lip, G.Y.H. (2000). ABC of heart failure, Clinical Features and complications. *British Medical Journal* 320, 236 – 239.
- Wold, G.H. (2008). *Basic Geriatric Nursing*. (4rd ed). Missouri: Mosby Inc.
- World Health Organization. (1993). *WHOQOL study protocol*. Geneva: n.p.
- World Health Organization. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Switzerland* ,WHO Press.
- Yesavage, J. A. et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Young, K. J., & Longman, A. J. (1983). Quality of life and persons with melanoma : A pilot study. *Cancer Nurse*, 6, 219-225.
- Zambroski, C. H., Moser, D. K., Bhat, G., Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 4, 198-206.

Zimet, G.D., Dahlem, N. W. , Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988).The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.5





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. รองศาสตราจารย์ นพ.สุพจน์ ศรีมหาโชตะ	อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ต้วงแพง	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีทอง	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์
4. ดร.เอมอร แสงศิริ	พยาบาลชำนาญการระดับ 7 APN สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. คุณพัชนีภรณ์ อึ้งรัตนชัย	พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 APN สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/๐|๙๐

วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนัญญา ชื่อตรง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุพจน์ ศรีมหาโชตะ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สุนิศา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุพจน์ ศรีมหาโชตะ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151

นางสาวอนัญญา ชื่อตรง โทร. 08-2007-2133

ที่ ศธ 0512.11/๑1๔๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๔ กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนัญญา ชื่อตรง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ดั่งแพง อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ดั่งแพง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151

นางสาวอนัญญา ชื่อตรง โทร. 08-2007-2133

ที่ ศธ 0512.11/ 014๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

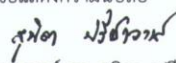
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนัญญา ชื่อตรง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 0-2218-1151
นางสาวอนัญญา ชื่อตรง โทร. 08-2007-2133

ที่ ศธ 0512.11/๑๙๙๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนศยา ชื่อตรง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| 1. ดร. เอมอร แสงศิริ | พยาบาลชำนาญการ ระดับ 7 |
| 2. นางสาว พชนิภรณ์ อึ้งรัตนชัย | พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชางวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ดร. เอมอร แสงศิริ และนางสาว พชนิภรณ์ อึ้งรัตนชัย

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151

นางสาวอนศยา ชื่อตรง โทร. 08-2007-2133

ที่ ศธ 0512.11/ 0๑๖๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัศยา ชื่อตรง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 90 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณัศยา ชื่อตรง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151

ชื่อนิสิต

นางสาวณัศยา ชื่อตรง โทร. 08-2007-2133

ที่ ศธ 0512.11/ 0268



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนัญญา ชื่อตรง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 60 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอนัญญา ชื่อตรง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรัชววงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151

นางสาวอนัญญา ชื่อตรง โทร. 08-2007-2133

ภาคผนวก ค
เอกสารการพิจารณาจริยธรรม
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง: ๑๐๕๐/๒๕๕๕

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE IN OLDER PERSONS WITH HEART FAILURE
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวอนศยา ชื่อตรง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงร่างการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๕๕ (Version 1.0 Date 21 April 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๕๕ (Version 1.0 Date 21 April 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๕๕ (Version 1.0 Date 21 April 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อุตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๑ เมษายน ๒๕๕๕
วันหมดอายุ	๒๐ เมษายน ๒๕๕๕

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจโท.....

(จุมพฏ อรุพงษ์ศา)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก.....

(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ



COA No. 365/2015

IRB No. 091/58

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
เลขที่โครงการวิจัย : -
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอนัญญา ชื่อดวง
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิธีบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 2.0 Date 15 พฤษภาคม 2558
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 23 กุมภาพันธ์ 2558
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Date 15 พฤษภาคม 2558
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Date 15 พฤษภาคม 2558
5. ประวัติผู้วิจัยหลัก version 1.0 Dated 23 กุมภาพันธ์ 2558
6. GCP Training
7. แบบสอบถามสำหรับการวิจัย Version 1.0 Dated 23 กุมภาพันธ์ 2558

ลงนาม
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรพรณ รัชตะปิติ)
 ประธาน กรรมการและเลขานุการ
 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 11 มิถุนายน 2558

วันหมดอายุ : 10 มิถุนายน 2559

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 365/2015

IRB No. 091/58

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE IN OLDER PERSONS WITH HEART FAILURE.

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Anassaya Suetrong

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Review Method : Full board

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Research Proposal Version 2.0 Date 15 May 2015
2. Protocol Synopsis Version 1.0 Date 23 February 2015
3. Information sheet for research participant Version 2.0 Date 15 May 2015
4. Informed Consent Form Version 2.0 Date 15 May 2015
5. Principal investigator's CV version 1.0 Dated 23 February 2015
6. GCP Training
7. Questionnaire for research Version 1.0 Dated 23 February 2015

Signature: 

(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD)

Chairperson

The Institutional Review Board

Signature: 

(Assistant Professor Prapapan Rajatapiti MD, PhD)

Member and Secretary

Secretary The Institutional Review Board

Date of Approval : June 11, 2015**Approval Expire Date** : June 10, 2016

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวอนัญศยา ชื่อตรง นิสิตแขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ หลักสูตร
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่ 1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 แขวง ปทุมวัน เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2256-4570 (มือถือ) 0-8200-72133
 E-mail : anas_ccu@hotmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
 ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วม
 ในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและ
 รายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงาน
 ผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์
 ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้า
 ร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับต้นๆของนานาชาติทั่วโลก
 ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และพบว่าผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว
 ที่มารับการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายซึ่งส่งผล
 กระทบทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัวและญาติ ทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตสังคม ภาวะหัวใจล้มเหลว
 นอกจากจะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวล
 เครียด ท้อแท้ในชีวิต ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 3-6
 เดือน (Dar & Cowie, 2010; Loscalzo, 2010; Abdelhatiz, 2012) ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการ
 รักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Dar & Cowie, 2008)และยังสูญเสียรายได้
 จากการไม่สามารถทำงานได้ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ยังเป็นข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม
 ทางสังคมอีกด้วย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี (Rich, 2009; Touhy & Jett, 2010) นอกจากนี้ ระดับ

ความรุนแรงของอาการ การเกิดอาการกำเริบและการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลงเช่นกัน (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2553) กล่าวโดยสรุปคือภาวะหัวใจล้มเหลวและอาการแสดง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่รักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 120 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเพื่อหาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่างๆต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามมีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
2. แบบวัดระดับความรุนแรงของโรค ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นแบบสอบถาม จำนวน 4 ข้อ 4 ระดับความรุนแรงของอาการ
3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 ข้อ
4. แบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ
5. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวน 21 ข้อ

ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม

ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 10 นาที

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยแก่ผู้ทำวิจัย ด้วยความสัตย์จริง
- ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถโทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยคือ น.ส. อณิทยา ชื่อตรง ที่เบอร์โทรศัพท์ 082-0072133 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อโรค และชีวิต

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการ ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนและแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพในการวิจัยทางการพยาบาลเพื่อช่วยแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วย การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้น หรืออาจจะลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านจะต้องดีขึ้นหรือความรุนแรงของโรคจะลดลงอย่างแน่นอน

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถโทรศัพท์ติดต่อ กับผู้วิจัยคือ น.ส. อณัศญา ชื่อตรง ที่เบอร์โทรศัพท์ 082-0072133 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่

นางสาวอณัศญา ชื่อตรง 1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 แขวง ปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อ ประเมินผลการวิจัย

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
 2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและ อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
 3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
 4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
 5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
 6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
 7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
 8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง
- ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย*
(Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือนพ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความ
เข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จน
ข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสีย
สิทธิในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะ
ในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณี
จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์
ของข้าพเจ้า เพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนโครงการวิจัยทางคลินิก โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ ในการ
ปิดบังข้อมูลของการสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่
นางสาวอณัญญา ชื่อตรง

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ 1873 ถ.พระราม 4 แขวง ปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ
10330 เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2256-4570 , (มือถือ) 0-8200-72133

โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้ คือ นางสาวอณัญญา ชื่อตรง

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้สนับสนุนการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวอนัญญา ชื่อตรง นิสิตแขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ หลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่ 1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 แขวง ปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2256-4570 (มือถือ) 0-8200-72133
E-mail : anas_ccu@hotmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับต้นๆของนานาชาติทั่วโลก ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และพบว่าผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัวและญาติ ทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตสังคม ภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด ท้อแท้ในชีวิต ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 3-6 เดือน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และยั้งสูญเสีย

รายได้จากการไม่สามารถทำงานได้ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ยังเป็นข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอีกด้วย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี นอกจากนี้ ระดับความรุนแรงของอาการ การเกิดอาการกำเริบและการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลงเช่นกัน กล่าวโดยสรุปคือ ภาวะหัวใจล้มเหลวและอาการแสดง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่รักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 120 คน โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 60 คน และโรงพยาบาลตำรวจ 60 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเพื่อหาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่างๆต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามมีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
2. แบบวัดระดับความรุนแรงของโรค ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นแบบสอบถาม จำนวน 4 ข้อ 4 ระดับความรุนแรงของอาการ
3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 ข้อ
4. แบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ
5. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวน 21 ข้อ
6. ใช้ระยะเวลาในการทำแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 15 นาที
7. ในการทำแบบสอบถาม ท่านมีอิสระในการตอบ หรือ ไม่ตอบคำถาม ท่านไม่จำเป็นต้องตอบทุกข้อ ถ้าท่านไม่ประสงค์จะตอบข้อนั้น

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยแก่ผู้ทำวิจัย ด้วยความสัตย์จริง
- ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถโทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยคือ น.ส. อณิศา ชื่อตรง ที่เบอร์โทรศัพท์ 082-0072133 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงเล็กน้อยที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก ไม่สบายทางกาย ไม่สบายใจ สูญเสียรายได้

กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบอาการดังกล่าวข้างต้น หรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการ ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนและแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพในการวิจัยทางการพยาบาลเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วย การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้น หรืออาจจะลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านจะต้องดีขึ้นหรือความรุนแรงของโรคจะลดลงอย่างแน่นอน

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถโทรศัพท์ติดต่อ กับผู้วิจัยคือ น.ส. อณัศญา ชื่อตรง ที่เบอร์โทรศัพท์ 082-0072133 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน และไม่มีค่าเสียเวลาจากการเข้าร่วมในการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวณัศยา ชื่อตรง 1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 แขวง ปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย


สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

9. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
10. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
11. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการวิจัย
12. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการวิจัย
13. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
14. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
15. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
16. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-05/4.0</p> <p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมใน โครงการวิจัย</p>
--	---

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ที่อยู่.....

.....ได้อ่าน


รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้ต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-05/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมใน โครงการวิจัย</p>
---	--

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถามเลขที่.....

สถานที่.....

วันที่.....

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความรุนแรงของโรค	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	จำนวน 30 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว	จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ตรงกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

1. อายุ..... ปี

2. เพศ

() ชาย

() หญิง

3. สถานภาพสมรส

() โสด

() คู่

() หม้าย/หย่า

() แยกกันอยู่

() อื่นๆ

4. อาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ

() รับจ้าง

() ทำนา/ทำไร่/ทำสวน

() ค้าขาย

() ธุรกิจส่วนตัว

() รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ

() อื่นๆระบุ.....

5. ศาสนา

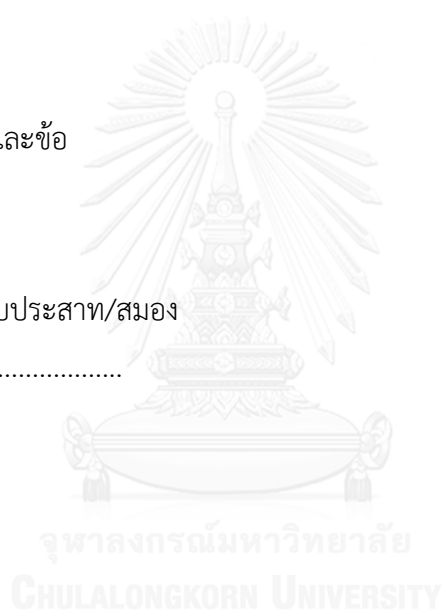
- () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆ

6. การศึกษา

- () ประถม () มัธยม () อาชีวศึกษา/ประกาศนียบัตร
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี () ไม่ได้ศึกษา

7. โรคประจำตัว/โรคร่วม

- () โรคหัวใจและหลอดเลือด
() ความดันโลหิตสูง
() เบาหวาน
() โรคไต
() โรคตับ
() โรคกระดูกและข้อ
() โรคมะเร็ง
() โรคเอดส์
() โรคทางระบบประสาท/สมอง
() อื่นๆ.....



ส่วนที่2 ระดับความรุนแรงของโรค New York Heart Association classification system
แบบสอบถามนี้เป็นแบบบันทึกความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับข้อจำกัด ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆใน
ระยะเวลา1เดือนที่ผ่านมา

คำชี้แจง : ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าเป็นกิจกรรมที่เคย
ปฏิบัติในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา กิจกรรมในข้อใดที่ทำให้ท่านมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ
มากกว่า 1 อาการ เช่น ทำให้รู้สึกเหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม หมดแรง โปรดเลือกเพียง 1 ข้อ

() 1. มีอาการขณะปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ เช่นการทำความสะอาดบ้าน ล้างรถด้วยมือ ตัดหญ้า
เดินขึ้นบันไดบ้าน 1-2 ชั้น หรือเดินบนพื้นราบในระยะ 50-100 เมตร

() 2. มีอาการขณะปฏิบัติกิจกรรมตามปกติเพียงเล็กน้อยทำงานเบาๆ เช่นประกอบอาหาร ปูที่นอน
ล้างจาน เดินขึ้นบันไดได้แค่ครึ่งชั้น เดินพื้นราบได้ไม่ถึง 10 เมตร

() 3. มีอาการขณะเปลี่ยนเสื้อผ้า โกนหนวด เดินจากห้องหนึ่งไปอีกห้องหนึ่งภายในบ้าน ขณะ
รับประทานอาหารหรือพูดคุย

() 4. มีอาการขณะอยู่เฉยๆ ไม่สามารถนอนราบหรือหนุนหมอน 1 ใบได้ ต้องนอนศีรษะสูง ใช้
หมอนจำนวนมากขึ้นกว่าปกติ หรือต้องอยู่ในท่านั่งตลอด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Screening [GDS])

ในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกอย่างไรการตอบมี 2 ลักษณะคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงในชีวิตท่านมากที่สุด

ในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึก	ใช่	ไม่ใช่
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้		
2. คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย		
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6. คุณมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้		
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี		
8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ		
9. ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข		
10. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11. คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยครั้ง		
12. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่เท่าคนอื่น		
15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่		
16. คุณรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยครั้ง		
17. คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า		
18. คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิต ที่ผ่านมา		
19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก		
20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ๆ		
21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง		
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		
24. คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่เสมอ		

ในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึก	ใช่	ไม่ใช่
25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย		
26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		
27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28. คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		



ส่วนที่ 4 แบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2 = ไม่เห็นด้วย

3 = ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย

4 = ไม่แน่ใจ

5 = เห็นด้วยเล็กน้อย

6 = เห็นด้วย

7 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (3)	ไม่แน่ใจ (4)	เห็นด้วยเล็กน้อย (5)	เห็นด้วย (6)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (7)
1. ข้าพเจ้ามีคนที่สำคัญที่ทำให้กำลังใจเสมอเมื่อข้าพเจ้าต้องการ							
2. คนสำคัญคนนั้นเป็นคนที่ข้าพเจ้าสามารถแบ่งปันความสุขและความทุกข์							
3. ครอบครัวของข้าพเจ้าพยายามอย่างมากที่จะให้ความช่วยเหลือ							
4. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว							
5. ข้าพเจ้ามีแหล่งพักพิงทางใจอย่างแท้จริงจากคนสำคัญ							
6. เพื่อนๆของข้าพเจ้าพยายามอย่างมากที่จะให้ความช่วยเหลือ							
7. หากมีความผิดหวังใดๆเพื่อนของข้าพเจ้าสามารถเป็นที่พึ่งพาได้							
8. ข้าพเจ้าสามารถปรึกษาปัญหาต่างๆกับ							

คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (3)	ไม่เห็นใจ (4)	เห็นด้วยเล็กน้อย (5)	เห็นด้วย (6)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (7)
ครอบครัวได้							
9. ข้าพเจ้ามีเพื่อนๆที่สามารถแบ่งปันความสุขและความทุกข์ได้							
10. ในชีวิตของข้าพเจ้ามีคนที่ห่วงใยถึงความรู้สึกของข้าพเจ้า							
11. ครอบครัวของข้าพเจ้าพร้อมที่จะช่วยในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ							
12. ข้าพเจ้าสามารถปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนๆได้							

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว Minnesota of Living with HF questionnaire

คำชี้แจง : คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามที่ต้องการทราบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลต่อการดำเนินชีวิตและความผาสุกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาอย่างน้อยเพียงใด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงในชีวิตท่านมากที่สุด

5 = ไม่มี หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่เกี่ยวกับท่าน หรือไม่มีเรื่องนี้เกิดขึ้นกับท่านเลย

4 = แทบจะไม่มีเลย หรือ 1-2 ครั้ง ใน 1 เดือน

3= มีเล็กน้อย หรือ มากกว่า 2-5 ครั้ง ใน 1 เดือน

2 = มีปานกลาง หรือ มากกว่า 2 ครั้ง ถึง 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์

1 = มีมาก หรือ มากกว่า 4 ครั้งถึง 6 ต่อสัปดาห์

0 = มีมากที่สุด หมายถึง ทุกวันหรือทุกครั้ง

ท่านคิดว่าในช่วง 1เดือนที่ผ่านมาท่านคิดว่าภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลกระทบต่อท่านในด้านต่างๆ เหล่านี้ มีมากน้อยเพียงใด	ไม่มี	แทบจะไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีปานกลาง	มีมาก	มีมากที่สุด
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
1. เกิดการบวมที่ข้อเท้า/ ขา / แขนง หรือที่อื่นๆ						
2. ต้องนั่งพักหรือนอนพักในช่วงกลางวัน						
3. ทำให้การเดินขึ้นบันไดได้ลำบาก						
4. ทำให้การทำงานในบ้านหรือ รอบๆ บ้านได้ลำบาก						
5. ทำให้เดินทางออกนอกบ้านได้ลำบาก						
6. ทำให้นอนหลับในเวลากลางคืนอย่างลำบาก						
7. ทำให้มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนๆ						
8. ทำให้ทำงานหรือประกอบอาชีพได้อย่างลำบาก						
9. ทำให้ทำงานอดิเรก ออกกำลังกาย หรือทำงานนอกเวลาอื่นๆ ได้อย่างลำบาก						
10. ทำให้มีกิจกรรมทางเพศได้อย่างลำบาก						
11. ทำให้รับประทานอาหารที่ชอบได้น้อยลง						

ท่านคิดว่าในช่วง 1เดือนที่ผ่านมาท่านคิดว่าภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลกระทบต่อท่านในด้านต่างๆ เหล่านี้ มีมากน้อยเพียงใด	ไม่มี	แทบจะไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีปานกลาง	มีมาก	มีมากที่สุด
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
12. ทำให้หายใจหอบ หรือหายใจไม่เต็มอิ่ม						
13. ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย อ่อนแรง หรือพลังงานลดลง						
14. ทำให้ไปนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล						
15. ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล						
16. ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปัสสาวะบ่อย หรืออาการไม่สุขสบายอื่นๆ ซึ่งเป็นผลจากอาการข้างเคียงของยาโรคหัวใจ						
17. ทำให้รู้สึกว่า ตนเองเป็นภาระของครอบครัวหรือเพื่อน						
18. ทำให้รู้สึกว่าสูญเสียการควบคุมตนเอง						
19. ทำให้รู้สึกวิตกกังวล						
20. ทำให้รู้สึกหลงลืมง่ายหรือไม่มีสมาธิ						
21. ทำให้รู้สึกซึมเศร้า						

ภาคผนวก ง
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ และตารางวิเคราะห์ข้อมูล



Reliability

Scale: Depress

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.885	30

Reliability

Scale: Social support

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.934	12

Reliability

Scale: QOL

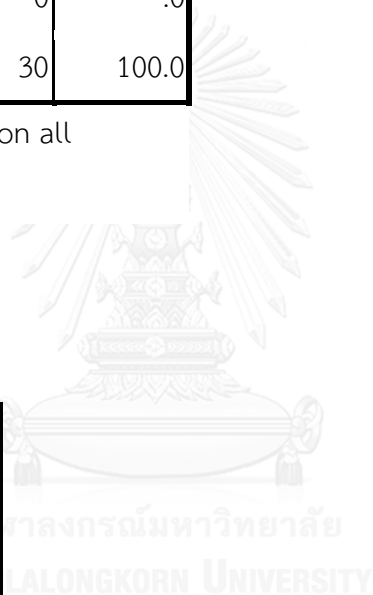
Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.945	21



Excluded Variables^eANOVA^e

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	12643.594	1	12643.594	74.204	.000 ^a
	Residual	20105.997	118	170.390		
	Total	32749.592	119			
2	Regression	16152.937	2	8076.469	56.936	.000 ^b
	Residual	16596.654	117	141.852		
	Total	32749.592	119			
3	Regression	16801.038	3	5600.346	40.733	.000 ^c
	Residual	15948.553	116	137.488		
	Total	32749.592	119			
4	Regression	17367.407	4	4341.852	32.460	.000 ^d
	Residual	15382.184	115	133.758		
	Total	32749.592	119			

a. Predictors: (Constant), DE

b. Predictors: (Constant), DE, severe

c. Predictors: (Constant), DE, severe, S

d. Predictors: (Constant), DE, severe, S, Co

e. Dependent Variable: QOL

Model	Beta	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics		
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance
1 Age	.079 ^a	1.090	.278	.100	.999	1.001	.999
gen	-.075 ^a	-1.018	.311	-.094	.952	1.050	.952
Co	.263 ^a	3.850	.000	.335	.998	1.002	.998
sever	.334 ^a	4.974	.000	.418	.959	1.042	.959
e							
S	.183 ^a	2.249	.026	.204	.759	1.318	.759
2 Age	.027 ^b	.403	.687	.037	.974	1.027	.935
gen	-.058 ^b	-.850	.397	-.079	.949	1.054	.919
Co	.144 ^b	1.968	.051	.180	.792	1.263	.762
S	.162 ^b	2.171	.032	.198	.756	1.323	.727
3 Age	.001 ^c	.021	.983	.002	.942	1.061	.722
gen	-.050 ^c	-.749	.455	-.070	.947	1.056	.697
Co	.148 ^c	2.058	.042	.188	.791	1.263	.712
4 Age	.003 ^d	.043	.966	.004	.942	1.061	.707
gen	-.022 ^d	-.324	.747	-.030	.903	1.108	.672

a. Predictors in the Model: (Constant), DE

b. Predictors in the Model: (Constant), DE, severe

c. Predictors in the Model: (Constant), DE, severe, S

d. Predictors in the Model: (Constant), DE, severe, S, Co

e. Dependent Variable: QOL

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	14.41	82.95	41.69	12.081	120
Residual	-20.954	56.691	.000	11.369	120
Std. Predicted Value	-2.258	3.415	.000	1.000	120
Std. Residual	-1.812	4.902	.000	.983	120

a. Dependent Variable: QOL



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอณิศา ชื่อตรง เกิดเมื่อ วันที่ 9 ธันวาคม 2519 ปัจจุบันอายุ 38 ปี ภูมิลำเนา จังหวัดกาญจนบุรี สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อ พ.ศ. 2542 และได้เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ สาขาการพยาบาลศาสตร์ แขนงการพยาบาลผู้สูงอายุในปีการศึกษา 2556 ประสบการณ์ด้านวิชาชีพ ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วย ซีซียู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่ พ.ศ.2542 ถึงปัจจุบัน

