

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว*

อณิทยา ชื้อตรง**

ทัศนา ชูวรรณปกรณ์***

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และปัจจัยด้าน เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะหัวใจล้มเหลว มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดระดับความรุนแรงของโรค แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.50 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 74.28 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.34 มีโรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 54.17 มีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับน้อย ร้อยละ 60.80 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เพศ ภาวะโรคร่วม ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p < .05$) และภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากที่สุดโดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.66 รองลงมาได้แก่ ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะโรคร่วม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.26, 0.17 และ 0.15 ตามลำดับ และสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 53 ($R^2 = .53$)

สรุปผลการศึกษา บุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญในการประเมินและป้องกันภาวะซึมเศร้ารวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างจริงจัง

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, หัวใจล้มเหลว, คุณภาพชีวิต

* ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยซี ซี ยู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Corresponding author)

Factors predicting quality of life in older persons with heart failure*

Anassaya Suetrong**

Tassana Choowattanapakorn***

Abstract

The purposes of this predictive correlational study were to describe the quality of life in older persons with heart failure, and factors such as gender, age, severity of the disease, co-morbidity, depression, and social support to predict quality of life in older persons with heart failure. The sample were 120 people aged 60 years old and above, male and female, diagnosed heart failure from outpatient department, cardiovascular medicine unit, from 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 Heart Failure questionnaire. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and stepwise multiple regression.

The results revealed that 57.50% were male, average age 74.28 years, 73.34% had at least 3 co-morbidity and 54.17% had less severity of heart failure. Most of older persons with heart failure was shown at moderate level (60.8 %) of quality of life. Factors significantly associated with quality of life of older persons with heart failure were sex, comorbidities, severity of the disease, depression, and social support ($p < .05$). Depression was the highest predicting factor on quality of life of older persons with heart failure ($\beta = 0.66$), followed by the severity of disease Social Support And co-morbidity ($\beta = 0.26$, 0.17 and 0.15) and were together predicted quality of life of older persons with heart failure 53% ($R^2 = .53$).

Conclusion: Health personnel are required strongly assess and prevent depression and promote quality of life in older persons with heart failure.

Keywords : older persons, heart failure, quality of life

* Thesis was supported by the funding of the Graduate school, Chulalongkorn University.

** RN, Coronary Care Unit, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thailand.

*** Assistant professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. (Corresponding author)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (complex clinical heart failure [HF]) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับต้นๆ ของนานาชาติทั่วโลก ปี ค.ศ. 2012 พบอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว 23 ล้านคนทั่วโลก และ 5.8 ล้านคนในประเทศสหรัฐอเมริกา¹ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการวินิจฉัยใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 550,000 คนโดยมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุ 2 ในช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 10 คน ต่อประชากร 1,000 คน และมีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต ภายใน 5 ปีหลังการวินิจฉัย^{1,2,3} ในประเทศไทยยังไม่พบรายงานสถิติของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วประเทศอย่างแน่ชัด สถิติของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในหอผู้ป่วยซีซียู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปีพ.ศ. 2554-2556 มีจำนวนเพิ่มขึ้นโดยพบร้อยละ 27.2, 30.0 และ 30.9 ตามลำดับ โดยเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 75.3, 66.7 และ 76.1 ตามลำดับ⁴

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความซับซ้อน (complex clinical syndrome) เกิดจากความบกพร่องของโครงสร้างหรือหน้าที่ของหัวใจ ซึ่งส่วนใหญ่พบความบกพร่องของหัวใจห้องล่างซ้ายในการบีบตัวส่งเลือดออกจากหัวใจหรือคลายตัวรับเลือดเข้าหัวใจ อาการและอาการแสดงที่เด่นชัดได้แก่ หายใจลำบากและเหนื่อยง่าย ซึ่งอาจทำให้ความทนในการทำกิจกรรมลดลง อาจมีการคั่งของน้ำในร่างกาย เช่น เกิดภาวะน้ำท่วมปอด ม้ามบวมโต และปลายมือปลายเท้าบวม แต่ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีภาวะน้ำคั่ง⁵

ภาวะหัวใจล้มเหลวพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากการสูงอายุทำให้หลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่นลดลงและมีลักษณะแข็งขึ้น ผังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวขึ้น การบีบตัวและการคลายตัวของหัวใจมีประสิทธิภาพลดลง บางรายมีแคลเซียมมาเกาะที่ลิ้นหัวใจเอออร์ติก (aortic) หรือลิ้นไมทรัล (mitral)⁶ ทำให้การสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจลดลง⁷ นอกจากนี้

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และทำให้หัวใจเต้นผิดปกติหรือหยุดทำงาน⁸ ในระยะเวลาที่ยาวนานของโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มนำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้⁹ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความยุ่งยากในการดูแลรักษามากกว่าวัยผู้ใหญ่ การฟื้นฟูสภาพทำได้ช้ากว่าและกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน^{10,11} อาจเป็นภาระกับครอบครัว มีความวิตกกังวล เครียด ท้อแท้ในชีวิต รวมทั้งมีอาการกำเริบได้ง่าย¹² ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก คุณภาพชีวิตไม่ดี¹³ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น¹⁴

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศต่างกันมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน กล่าวคือ เพศหญิงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย^{15,16} และในผู้ที่ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปีขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า^{17,18} และในรายที่มีความรุนแรงของโรคในระดับที่ต่างกันมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน และการมีโรคร่วมหลายอย่างมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากกว่ากับผู้ที่ไม่มีโรคร่วม^{19,20} สภาวะทางจิตใจเช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร้ามากพบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง^{21,22} อย่างไรก็ตามผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีพบว่าส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต^{23,24,25}

Rector, Kubo and Cohn 15 ได้นำแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพมาอธิบายถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพ จิตใจและอื่นๆที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตรวมทั้งได้สร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมินนิโซตา (The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire [MLHFQ]) ที่เจาะจงในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยบอกถึง

ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านร่างกายที่สัมพันธ์กับอาการแสดงของโรคและการรักษา การทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งผลกระทบด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ¹⁷

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาปัจจัยด้าน เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ และอายุ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค และภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาล 2 แห่งที่ได้จากการสุ่ม คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลตำรวจ

หลังจากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดย 1)

ตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลตำรวจในวันพุธ ช่วงบ่าย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในวันพุธช่วงเช้า โดยผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อก่อนล่วงหน้า 1 วัน 2) นำรายชื่อของผู้ป่วยทั้งหมดมาสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Thorndike²⁶ คือ $n = 10k + 50$ โดยมีตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต ได้กลุ่มตัวอย่าง 120 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า

1. ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวนานมากกว่า 3 เดือน
2. ไม่มีข้อจำกัดในด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
3. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท สามารถสื่อสารได้ดีโดยดูจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย
4. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก

ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง อาการไม่คงที่เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือเหนื่อยหอบมากภายใน 12-24 ชั่วโมงก่อนการเก็บข้อมูล และในขณะที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ โรคร่วม
2. ระดับความรุนแรงของโรค ใช้แบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและวัดระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตาม New York Heart Association¹ ฉบับภาษาไทยโดยสุรีย์ เลขวรรณจิตร²⁷ เป็นแบบสอบถาม 4 ข้อ ให้ผู้ป่วยเลือกเพียง 1 ข้อ

ที่ตรงกับอาการของผู้ป่วย โดย

ระดับที่ 1. มีอาการขณะปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ เช่นการทำความสะอาดบ้าน ล้างรถด้วยมือ ตัดหญ้าเดินขึ้นบันไดบ้าน 1-2 ชั้น หรือเดินบนพื้นราบในระยะ 50-100 เมตร

ระดับที่ 2. มีอาการขณะปฏิบัติกิจกรรมตามปกติเพียงเล็กน้อยทำงานเบาๆ เช่นประกอบอาหาร ปูที่นอน ล้างจาน เดินขึ้นบันไดได้แค่ครึ่งชั้น เดินพื้นราบได้ไม่ถึง 10 เมตร

ระดับที่ 3. มีอาการขณะเปลี่ยนเสื้อผ้า โกนหนวด เดินจากห้องหนึ่งไปอีกห้องหนึ่งภายในบ้าน ขณะรับประทานอาหารหรือพูดคุย

ระดับที่ 4. มีอาการขณะอยู่เฉยๆ ไม่สามารถนอนราบหรือหนุนหมอน 1 ใบได้ ต้องนอนศีรษะสูง ใช้หมอนจำนวนมากขึ้นกว่าปกติ หรือต้องอยู่ในท่านั่งตลอด

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) ของ Yesavage et al.²⁸ ฉบับภาษาไทยโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง²⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยให้คะแนน 0 หรือ 1 คะแนน

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

ข้อคำถามที่เหลืออีก 20 ข้อ เป็นความรู้สึกด้านลบ ถ้าตอบ “ใช่” ได้ข้อละ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน

คะแนน 0-12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุ

มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนน 19-24 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนน 25-30 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูง

จากการทดลองใช้แบบสอบถามในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ได้ค่าความเที่ยง (KR-20) เท่ากับ 0.89

4. การสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley³⁰ ฉบับภาษาไทยโดย Boonyamalik³¹ จำนวน 12 ข้อ ซึ่งประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือการได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และจากบุคคลสำคัญ เป็นมาตรวัด 7 ระดับ คะแนนรวมมีค่า 12-84 คะแนนรวมสูงหมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

การแปลผลคะแนน

30-45 คะแนน หมายความว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

46-61 คะแนน หมายความว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

62 คะแนนขึ้นไป หมายความว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

จากการทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93

5. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว Minnesota of Living with HF questionnaire ของ Rector, Kubo and Cohn¹⁴ ฉบับภาษาไทยโดยพวงผกา กรีทอง²⁴ ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ เกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของโรคในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะเป็นมาตรวัด 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 5 คะแนน การ

ศึกษาครั้งนี้ได้ปรับการคิดคะแนนเพื่อให้สอดคล้องกับสมมติฐานและเข้าใจง่าย คือ 5 = ไม่มีผลกระทบ 0 = มีมากที่สุด และแปลผลคะแนนว่า คะแนนมาก คือ มีคุณภาพชีวิตสูง และคะแนนน้อยคือ มีคุณภาพชีวิตต่ำ โดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงแบบประเมินเดิม

คะแนนเต็ม 105 คะแนนโดยค่าคะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตสูง ค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับโดยยึดตามต้นฉบับ คือ

0 - 35 คะแนน หมายความว่า คุณภาพชีวิตต่ำ

36 - 70 คะแนน หมายความว่า คุณภาพชีวิตปานกลาง

71 - 105 คะแนน หมายความว่า คุณภาพชีวิตสูง

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

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยสุ่มตามเลขที่คิวของผู้ป่วยในแต่ละวัน และชี้แจงวัตถุประสงค์และเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย

2. ในรายที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามและขออนุญาตเก็บข้อมูล ตามแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมจำนวน และแบบวัดคุณภาพชีวิต ในรายที่ไม่สะดวกในการอ่าน ผู้วิจัยหรือผู้ดูแลเป็นผู้อ่านและลงคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ใช้เวลารวมประมาณ 30 นาที มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 รายที่หยุดพักในระหว่างทำแบบสอบถาม เมื่อหายเหนื่อยแล้วจึงทำแบบสอบถามต่อจนเสร็จ

3. ภายหลังการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ และทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่าเป็น normal distribution

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยขออนุญาตผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หนังสือรับรองเลขที่ 91/58 และโรงพยาบาลตำรวจ หนังสือรับรองเลขที่ จว. 50/2558 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัยให้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยจนเข้าใจ และมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการให้ข้อมูลโดยไม่มีผลใดๆต่อการรักษา ผู้วิจัยให้ความเคารพความเป็นส่วนตัวและรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับ ผู้วิจัยให้ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อในใบให้ความยินยอมก่อนการทำแบบประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

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

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

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

โดยตัวแปรทำนายภาวะโรคร่วม ถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 4 และตัวแปรทำนายทั้งสี่ตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.7 ($R^2\text{Change} = 0.017$) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.530 ($R^2=0.530$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 32.460$) ซึ่งหมายถึงภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะโรคร่วม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 53 ($R^2=0.530$ $p = .05$)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.50 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 74.28 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนกลางร้อยละ 55.83 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.83 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 46.67 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นร้อยละ 49.17 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.34 มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป และมีระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉลี่ยในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ($n = 120$)

ปัจจัย	Range	mean	SD	การอ่านค่า
อายุ	60-93ปี	74.28	7.57	ผู้สูงอายุตอนกลาง
ความรุนแรงของโรค	1-4	1.60	0.78	รุนแรงน้อย
ภาวะโรคร่วม	1-7	3.33	1.39	มีโรคร่วมมากกว่า 3 โรค
ภาวะซึมเศร้า	0-25	10.23	6.42	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
การสนับสนุนทางสังคม	30- 84	67.59	9.07	ระดับสูง

2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.8 รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตต่ำ และมีคุณภาพชีวิตสูง

คิดเป็นร้อยละ 32.5 และ 6.7 ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ($n = 120$)

คุณภาพชีวิต	mean	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

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 65.8 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25 และ 5.8 ตามลำดับ และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสูงมีจำนวนน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 3.4 เมื่อคิดเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจึงคิดเป็นร้อยละ 34.2 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 120)

ภาวะซึมเศร้า	mean	SD	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	5.15	3.62	79	65.8
ซึมเศร้าเล็กน้อย	15.26	1.64	30	25.0
ซึมเศร้าปานกลาง	21.14	2.12	7	5.8
ซึมเศร้าสูง	26.75	.50	4	3.4
รวม	10.23	6.42	120	100

4. ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.45 -0.23 และ -0.62 ตามลำดับ เพศ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.21 (B) และ 0.17 (r) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (n=120)

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

B: Point Biserial Correlation

r: Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

5. ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค การ เหลวได้ร้อยละ 53 ($R^2 = .53$) สัมประสิทธิ์การ สัมพันธทางสังคม และภาวะโรคร่วม สามารถร่วม ทำนายของตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัว มีนัยสำคัญที่ระดับ ก็นำมาทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้ม .05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจ การพยากรณ์ (R^2) ค่าอำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) ($n = 120$)

ตัวแปรพยากรณ์	R	R^2	R^2 Change	SE _e	Beta	t	p-Value
ภาวะซึมเศร้า	0.621	0.386	0.386	0.20	-0.66	-8.684*	0.00
ความรุนแรงของโรค	0.702	0.493	0.107	1.56	-0.26	-3.504*	0.00
การสนับสนุนทางสังคม	0.716	0.513	0.020	0.13	0.17	+2.251*	0.03
ภาวะโรคร่วม	0.728	0.530	0.017	0.85	-0.15	-2.058*	0.04

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ระหว่างเพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูง อายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่

เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดย พบว่า เพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย เท่ากับ 65.03 เพศหญิงมีคะแนนเท่ากับ 58.20 สามารถ อธิบายได้ว่า กระบวนการสูงอายุที่ทำให้เกิดมีความ เสื่อมถอยของระบบต่างๆในร่างกาย สรีรวิทยาของ เพศหญิงมีความอ่อนแอมากกว่า จึงทำให้เพศหญิงมี การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าเพศ ชาย ความสามารถในการดูแลตนเองและการทำหน้าที่ ต่างๆที่ลดลงจึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำกว่า รวมทั้ง อุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สูงกว่าจึงพบว่า เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย³² สอดคล้อง กับ Luttik et al.¹⁵ ศึกษาความสัมพันธ์ของเพศ และ ความซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวน 393 จันท์ทิตรา เจริญนัยและคณะ¹⁶ ศึกษา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตและการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในผู้ป่วย 98 คน และ Esquivel & Dracup³³ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ศูนย์การ แพทย์ทางตอนเหนือของ แคลิฟอร์เนีย มีกลุ่มตัวอย่าง 72 คน ซึ่งผลการศึกษาต่างพบว่าเพศหญิงที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย

อายุ ผลการศึกษาค้นครั้งนี้ พบว่า อายุมีความ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ ขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ว่าอายุมีความ สัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ ดังเช่น Chiaranai¹⁶ ศึกษาในผู้ป่วย 98 คนและ Britz & Dunn¹⁸ ที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทำให้มีหลายช่วงวัย คือมีทั้งวัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ จึงสามารถเห็นการเปรียบเทียบอายุในช่วงต่างๆว่ามีความ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่ในการศึกษาค้นครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 74.28 ปี ซึ่งเป็นผู้สูง อายุตอนกลาง ช่วงวัยหลังเกษียณ การเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน อีกทั้งผู้สูงอายุยังมี กิจกรรมต่างๆน้อยกว่า การถูกจำกัดกิจกรรมจึงไม่ส่ง

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากเท่าใดนัก

ความรุนแรงของโรค พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 หมายความว่า ผู้ที่มีความรุนแรงของโรคมักจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ หรือหากมีความรุนแรงของโรคน้อย ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตดี ผลการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรุนแรงของโรคระดับ^{1,2} ซึ่งไม่รุนแรงมากนัก อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ยังสามารถใช้ชีวิตอยู่บ้านได้และมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ สามารถควบคุมอาการของโรคได้ในระดับหนึ่ง และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุระดับกลางซึ่งมีความเสื่อมทางด้านร่างกายไม่มากนัก ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Blinderman et al.²⁰ ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคระดับ 3 และ 4 และมีคุณภาพชีวิตต่ำ เช่นเดียวกับ Chiaranai¹⁶ ที่สนับสนุนว่า ความรุนแรงของโรคมักและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง

ภาวะโรคร่วม ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีแนวโน้มของการเจ็บป่วยเรื้อรังตามกระบวนการสูงอายุ จึงมักมีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมหลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจซึ่งมีผลต่อหลอดเลือดและการไหลเวียน ทำให้เกิดโรคร่วมอื่นๆในระบบเดียวกันตามมา การศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกาย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Chiaranai¹⁶ ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 98 คน พบว่าภาวะโรคร่วมมีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตในระดับสูง และ Franzen et al.³⁴ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ใช้กลุ่มตัวอย่าง 357 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่าส่งผลกับคุณภาพชีวิตต่ำกว่า

ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาท หน้าที่หลายอย่าง รวมทั้ง

ภาวะสุขภาพที่เริ่มเสื่อมลง ทำให้มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต หรือหากไม่มีภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตจะดี คนปกติทั่วไปจึงพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิต การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีครอบครัว คู่สมรส หรือบุตรหลานคอยดูแล ทำให้พบภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย รวมทั้งภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Faller²² ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ การศึกษาในประเทศไนจีเรียของ Ola et al.²¹ พบว่าภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และ Heo et al.²³ พบเช่นเดียวกันว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะว่า ค่านิยมสังคมและวัฒนธรรมไทยนั้นบุตรหลานต้องมีความกตัญญูกตเวทีต่อบุพการี จึงปลูกฝังเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเสมอ รวมทั้งผู้สูงอายุยังได้รับการดูแลสุขภาพและติดตามจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Heo et al.²³ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 150 คน และพวงผกา กริทอง²⁴ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 422 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยสรุปของการศึกษาต่างๆเป็นไปในทางเดียวกันว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นได้จากการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว เพื่อน หรืออื่นๆ

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจ

ล้มเหลวได้มากที่สุดโดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.66 รองลงมาได้แก่ ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมและภาวะโรคร่วม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.26, 0.17 และ 0.15 ตามลำดับ และตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 53 ($R^2 = .53$) ถึงแม้การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลวนี้มีความเข้มแข็งเพียงเล็กน้อยแต่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรละเลย เนื่องจากส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้มาก บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความใส่ใจและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมารวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการป้องกันและจัดการกับภาวะซึมเศร้าอย่างจริงจัง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระยะๆ เพื่อสามารถวินิจฉัยปัญหาได้เร็ว และนำไปใช้ในการวางแผนป้องกัน และแก้ไขเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

2. ควรมีการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระยะๆ เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นภาวะที่ไม่อยู่นิ่ง แต่มีปัจจัยหลายอย่าง รวมทั้งระยะเวลาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต

3. ควรมีการทำการศึกษารูปแบบโปรแกรมเพื่อจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น จัดการกับภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวแบบระยะยาว หรือทำวิจัยกึ่งทดลองโดยการสร้างโปรแกรมการจัดการภาวะซึมเศร้าเพื่อ

เพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics 2013 update [Internet]. Dallas: American Heart Association; 2013 [cited 2014 Dec 18] Available from <http://circ.ahajournals.org/content/early/2014/12/18/01.cir.0000441139.02102.80>.
2. Loscalzo J. Harrison's cardiovascular medicine. San Juan: McGraw-Hill; 2010.
3. Maurer M, Hsich EM, Pina IL, Taylor AL. Heart failure in special populations. In: Mann DL, editor. Heart failure a companion to Braunwald's heart disease. Missouri: Elsevier; 2011. p. 716-27.
4. Department of Medical Records and Statistics Chulalongkorn Hospital. Statistics of patients with heart failure in coronary care unit. Bangkok: Chulalongkorn Hospital; 2013. (in Thai).
5. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary. Circulation. 2013 Oct 15;128(16):1810-52.
6. Scott DL, Quinn TJ. Cardiac ageing and systemic disorders. In: Sinclair AJ, Morley JE, Vallas B, editors. Pathy's principles and practice of geriatric medicine. Oxford: Wiley-blackwell; 2012. p. 405-12.
7. Lewis CB, Bottomley JM. Geriatric rehabilitation a clinical approach. New Jersey: Pearson education; 2008.
8. Plahuta JM, King JH. Review of the aging

- physiological systems. In: Mauk KL, editor. Gerontological nursing competencies for care. Boston: Jones and Bartlett; 2010. p.128-231.
9. Preechawat S. Heart failure in the elderly. In: Saunkratai C, Intarakumtornchai T, editors. Update in problem-base medical practices. Bangkok: Chulalongkorn University; 2005. p. 261-74. (in Thai).
10. Dar O, Cowie MR. The epidemiology and diagnosis of heart failure. In: Fuster V, O'Rourke RA, Walsh RA, Wilson PP, editors. Hurst's the heart. San Juan: McGraw-Hill; 2008. p.713-23.
11. Thouhy TA , Jett KF. Gerontological nursing healthy aging. Missouri: Mosby; 2010.
12. Abdelhafiz AH. Epidemiology of heart disease. In: Sinclair AJ, Morley JE, Vallas B, editors. Pathy's principles and practice of geriatric medicine. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012. p. 389-404.
13. Rich MW. Heart failure. In: Sinclair AJ, Morley JE, Vallas B, editors. Pathy's principles and practice of geriatric medicine. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012. p. 483-89.
14. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. 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 Fail. 1987;3:198-209.
15. Luttik, ML, Leegte IL, Jaarsma T. Quality of life and depressive symptoms in heart failurepatients and their partners the impact of role and gender. J Card Fail. 2009; 15 (7): 581-85.
16. Chiaranai C. Salyer J, Best A. Self-care and quality of life in patients with heart failure. Thai J Nurs Res. 2009;14(1):302 – 17.
17. Hou N, Chui MA, Eckert GJ, Oldridge NB, Murray MD, Bennett SJ. Relationship of age and sex to health-related quality of life in patients with heart failure. Am J Crit Care. 2004 Mar;13(2):153-61.
18. Britz JA, Dunn KS. Self-care and quality of life among patients with heart failure. J Am Acad Nurse Pract. 2010 Sep;22(9):480-7
19. Faller H, Sto S, Schuler M, Schowalter M, Steinbu T, Ertl G, Angermann C. Depression and disease severity as predictors of health-related quality of life in patients with chronic heart failure. JCard Fail. 2009 May;15(4):286-292.
20. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Portenoy RK, Tennstedt SL. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. J Pain Symp Manag. 2008; 35 (6): 594-603.
21. Olaa BA, Adewuyaa AO, Ajayib OE, Akintomideb AO, Oginnib OO, Ologun YA. Relationship between depression and quality of life in Nigerian outpatients with heart failure. J Psychosom Res. 2006; 61(6): 797–800.
22. Faller H, Steinbuechel T, Stork S, Schowalter M, Ertl G, Angermann CG. Impact of depression on quality of life assessment in heart failure. Int J Cardiol. 2010; Jul 9;142(2) :133-7.
23. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Fischer M, Smith E, Walsh MN. Modifiable correlates of physical symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. Int J

- Nurs Stud. 2014 Nov; 51(11):1482-90.
24. Krethong PA. Causal model of health-related quality of life in Thai heart failure [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai).
 25. Samartzis L , Dimopoulos S , Tziogourou M , Nanas S . Effect of psychosocial interventions on quality of life in patients with chronic heart failure: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Card Fail. 2013 Feb;19(2):125-34.
 26. Thorndike RL, Hagen, EP. Measurement and Evaluation in Psychology and Education. 4th ed. New York : Wiley; 1977.
 27. Lakawanvijit S. Heart failure. In Lakawanvijit S, editor. Pathology of heart disease. Chiang Mai; Faculty of Medicine Chiang Mai University; 2556. p.193-222. (in Thai)
 28. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1983; 17(1): 37-49.
 - 29 Train The Brain Forum Committee. Thai Geriatric Depression Scale. Siriraj Hosp Gaz. 1994; 46: 1-9. (in Thai).
 30. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. J Pers Assess. 1988; 52(1): 30-41.
 31. Boonyamalik P. Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms and substance use. [dissertation]. Maryland: Johns Hopkins University; 2005.
 32. Lisabeth LD, Beiser AS, Brown DL, Murabito JM, Kelly-Hayes M, Wolf PA. Temporal trends in self-reported functional limitations and physical disability among the community-dwelling elderly population: The Framingham heart study. Am J Publ Health. 2008 Jul;98(7): 1256-62.
 33. Esquivel HJ , Dracup K. Effect of gender ethnicity pulmonary disease and symptom stability on rehospitalization in patients with heart failure. Am J Cardiol. 2007 Oct 1;100(7): 1139-44.
 34. Franzen K, Saveman BI , Blomqvist K. Predictors for Health Related Quality of Life in Persons 65 Years or Older with Chronic Heart Failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007 Jun;6(2):112-20.

❖ ❖ ❖ ❖ ❖ ❖ ❖