

๖ 10722488

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY WITH CORONARY HEART DISEASE



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2540

ISBN 974-588-715-3

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

ณ
ส 661 ค
2540

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

.....
.....

สายฝน จัปใจ

ผู้วิจัย

.....
.....

สมพันธ์ ทิพย์ธีระนันท์

วท.บ.(เกียรตินิยม), M.S.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

สุวิมล กิมปี วท.บ., ค.ม.(วิจัยการศึกษา)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

วิเชียร ทองแดง พ.บ., ว.ว.,

อ.ว.(อายุรศาสตร์โรคหัวใจ)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

ทัศนีย์ บุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์

.....
.....

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 18 เมษายน 2540

สายฝน จัปใจ

ผู้วิจัย

ผู้วิจัย

สมพันธ์ ทิฎฐิระนันท์

วท.บ.(เกียรตินิยม), M.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ทัศน บุญทอง

ค.บ., M.S., Ed.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สุวิมล กิมปี

วท.บ., ค.ม.(วิจัยการศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา

วท.บ.,

วท.ม.(กายวิภาคศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

วิเชียร ทองแดง

พ.บ., ว.ว.,

อ.ว.(อายุรศาสตร์โรคหัวใจ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อดุลย์ วิริยเวชกุล

ราชบัณฑิต

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ทัศน บุญทอง

ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวสายฝน จีบใจ

วัน เดือน ปีเกิด 29 ตุลาคม พ.ศ. 2514

สถานที่เกิด จังหวัดเพชรบุรี ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2532-2536:
พยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2538-2540:
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

ทุนวิจัย ทุน China Medical Board of New York ,Inc
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2536-ปัจจุบัน: ดึก 84 ปี ชั้น 6 ตะวันตก
โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพระดับ 4

กิติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากรองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญชีระนันท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวิมล กิมปี และรองศาสตราจารย์ วิเชียร ทองแดง อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย และช่วยตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่อง รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งพร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรองใจ อนุหุตตร ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นและแนะนำที่มีประโยชน์ เพื่อให้การวิจัยมีความถูกต้องสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลราชวิถี ที่ได้อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่งและขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบคุณที่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 84 ปีชั้น 6 ตะวันตก โรงพยาบาลศิริราชทุกท่าน และเพื่อนร่วมพันธสัญญาทุกท่าน ที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ขอขอบคุณองค์พระเยซูคริสต์เจ้าที่ได้ประทานสติปัญญา ความอดทนให้กำลังใจและเสริมกำลังใจ รวมทั้งขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้อนุมัติเงินทุน China Medical Board of New York, Inc. สนับสนุนเป็นบางส่วนในการทําวิจัยครั้งนี้

สายฝน จัปใจ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับคุณภาพชีวิต พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อายุและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิต พบว่า ระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิต พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$, $p < .01$ ตามลำดับ)

5. ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย รายได้ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ($p < .001$) ซึ่งสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 55.35

จากผลการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ เช่น การออกกำลังกาย รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยเพศหญิงและผู้ที่เจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลานาน ต้องคำนึงถึงเศรษฐกิจฐานะของผู้สูงอายุ และเป็นสื่อกลางในการแนะนำครอบครัวให้ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมเพื่อมิให้โรคเกิดความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

Thesis Title Quality of Life in the Elderly with
Coronary Heart Disease

Name Saifon Jubjai

Degree Master of Nursing (Adult Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Sompan Hinjiranan, M.S.

Suvimol Kimpee, M.Ed.

Vichian Thongtang, M.D., Thai Board of
International Medicine

Date of Graduation 18 April B.E. 2540 (1997)

Abstract

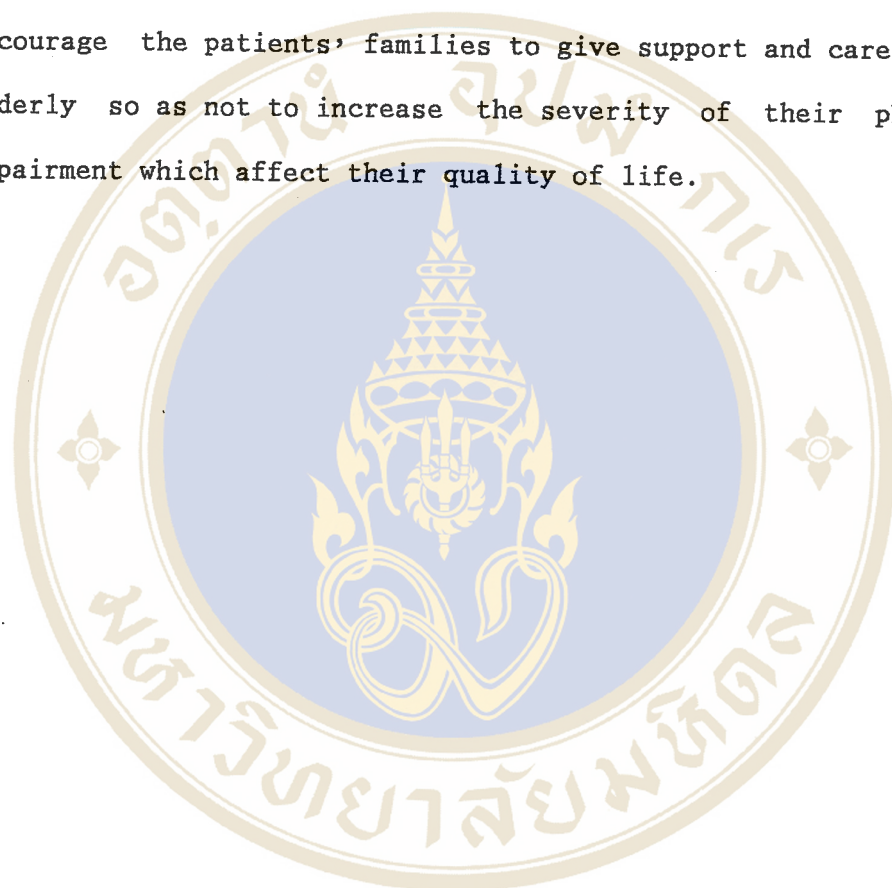
Coronary heart disease in the elderly has been a crucial health problem because of the increasing number of patients. Elderly who undergo this chronic disease have to change their daily lives to suit their decreasing heart functioning and bodily strength. This adversely affects their quality of life. The purpose of this research was to study the level of the quality of life of these elderly; correlation between personal backgrounds, social-economic factors, health and functioning, and quality of life and to study the predictors' impact on the quality of life in the elderly with coronary heart disease. The sample was composed of 120 elderly with coronary heart disease who were followed up at the Out-Patient Department of the Medical and the Heart Clinics of Siriraj Hospital, Chulalongkorn Hospital and Rajvithi Hospital.

Personal interview instruments were used in the study to collect information about quality of life and the severity of physical impairment. Data were analysed by using percentage, arithmetic means, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and the stepwise multiple regression.

The results were as follows :

1. The overall quality of life, life satisfaction, self concept as well as health and functioning were at a good level.
2. There was positive significant correlation between sex and quality of life in the elderly with coronary heart disease ($p < .01$) and negative significant correlation between age, marital status and quality of life in the elderly with coronary heart disease ($p < .01$, $p < .001$ and $p < .001$ respectively).
3. There was positive significant correlation between education level, income and quality of life in the elderly with coronary heart disease ($p < .001$).
4. There were negative significant correlation between the duration of illness, frequency of hospitalization, severity of physical impairment and quality of life in the elderly with coronary heart disease ($p < .05$ and $.01$ respectively).
5. The results of the stepwise multiple regression analysis showed that 55.35 percent of the variance of the quality of life in the elderly with coronary heart disease were accounted for by four significant predictors, i.e., severity of physical impairment, income, sex and duration of illness.

By this study, the recommendations for nursing practice are that nurses should provide effective health teaching especially to the female elderly group and the patients who have a long duration of illness, based on their incomes; and encourage the patients' families to give support and care to the elderly so as not to increase the severity of their physical impairment which affect their quality of life.



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
นิยามตัวแปร	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้สูงอายุ	10
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	22
การประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของชาน	31
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	50
การวิเคราะห์ข้อมูล	51
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	53
การอภิปรายผล	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	86
ข้อเสนอแนะ	88
บรรณานุกรม	90
ภาคผนวก	
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	101
ข. รายนามผู้ร่วมสร้างเครื่องมือแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต	104
ค. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	106
แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและ	
เศรษฐกิจและปัจจัยด้านสุขภาพ	107
แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต	110
เครื่องมือวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย	116
ง. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์	
คุณภาพชีวิตรายข้อ	118

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส และสถานภาพในครอบครัว	54
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา และการประกอบอาชีพ	55
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	56
4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การผ่าตัด โรคประจำตัวและ/หรือภาวะแทรกซ้อน และ ความรุนแรงของการ สูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย	58
5. ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิต รายด้าน และโดยรวม	59
6. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ ด้านความพึงพอใจในชีวิต	60
7. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ ด้านอัตมโนทัศน์	61
8. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย	62
9. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	63
10. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคม และเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	64

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
11. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย กับคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	65
12. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย กับคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	66
13. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	67
14. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	68
15. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย แสดงในรูปเมตริกสัมพันธ์ (correlation matrix)	69
16. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	71
17. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตรายข้อ ด้านความพึงพอใจในชีวิต	119

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
18. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิต รายชื่อดังัฒมรินทร์	120
19. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิต รายชื่อดังสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย	121
20. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิต รายชื่อดังสังคมและ เศรษฐกิจ	122



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	5
2. Conceptual model of quality of life	38



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจจำนวนประชากรในประเทศไทยทั้งสิ้น 59.45 ล้านคน ในปีพ.ศ.2532 พบว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 4.34 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 7.3 ของประชากรทั้งประเทศและคาดว่าจะมีอีก 10 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น 6-7 ล้านคน และจะมีอายุขัยเฉลี่ยของประชากรจำแนกเป็นเพศชาย 66.6 ปี เพศหญิง 71.7 ปี (รัตนา เพ็ชรอุไร และอดุลย์ วิริยเวชกุล 2538: 171) องค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ไว้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุของโลกหรือผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 5.9 ในปีพ.ศ. 2523 มาเป็นร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ.2568 โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 ในปีพ.ศ.2533 เป็นร้อยละ 10 ในปี พ.ศ.2568 ด้วยเหตุนี้กลุ่มผู้สูงอายุจึงจัดว่า เป็นกลุ่มประชากรที่สำคัญกลุ่มหนึ่งของโลก

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ที่ดำเนินไปสู่ความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นย่อมก่อให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต และอาจเป็นตัวเร่งให้เกิดความเจ็บป่วย พิกการ ทุกข์ทรมาน และความไม่ปกติสุขทั้งในส่วนตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ใกล้ชิดและครอบครัว (สมพันธ์ ธิญชีระนันท์ 2535: 1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายมักเป็นไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต เซลล์ในอวัยวะต่าง ๆ ลดขนาดลง เป็นผลให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงด้วย โดยเฉพาะเซลล์สมอง ไต ปอด หัวใจ กล้ามเนื้อและกระดูกอ่อน (สมพันธ์ ธิญชีระนันท์ 2535: 5) ซึ่งผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจกันมาก เป็นผลโดยตรงจากการเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ เช่นภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการแข็งตัวเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อยลง (พรรณี เสถียรโชค 2536: 429) เมื่อใดที่หัวใจต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เช่น ออกกำลังกาย เครียด วิตกกังวล

หรือโกรธทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น ซึ่งอาจทุเลาเมื่อได้พัก แต่ถ้ามีการอุดตันขึ้นในบริเวณนั้นจนเลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้ ทำให้มีอาการรุนแรงขึ้นจนกระทั่งเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (ประภา รัตนเมธานนท์ 2532: 26) ทำให้ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกซึ่งเป็นผลจากโรคและเป็นซ้ำ ๆ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตเช่นปกติได้ เพราะมีการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายเกิดขึ้น เช่น ต้องจำกัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิต ^{เพื่อไม่ให้หัวใจต้องทำงานหนักเกินไป} เพื่อให้สอดคล้องกับสมรรถภาพของหัวใจที่ลดลง ปัญหาดังกล่าวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แม้จะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของคน ซึ่งงานได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็น ระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลเกิดกระบวนการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของตนว่าดีหรือไม่ดีอย่างไร ทั้งนี้งานยังชี้ให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ทั้งในด้านวัตถุวิสัยและจิตวิสัย แต่การวัดในเชิงวัตถุวิสัย งานได้อ้างถึงการศึกษานี้ของแคมป์เบลล์ (Campbell 1976 cited in Zhan 1992: 796) ซึ่งกล่าวไว้ว่า แม้ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านวัตถุวิสัยอยู่ในระดับดี แต่เมื่อศึกษาถึงความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลนั้นปรากฏว่าไม่ได้อยู่ในระดับที่ดีตามผลการประเมินด้านวัตถุวิสัย ดังนั้นงานจึงชี้ให้เห็นว่าการประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัยว่า ควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้านได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อกระบวนการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลมีดังนี้

ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำในครอบครัว มีร่างกายที่แข็งแรง เมื่อเจ็บป่วยจะรู้สึกสูญเสียความเป็นชาย ต้องพึ่งพาภรรยา การมองภาพตนเองมักเป็นไปในรูปที่ว่าตนเองมีความเป็นคนน้อยกว่าที่เคยเป็นมาก่อน (ศิริอร สินสุ 2526: 22) ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทให้เป็นแม่บ้าน เป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลผู้อื่น แม้ในยามเจ็บป่วยนอกจากจะต้องดูแลตนเองแล้ว ยังต้องดูแลผู้อื่นในครอบครัวด้วย อายุผู้ป่วยสูงอายุตอนต้นหรืออายุระดับ 60-74 ปี ส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองใน

การทำกิจกรรมประจำวันได้พอสมควร จึงทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่ามากกว่าผู้สูงอายุตอนปลายหรืออายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีการช่วยเหลือคำจุนก้นมากและช่วยลดภาวะเครียดต่าง ๆ ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Eaton 1987, Thoists 1982, Warheit 1979 cited in Somchit Hanucharurnkul 1988: 6)

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นส่วนหนึ่ง ที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล การศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ เข้าใจปัญหาและวิธีการปฏิบัติตัวได้ดีเมื่อเป็นโรค ทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญิจ 2525: 110) รายได้ ผู้ป่วยสูงอายุบางคนไม่ได้ ประกอบอาชีพและไม่มีรายได้ประจำวัน ต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นในครอบครัว อาจเป็นบุตรหลานหรือคนใกล้ชิด ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าต่ำลง ต้องรบกวนบุคคลอื่นเพื่อเสียค่าใช้จ่ายในการติดตามรับการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ค่าใช้จ่ายค่ายารักษาโรคหัวใจซึ่งมีราคาค่อนข้างแพง ดังนั้นครอบครัวที่มีรายได้ต่ำมักเดือดร้อนหรือมีปัญหาการเงิน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ กังวลซึมเศร้า รู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิต และคิดว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่ามากยิ่งขึ้น

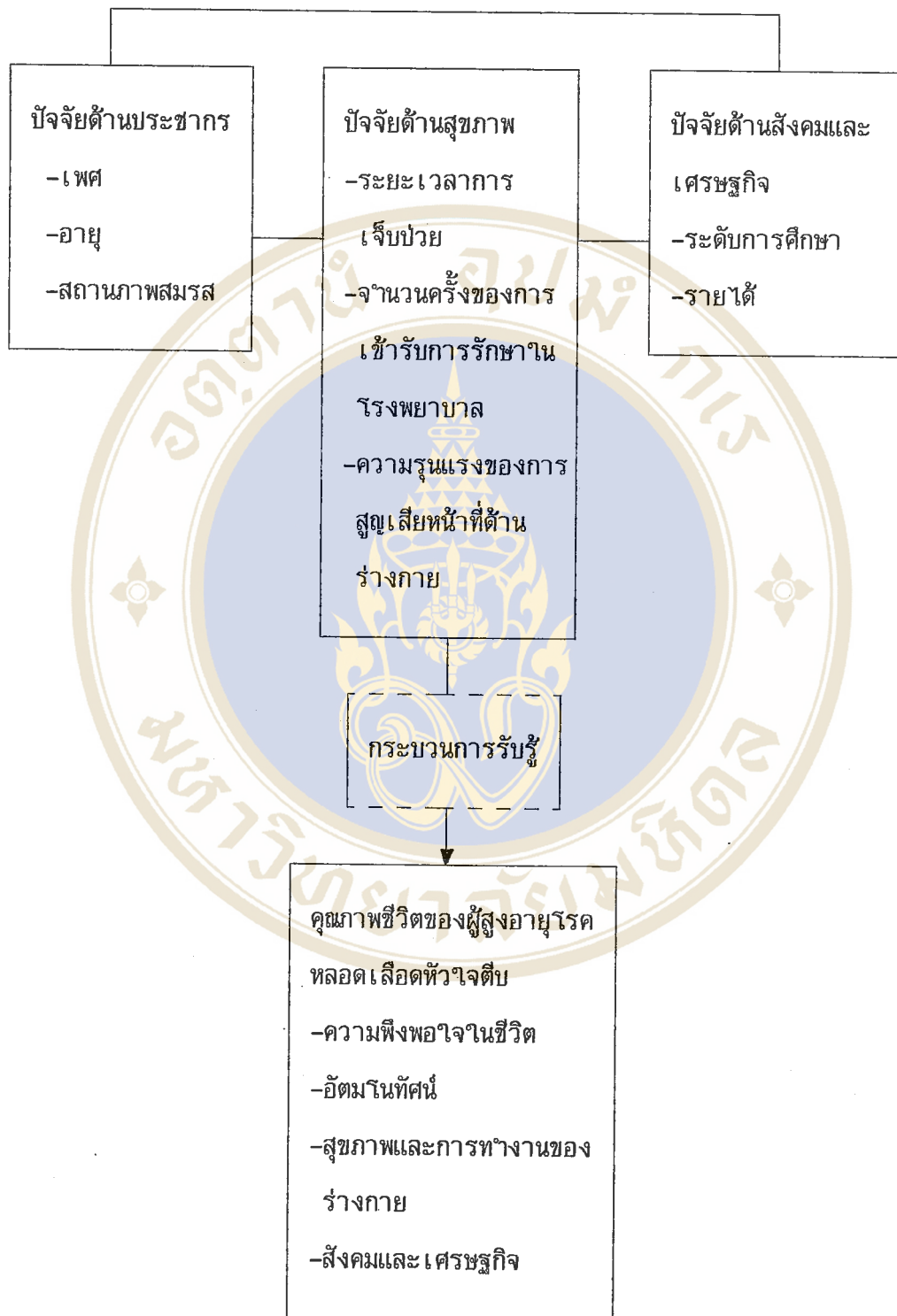
ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีประวัติการเป็นโรคนานระดับการควบคุมตนเองและคุณภาพชีวิตจะยิ่งต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหัวใจ การเจ็บป่วยนาน ๆ อาจทำให้ระดับสมรรถภาพของหัวใจและร่างกายทรุดโทรมลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปกติสุขของผู้ป่วยได้ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจแสดงว่า ผู้ป่วยมีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจลดลง หรือไม่สามารถควบคุมดูแลตนเองท่ามกลางความเจ็บป่วยได้ ซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลทั้งในเรื่องโรคของตนเอง และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะมีการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายเกิดขึ้น เพราะการเป็นโรคหัวใจมีผลทำให้ต้องจำกัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือเปลี่ยนแปลงกิจกรรมในชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับสมรรถภาพของหัวใจและกำลังของร่างกายที่ลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไป

ดาราบพบาทเติมได้ ทาให้ต้องละทิ้งสิทธิและหน้าที่ความรับผิดชอบที่ตนคุ้นเคยและขาดความสุข ก่อให้เกิดความเครียดทางด้านจิตใจ กลัวความตาย มีเจตคติที่ไม่ดีต่อโรค นอกจากนี้อาการเจ็บหน้าอกที่เป็นผลจากโรคและเป็นซ้ำ ๆ จะส่งผลกระทบต่ออย่างร้ายแรง ก่อให้เกิดความทุกข์ และไม่สามารถดำเนินชีวิตเช่นปกติได้

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของชานได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ คือ ระดับการศึกษา รายได้ และปัจจัยด้านสุขภาพ คือระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทั้งนี้ การประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินเฉพาะด้านจิตวิสัย ซึ่งชานได้ให้แนวทางในการประเมินไว้ 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งการศึกษาวิจัยเช่นนี้ ยังไม่ปรากฏว่ามีผู้ใดศึกษามาก่อน กรอบแนวคิดการศึกษาดังนี้แสดงใน แผนภูมิที่ 1 โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ศึกษากระบวนการรับรู้คิดว่าทั้งนี้ ผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผน ส่งเสริม หรือแก้ไข เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

5. ศึกษาอำนาจการทำนายของ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
2. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
3. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
4. เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งมาติดตามรับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรม ตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลราชวิถี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้ดีขึ้น
2. นำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต และนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

นิยามตัวแปร

1. คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเป็นปกติสุข และความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีต่อความเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิตของตนเอง โดยผ่านกระบวนการรับรู้และประเมินด้วยตนเอง สามารถประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตที่รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ ทัญชีระนันท์และคณะสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดของชาน มืองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้านดังนี้คือ

1.1 ด้านความพึงพอใจในชีวิต(Life Satisfaction)หมายถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่รับรู้เกี่ยวกับความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ การรักษาพยาบาล การดำเนินชีวิต และความสำเร็จในชีวิต

1.2 ด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่รับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่อง สภาพร่างกาย บุคลิกภาพ คุณค่าในตนเอง ความเชื่อและการยึดมั่นในศาสนา

1.3 ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and Functioning) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่รับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำกิจวัตร

ประจำวัน การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การออกกำลังกาย เพศสัมพันธ์ และสิ่งที่เป็นประจำ

1.4 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social Economic) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่รับรู้เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและเพื่อน การศึกษา กิจกรรมทางสังคม การประกอบอาชีพ และรายได้

✓ 2. ปัจจัยด้านประชากร หมายถึง คุณลักษณะบางประการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ได้แก่

✓ 2.1 เพศ หมายถึง เพศของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ เพศชายและเพศหญิง

✓ 2.2 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ถ้ามีเศษ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี

✓ 2.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่แบ่งตามการสมรส ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ และโสด/หม้าย/หย่า/แยก

3. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง กลุ่มตัวแปรเกี่ยวกับสังคมและรายได้ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้

3.1 ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ นับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงระดับการศึกษาสูงสุด

✓ 3.2 รายได้ หมายถึง จำนวนเงินโดยประมาณเป็นบาทที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้รับในแต่ละเดือน

4. ปัจจัยด้านสุขภาพ หมายถึง กลุ่มตัวแปรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย

4.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาที่นับจำนวนเต็มเป็นเดือน โดยนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

4.2 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนครั้งที่เข้ามานอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ นับตั้งแต่ทราบว่าตนเองเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

4.3 ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย หมายถึง ผลรวมของคะแนนที่แสดงระดับของการสูญเสียความสามารถด้านร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญเรียงตาม ลำดับดังนี้

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของชาน

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary heart disease, CHD) หรือมีชื่อเรียกอื่น ๆ อีก เช่น โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease, IHD) และโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic heart disease, ASHD) เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ 2536: 315) เป็นโรคหัวใจจากการแข็งตัวของหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเลี้ยงหรือเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอกับความต้องการ (พรณี เสถียรโชค 2536: 429) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) เนื่องจากมีการสะสมของไขมันพวกโคเลสเตอรอลเป็นก้อนในผนังหลอดเลือด ต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดขึ้น นอกจากนี้อาจพบร่วมในภาวะอื่น ๆ เช่น โรคของลิ้นหัวใจเอออร์ติค (Aortic valvular disease), โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy), โรคหลอดเลือดเอออร์ตาส่วนต้น (Disease of the ascending aorta), เกิดจากก้อนเลือดอุดตัน (Thromboembolism), เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Inflammation of coronary artery) และเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น หลอดเลือดโคโรนารีมีรูเปิดมาจากหลอดเลือดแดงปัลโมนารี (Pulmonary

artery) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะที่เกิดจากการหดเกร็งตัวของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary spasm) ซึ่งอาจพบได้ในหลอดเลือดที่ปกติหรือในหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพอะเธอโรสเคลอโรสิสอยู่แล้ว (Atherosclerotic changes) จนเลือดไหลลดลงมาก บางรายทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจเป็นแผลและตายในที่สุด (Myocardial infarction) (พรรรณี เสถียรโชค 2536: 429)

หัวใจเป็นอวัยวะที่สามารถดึงเอาออกซิเจนจากโลหิตไปเลี้ยงตัวมันเองได้มากถึง 60-75% โดยเฉพาะในส่วนของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นกล้ามเนื้อที่ใช้พลังงานสูง เมื่อเทียบกับอวัยวะหรือกล้ามเนื้ออื่นทั่วไป พบว่าการใช้ออกซิเจน (oxygen consumption) ของกล้ามเนื้อหัวใจมากเป็น 3 เท่าเมื่อเทียบกับการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้ออื่น ดังนั้นการไหลของเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีจึงมีความสำคัญ ปัจจัยที่ควบคุมการไหลของเลือดมีหลายประการ แต่ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่สุด คือความต้องการพลังงานของหัวใจ (metabolic requirement) พบว่าในระหว่างที่มีการออกกำลังกายมีภาวะเครียด วิดกกังวลหรือโกรธ ซึ่งต้องการพลังงานสูงขึ้น หลอดเลือดแดงโคโรนารีขนาดเล็กจะขยายตัวเพื่อให้เลือดไหลผ่านได้เพิ่มขึ้นและสกัดเอาออกซิเจน จากเลือดให้ได้ตามความต้องการ ซึ่งการสกัดเอาออกซิเจนของหัวใจนั้นจะมีอยู่ในระดับสูงสุด ตลอดเวลา เพราะฉะนั้นการไหลของเลือดที่แคบมากกว่าร้อยละ 70-80 ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือด จะไม่สามารถเพิ่มปริมาณเลือดไหลเวียนให้เพียงพอกับความต้องการได้จึงเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น ซึ่งอาจจะทุเลาเมื่อได้พัก แต่ถ้ามีการอุดตันขึ้นในบริเวณนั้นจนเลือดไหลไปเลี้ยง กล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะตาย ซึ่งเป็นภาวะที่รุนแรง เพราะอาจเสียชีวิตได้ง่ายจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย ภาวะช็อคจากหัวใจ และการแตกทะลุของหัวใจ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะเสียชีวิตทันทีทันใด ก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษา อัตราเสียชีวิตจะแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 80 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ อ่างน นิตยา ภาสุนันท์ 2524: 12)

ระยะความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การเจ็บหน้าอกอย่างสม่ำเสมอ (Stable angina) หมายถึง อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับโลหิตไปเลี้ยงไม่พอกับความต้องการ

การ อาการเจ็บหน้าอกจะมีอาการรุนแรงปานกลาง นาน 1-3 นาที เป็นทุกครั้งที่มีการ ออกกำลังกายมากถึงระดับหนึ่งหรือเกิดภาวะเครียด อาการจะดีขึ้นเมื่อนั่งพักประมาณ 3-5 นาที อาการเจ็บหน้าอกแต่ละครั้งมักไม่เกิน 15 นาที พยาธิวิธยามักเกิดจากการตีบของ หลอดเลือดหัวใจเนื่องจากหลอดเลือดที่แข็งตัวมีการอุดตันอย่างถาวร (Atherosclerotic fixed obstruction) อาจวินิจฉัยได้จากประวัติ ถ้าทาคส่นหัวใจอาจพบลักษณะของการ ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษา เช่น ยากลุ่มไนเตรด (nitrates) ยาที่มีฤทธิ์ในการ ขยายเส้นโลหิตดำ เป็นการลดความต้องการออกซิเจน ของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demand) ถ้าให้ขนาดสูงขึ้น ก็สามารถที่จะขยายหลอดเลือดแดงรวมทั้งหลอดเลือดโคโรนารีได้ด้วย ยาที่มีใช้กันหลายรูปแบบ ได้แก่ ยาอมใต้ลิ้น (sublingual form) ใช้อมใต้ลิ้นขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก จะสามารถดูดซึม ผ่านเยื่อเมือกในปาก (buccal mucosa) ซึ่งออกฤทธิ์ได้อย่างรวดเร็ว ทำให้อาการดีขึ้น ภายใน 2-3 นาที ยาที่ใช้ได้แก่ ไอโซซอร์ไบด์ ไดไนเตรด (isosorbide dinitrate) ยานี้นอกจากใช้อมใต้ลิ้นแล้วยังใช้พ่นเข้าไปในปากขณะเจ็บหน้าอก ส่วนยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำ (intravenous form) ที่นิยมกันมาก ได้แก่ ยาฉีดไนโตรกลีเซอริน (intravenous nitroglycerine) ให้ทางหลอดเลือดดำโดยการหยดช้า ๆ มักใช้ใน รายที่มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง ไม่หายด้วยการใช้ยาอมใต้ลิ้น ถ้าใช้ขนาดสูงอาจทำให้ ความดันโลหิตลดลง เพราะมีผลขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ยาที่ใช้รับประทาน (oral form) ทำเป็นยาเม็ด ได้แก่ ไอโซซอร์ไบด์ ไดไนเตรด และยังมีที่ทำในรูปแคปซูลค่อย ๆ ออกฤทธิ์อย่างช้า ๆ อยู่ได้ 12-24 ชั่วโมง ยาละลายผ่านทางผิวหนัง (transdermal form) มีลักษณะเป็นแผ่นแปะหน้าอกเป็นตัวเก็บ (reservoir) ทำหน้าที่ปล่อยยาให้ดูดซึม ผ่านผิวหนังที่ละน้อย อยู่ได้นาน 18-24 ชั่วโมง ยาปิดกั้นเบต้า (beta-blockers) รักษา อาการที่ดีขึ้นได้ด้วยการลดการทำงานของหัวใจ เช่น เมโทรโพรลอล (metoprolol), อะทีนอลอล (atenolol), โพรพรานอลอล (propranolol) ยาต้านแคลเซียม (calcium antagonists) ได้แก่ เวราพามิล (verapamil), ดิลไทอะเซม (diltiazem) และแอมโลดิพีน (amlodipine) ยากลุ่มนี้ทำให้อาการดีขึ้นได้โดยทำให้การทำงานของ หัวใจลดลงร่วมกับการขยายเส้นเลือดหัวใจ

2. การเจ็บหน้าอกแปรผัน (Unstable angina) เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงมากกว่าการเจ็บหน้าอกอย่างสม่ำเสมอ (stable angina) ระยะการเจ็บนานกว่าแต่ครั้งหนึ่งมักไม่เกิน 30 นาที สามารถวินิจฉัยได้จากอาการซึ่งจะมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

2.1 อาการเจ็บหน้าอก (angina of recent onset) เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกครั้งแรกในระยะเวลา 6-8 สัปดาห์

2.2 อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงขึ้น (crescendo angina) อาการเจ็บหน้าอกมีความถี่มากขึ้นมีความรุนแรงมากขึ้น เป็นระยะเวลานานขึ้นหรือไม่หายหลังใช้ยาอมใต้ลิ้น

2.3 อาการเจ็บหน้าอกขณะพัก (angina at rest) มีอาการขณะนั่งพักเฉย ๆ ไม่ได้ออกกำลังกาย

การรักษาจำเป็นต้องใช้ยาทั้ง 3 กลุ่ม และมักต้องให้ยาต้านเกร็ดเลือด เช่น แอสไพริน และยาละลายลิ่มเลือด เช่น เฮปาริน นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาตรวจหลอดเลือดแดงโคโรนารี ด้วยการทำ coronary angiogram เพื่อดูพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงโคโรนารี เพื่อพิจารณาการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหรือการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง

การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง (Percutaneous transluminal coronary angioplasty) คือ วิธีการขยายหลอดเลือดโดยใช้ลูกโป่งขนาดเล็ก ใช้ได้ผลดีถ้าพยาธิสภาพเป็นเพียงหนึ่งหรือสองจุด ที่ยังไม่มีการเกาะของแคลเซียม (calcification) และกล้ามเนื้อหัวใจยังบีบตัวได้อยู่ วิธีการทำอาศัยการสวนหัวใจ โดยร้อยลวดนำทาง (guidewire) ผ่านตำแหน่งที่ตีบไปก่อน จากนั้นจึงใส่บอลูนตามลวดนำทางเข้าไปค้างในตำแหน่งที่ตีบ จากนั้นจึงทำให้บอลูนขยายตัวดันส่วนไขมันที่อุดอยู่ให้แบนราบลงแล้วจึงเอาบอลูนออกหลอดเลือดก็จะไหลได้ดีขึ้นเพราะสิ่งกีดขวางมีขนาดเล็กลง การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่งอาจมีข้อแทรกซ้อนทำให้เกิดการอุดตันกระทันหันที่ต้องรีบทำการผ่าตัดฉุกเฉินพบได้ประมาณร้อยละ 5 ข้อเสียของการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง คือ มีการตีบใหม่ (Re-stenosis) ของหลอดเลือดในระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 30

การผ่าตัดทางเบี่ยงเส้นเลือดแดงโคโรนารี (Coronary bypass grafting) เป็นการผ่าตัดทางเบี่ยงให้กับเส้นเลือดหัวใจที่ตีตันโดยใช้เส้นเลือดขาที่ขาหรือหลอดเลือดแดง Internal mammary มาต่อระหว่างแอสเซนดิ้ง เอออร์ตา (ascending aorta) ข้ามจุดที่ตีตันไปยังส่วนของเส้นเลือดที่ยังดีอยู่ ทำให้เลือดสามารถข้ามจุดตีตันไปยังส่วนที่อยู่ปลายได้ การผ่าตัดจะมีอัตราเสี่ยงมากขึ้นกับการบีบตัวของหัวใจ และโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ การผ่าตัดทางเบี่ยง มักทำให้อาการเจ็บหน้าอกดีขึ้น แต่หลังจากเวลาผ่านไปแล้วถ้าปีเส้นเลือดที่ต่อไว้ อาจมีการตีตันได้อีก

3. กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) เป็นภาวะที่รุนแรงที่สุด เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ง่ายถ้าให้การดูแลไม่ทันทางที่หรือไม่ถูกต้อง กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดขึ้นจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างกะทันหัน อันเป็นผลมาจากมีการหดเกร็งของหลอดเลือด มีการรวมกลุ่มเป็นก้อนของเกร็ดเลือด (platelet aggregation) และลิ่มเลือด (thrombus formation) ถ้าการอุดตันนี้เกิดอยู่นาน 6 ชั่วโมง จะมีผลทำให้การตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดสมบูรณ์ทั้งหมดจากเยื่อหัวใจ (endocardium) ถึงเยื่อหุ้มหัวใจ (epicardium) สำหรับอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มักมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมาก มีเหงื่อออก อาจคลื่นไส้อาเจียน เป็นลม อาการเป็นนานมากกว่า 30 นาที ซึ่งใช้ยามาได้ลิ้นก็ไม่หาย หรืออาจมีอาการของโรคแทรกซ้อน เช่น อาการของหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ใช้สองในสามเกณฑ์ ดังนี้

1. อาการ (Symptom) มีอาการเข้าได้กับลักษณะของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังกล่าวแล้ว

2. เกณฑ์จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG criteria) โดยการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีดังนี้

- ระยะที่แรกเริ่ม (hyperacute stage) พบว่า T wave มีขนาดสูงขึ้น
- ระยะรุนแรงเฉียบพลัน (acute stage) พบ ST segment สูงขึ้นในตำแหน่งที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ การตายของผนังกล้ามเนื้อหัวใจด้านใน

(inferior wall infarction) พบการเปลี่ยนแปลงที่ Leads 2,3,aVF การตายของผนังกล้ามเนื้อหัวใจด้านหน้า (anterior wall infarction) พบการเปลี่ยนแปลงที่ Leads V1-6 การตายของผนังกล้ามเนื้อหัวใจด้านหลัง (posterior wall infarction) พบการเปลี่ยนแปลงที่ Leads V1, V2 แต่เป็นแบบ ST segment ต่ำลง

3. เกณฑ์จากผลการตรวจเอ็นไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจในเลือด

(Enzymetic criteria) จะมีการเพิ่มของเอ็นไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ (cardiac enzymes) ได้แก่ ครีเอตินีน ฟอสโฟไคเนส (creatinine phosphokinase, CPK), ซีรั่มกลูตามิก ออกซาโลอะซิติก ทรานซามิเนส (serum glutamic-oxaloacetic transaminase, SGOT) และแลคติก ดีไฮโดรจีเนส (Lactic dehydrogenase, LDH) (สุรพันธ์ สิทธิสุข 2539: 224-228)

การรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Prehospital phase) ต้องการลดอัตราการตาย (prehospital mortality) ของการเกิดหัวใจหยุดเต้นกระทันหัน (cardiac sudden death) จากภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (serious arrhythmia) และพบว่าร้อยละ 50 ของอัตราการตายจาก กล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล ซึ่งเราจะแก้ไขได้โดยใช้ทีมการพยาบาลฉุกเฉิน (emergency team) ที่สามารถทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (cardio-pulmonary resuscitation) และระงับการเต้นพลิ้วของหัวใจ ทำให้จังหวะการเต้นของหัวใจปกติขึ้นได้ด้วยการทำ Defibrillation จึงสามารถลดอัตราการตายในส่วนนี้ได้

2. ระยะอยู่ในโรงพยาบาล (Hospital phase) มีวัตถุประสงค์ คือ

2.1 รักษาอาการให้หาย อาการที่รุนแรงมากคือ อาการเจ็บหน้าอก

2.2 จำกัดบริเวณของกล้ามเนื้อหัวใจตายให้เหลือน้อยที่สุด ได้แก่ การให้สารละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) และการทำให้เกิดความสมดุลของความ ต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demand) และการได้รับออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (oxygen supply)

2.3 ให้ความสำคัญและรักษาภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างทันที่ ดังจะกล่าวถึงต่อไป

3. ระยะออกจากโรงพยาบาล (Post-hospital phase) มีวัตถุประสงค์คือ

- 3.1 ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ (cardiac rehabilitation) ให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานและเข้าสู่สังคมได้โดยเร็วหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 3.2 ลดอัตราการตายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (late mortality)
- 3.3 ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจตาย

รายละเอียดการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) มีดังนี้

การรักษาพื้นฐาน (Basic treatment)

ได้แก่การรับผู้ป่วยเข้าไว้ดูแลในหออภิบาลหัวใจ (coronary care unit) ซึ่งเป็นห้องแยกที่มีลักษณะเงียบ ปราศจากสิ่งรบกวนและเป็นส่วนตัว มีการติดเครื่องตรวจคลื่นหัวใจ (ECG monitoring) ใน 24-48 ชั่วโมงแรก เพื่อดูว่ามีการเต้นผิดจังหวะของหัวใจหรือไม่ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้วยยา เช่น ไนเตรด หรือถ้ารุนแรงอาจจำเป็นต้องให้ ยาระงับการปวด เช่น มอร์ฟีน (morphine SO_4) ร่วมกับให้ออกซิเจน และอาจให้ยาระงับประสาทอ่อน ๆ (mild sedative) เพื่อลดความต้องการออกซิเจนของร่างกาย (oxygen demand) จากความกระวนกระวาย เรามักจะทำการเปิดเส้นเลือดดำโดยให้สารน้ำไว้เพื่อความจำเป็นต้องการให้ยาซึ่งจะสามารถทำได้รวดเร็ว อาหารที่ผู้ป่วยได้รับควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย ๆ ถ้าอุจจาระแข็งควรให้ยาระบายอ่อน ปัจจุบันจะให้นอนพักบนเตียง (bed rest) เพียงวันเดียวในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสามารถให้มีการลุกเดิน (early ambulation) ได้เลย

การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy)

ดังที่กล่าวแล้วว่า ถ้าเราสามารถเปิดเส้นเลือดที่อุดตันได้ก่อน 6 ชั่วโมงก็จะสามารถช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนรอดจากการตายได้ การให้ยาละลายลิ่มเลือดในเวลาอันรวดเร็วก่อนเวลา 6 ชั่วโมงหลังเกิดอาการแน่นหน้าอก ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าได้ผลในการลดบริเวณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (infarction size) และมีผลโดยอ้อมซึ่งช่วยลดอัตราการตายจากการตายอย่างเฉียบพลันของกล้ามเนื้อหัวใจได้ ยาละลายลิ่มเลือดจึงจัดเป็นการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลเร็วและไม่มีข้อห้ามต่อการ

ทำให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งได้แก่ ภาวะตีเลือดออกง่ายผิดปกติ ภาวะตีฟาดตื้นในระยะเวลาอันใกล้ มีความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง (ความดันเลือด > 180/110 มิลลิเมตรปรอท)

ยาละลายลิ่มเลือดที่มีจำหน่ายในเมืองไทย ได้แก่ สเตรปโตคอกเนส (streptokinase), ยูโรคอกเนส (urokinase) และพลาสมีโนเจน แอคติเวเตอร์ (plasminogen activator) การให้ยากลุ่มนี้ต้องมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงการแข็งตัวของเลือดอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน อันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้แก่ เลือดออกในสมอง ภายหลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) แล้วต้องให้แอสไพริน (aspirin) หรือเฮพาริน (heparin) เพื่อป้องกันการให้ลิ่มเลือดมาอุดตันได้อีก (สิริชัย ฐานสารสมบัติ 2536: 880)

การรักษาทางยา (Medical treatment) อื่น ๆ

การรักษาทางยาก็เป็นการรักษาอาการเจ็บหน้าอก โดยให้ยาลดอาการเจ็บหน้าอก (antianginal drug) เช่น ยารับประทานกลุ่มไนเตรด และใช้ยาปิดกั้นเบต้า ในรายที่ไม่มี contraindication จะช่วยลดการตายเพิ่มขึ้นของกล้ามเนื้อหัวใจ สำหรับยาต้านเกล็ดเลือดมีที่ใช้ใช้น้อยและอาจห้ามใช้ในกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง (Percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA)

การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง ในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำในเวลาต่าง ๆ กันดังนี้

1. การใช้วิธีการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่งเป็นการรักษาขั้นต้น (primary treatment) เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลโดยทันทีจากการศึกษาของ PAMI (Primary angioplasty in myocardial infarction trial) พบว่า การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่งสามารถเปิดเส้นเลือดที่อุดตันได้ดีกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือดและสามารถลดอัตราการตายในโรงพยาบาลหรืออัตราการเกิดซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ดีกว่า จึงมีข้อเสนอว่า ควรทำขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่งทันทีเมื่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังมีอาการ ในโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่งได้ทันทีหรือผู้ที่มีข้อห้ามต่อการให้ยาละลายลิ่มเลือด การบริการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่งได้ทันทีมีไม่กี่โรงพยาบาลที่จะทำได้ ดังนั้นการ

าใช้ยาละลายลิ่มเลือดจึงจัดเป็นการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีข้อห้ามใด ๆ ต่อการใช้ยาละลายลิ่มเลือด

2. การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง หลังจากพบว่าไม่อาจเปิดเส้นเลือดที่อุดตันโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือดได้แล้ว

การผ่าตัด (Surgery)

การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้น มักทำในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีข้อบ่งชี้การผ่าตัด เช่น มีเส้นเลือดโป่งพอง (ventricular aneurysm), หัวใจห้องล่างซ้ายฉีกขาด (left ventricular rupture), มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อแพปิลลารี ทำให้เกิดการรั่วของลิ้นไมตรัลอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน (acute mitral regurgitation) หรือเกิดการฉีกขาดของผนังกั้นระหว่างหัวใจห้องล่าง (ruptured interventricular septum) ทำให้เกิดการรั่วของผนังกั้นระหว่างหัวใจห้องล่างซ้ายและขวา (ventricular septal defect)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ แบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงรองดังนี้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข 2539: 216)

ปัจจัยเสี่ยงหลัก

1. ความดันโลหิตสูง (Hypertention) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เชื่อกันว่าในภาวะความดันโลหิตสูง ผนังหลอดเลือดจะบีบแรง เพราะแรงดันการไหลของหลอดเลือดแดงเพิ่ม จนเลือดไหลไปยังอวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้ไม่สะดวก แรงกระแทกนี้เป็นอันตรายต่อผนังหลอดเลือดเกิดขบวนการทางชีวเคมี จะทำให้มีสารพวกที่เป็นไขมันไปเกาะติดได้ง่าย และมีความดันโลหิตสูง (ซิสโตลิกมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท หรือไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิเมตร ปรอท) จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดของสมองของหัวใจและของไตได้ (Newton, KM. & Froelicher, ES. 1995: 205)

2. การสูบบุหรี่ (Smoking) เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงของโรคนี้ โดยเฉพาะในคนที่สูบบุหรี่จัด ดอยล์ (Doyle) พบว่าการสูบบุหรี่เกินกว่า 20 มวน จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 3-4 เท่า (อิศรา สุขุมาลจันทร์ อ่างน นิตยา ภาสุนันท์ 2529: 14) สารคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide) ในบุหรี่สามารถทำลายผนังส่วนในของหลอดเลือดได้ และนอกจากนั้นมีสารนิโคติน (nicotin) ที่ทำให้เกิดการกระตุ้น

การหลั่งของสารแคทีโคลามีน (catecholamine) ซึ่งปล่อยออกมาจากหัวใจทำให้เกิดการเกาะตัวของเกล็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดหดตัว รูของหลอดเลือดแคบลง ทำให้ชีพจรและความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจต้องทำงานมากขึ้น (พรรณี เสถียรโชค 2536: 431) และเกิดการเปลี่ยนแปลงของไขมันต่าง ๆ เช่น สารนิโครตินจะลดอัตราส่วนของไฮเดนซิตีไลโปโปรตีน (high density lipoprotein, HDL) และโลเดนซิตีไลโปโปรตีน (low density lipoprotein, LDL) การสูบบุหรี่ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น

3. ไขมันในกระแสโลหิตสูง (Hypercholesterolemia) โดยปกติไขมันในเลือดไม่ควรสูงเกิน 250 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะโคเลสเตอรอล (Total cholesterol) และโลเดนซิตีไลโปโปรตีน เป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดแดงตีบตัน (พรรณี เสถียรโชค 2536: 431) เป็นผลเนื่องมาจากการรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน รับประทานอาหารที่มีไขมันมากหรือรับประทานไขมันชนิดอิ่มตัวมากเกินไป เช่น ไขมันจากสัตว์และมะพร้าว ไขมันที่สูงในเลือดจะตกตะกอนจับตามผนังหลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดแคบลง ประสิทธิภาพในการขยายตัวของหลอดเลือดลดน้อยลง ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก กล้ามเนื้อหัวใจจึงมีโอกาขาดเลือดได้ง่าย นอกจากนั้นอาจมีสาเหตุจากร่างกายผลิตไขมัน (โรคตับ) มากผิดปกติ เช่น ภาวะครอบครัวที่มีประวัติไขมันในกระแสโลหิตสูง (familial hypercholesterolemia)

ปัจจัยเสี่ยงรอง

1. โรคเบาหวาน (Diabetic mellitus) ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน จะพบว่าอุบัติการณ์การของโรคหัวใจขาดเลือดและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมาเป็นเวลานานจะพบเป็น 2 เท่าของคนปกติ ผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดสูงมักจะมีความดันเลือดสูง และพบการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในไตได้มาก ในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มักจะพบว่าเป็นรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน เช่น มักจะเป็นกับหลอดเลือดหัวใจ 2 หรือ 3 เส้นขึ้นไป (double or triple coronary atherosclerosis) และมักจะพบว่าการอุดตันจะเป็นตลอดเส้นของหลอดเลือด (diffuse change) หรืออาจจะเป็นตลอดถึงปลายและแขนงเล็ก ๆ ของหลอดเลือด (Newton, KM. & Froelicher, ES. 1995: 205) การใช้อินซูลินหรือ

ไม่ใช้ในโรคเบาหวานไม่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดลดลงและพบว่าการควบคุมเบาหวานจะดีเพียงไร ไม่ทำให้การเสี่ยงเป็นโรคหัวใจขาดเลือดลดลงได้เลย

2. โรคอ้วน (Obesity) คนที่อ้วนมักจะมีโรคหลอดเลือดแข็งได้บ่อย แต่อาจจะเป็นเพราะคนอ้วนมักจะมีโรคอื่น ๆ แทรกด้วย เช่นมีความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะไลโปโปรตีนชนิดดีไลโปโปรตีน และพบว่ามีไฮโปไลโปโปรตีนต่ำ

3. มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Family history of ischemic heart disease) ผู้ที่มีประวัติครอบครัวที่มีบิดามารดาเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนเวลาอันสมควร เช่นบิดามีอาการหัวใจกำเริบก่อนอายุ 55 ปี หรือมารดา ก่อนอายุ 65 ปี บุตรจะมีอัตราเสี่ยงต่อโรคดังกล่าวสูงกว่าคนปกติเป็น 7 เท่า ถ้าบิดามารดาเกิดอาการเมื่อวัยชรา บุตรจะมีอัตราเสี่ยงต่อโรคสูงกว่าคนปกติ 2 เท่า (สุทัศน์ บวรสมบัติและบรรจบ ชูณหสวัตติกุล, 2527: 35)

4. อายุมาก (Old age) เพศชายอายุเกิน 40 ปีขึ้นไปแล้วพบหลอดเลือดแข็งตัวบ่อยกว่าเพศหญิง ในทวีปยุโรปและอเมริกา พบว่า พยาธิสภาพหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว อะเธอโรสเคลอโรสิส เริ่มต้นเมื่ออายุน้อยกว่า 40 ปี ในผู้ป่วยคนไทยหรือชาวเอเชียพอมจะมีอยู่บ้างแต่ไม่มาก และในหญิงทั้งหมดประจำเดือนแล้วจะพบได้บ่อยจนใกล้เคียงกับเพศชาย

5. ความเครียดและความกังวล ความเครียดทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น ขณะเดียวกันก็มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ด้วย เช่นความดันเลือดสูง กินอาหารมากเกินไปสูบบุหรี่และดื่มเหล้า รวมทั้งเรื่องทางกรรมพันธุ์ด้วย และบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ (Personality type A or Coronary prone behavior) มักเกิดความเครียดและเกิดหัวใจวายได้ง่าย ผู้ที่มีบุคลิกชนิด A มักมีลักษณะก้าวร้าวหยาบคายเยาะเย้ยมีความใฝ่ฝันสูง ยืนยันแข็ง เข้มงวด เคร่งเครียดเอาจริงจังเอาใจอยู่ตลอดเวลา รีบร้อน หรือโหม่ง่าย (Newton, KM. & Froelicher, ES. 1995: 207) พบได้บ่อยทั้งชายและหญิง ผู้ป่วยประเภทนี้พบว่ามีสารแคทีโกลามีนในเลือดสูงซึ่งทำให้เกิดมีความดันโลหิตสูง พบการทำงานของเกร็ดเลือดผิดปกติได้

6. ขาดการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยที่เป็นนักกีฬาหรือผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะพบว่ามีอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดน้อยลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการออก

กำลังกายทำให้ ไฮเดนซีดีไลโปโปรตีนเพิ่มขึ้น ไม่ทำให้มีความอ้วน ทำให้การเกาะตัวของ เกร็ดเลือดลดลง และบางรายเชื่อว่าทำให้หลอดเลือดเชื่อมโยงเกิดขึ้นได้ใหม่ (collateral circulation) ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่กับที่ เช่น ทำงานประเภทนั่งโต๊ะ พบว่ามีโรคนี้มากกว่าผู้ที่มี โอกาสออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นควรปฏิบัติตัวดังต่อไปนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงการ เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายอีกครั้ง

1. งดการสูบบุหรี่ ดื่มน้ำชา กาแฟ สารนิโคตินจากบุหรี่ และสารจากใบชา กาแฟ จะทำให้หลอดเลือดตีบลงและกระตุ้นหัวใจให้ทำงานมากขึ้น การงดสูบบุหรี่จะลด โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ 50% ในปีแรก และลดลงเกือบเท่าคนไม่สูบบุหรี่ในระยะ 2-10 ปี นอกจากนี้การงดสูบบุหรี่จะสามารถเพิ่ม ไฮเดนซีดีไลโปโปรตีนได้ประมาณร้อยละ 10 ใน 1 เดือนและยังลดการเกาะตัวของเกร็ดเลือดด้วย (เดือนฉาย ชยานนท์ 2538:8)
2. รักษาและควบคุมความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ถึงแม้รายงานเดิม ๆ จะกล่าวว่า การลดความดันโลหิตไม่ได้ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ได้มีรายงานในระยะหลังว่า การรักษา mild diastolic hypertension (diastolic blood pressure < 95 mmHg) สามารถจะลดอัตราตายจากโรคหัวใจ และสาเหตุอื่น ๆ ได้
3. งดอาหารจำพวกไขมัน โดยเฉพาะโคเลสเตอรอลสูง อันได้แก่ เครื่อง านสัตว์ สมองสัตว์ น้ำมันหมู สัตว์ปีก หนังไก่ หนังเป็ด เนื้อติดมัน
4. หลีกเลี่ยงการมีอารมณ์เครียดหรืออารมณ์รุนแรง ถ้าไม่สามารถควบคุม ได้ด้วยตนเองแพทย์อาจจะต้องให้ยาช่วย
5. ควบคุมน้ำหนักตัว
6. มีการรักษาที่ต่อเนื่อง
7. มีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง สิ่งที่ต้องรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย คือ พลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ซึ่งมีหน่วยวัดเป็น Met (metabolic) สำหรับกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันที่ทุกคนต้องทำ จะต้องใช้พลังงานดังนี้ คือ (เดือนฉาย ชยานนท์ 2538: 10)

1 Met	2-3 Met	4-5 Met	6-9 Met
นั่งเฉย ๆ	เปลี่ยนเสื้อผ้าเอง	อาบน้ำ ทำงานบ้าน	ขึ้นบันได 2-4 ชั้น
ดูทีวี ฟังวิทยุ	ล้างหน้า	ขึ้นบันได 1 ชั้น	เล่นเทนนิส
อ่าน-เขียนหนังสือ	ล้างมือ	(10-20 ชั้น)	ทาสวน
รับประทานอาหาร		ขับรถยนต์	ตัดหญ้า

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกคนปรารถนาแม้จะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของคน เพราะว่าใครก็ตามที่เกิดมา ต่างมุ่งหวังที่จะให้ชีวิตของตนมีคุณค่ามากที่สุด ในแนวทางที่ตนปรารถนา

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่เป็นนามธรรม มีความหมายกว้าง การให้ความหมาย คุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ทางการศึกษาในแต่ละศาสตร์สาขานั้น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ความหมายเหล่านั้น มีความหมายคล้ายคลึงกันหรือสอดคล้องกัน จะแตกต่างกันในส่วนรายละเอียดหรือจุดเน้น ตามศาสตร์หรือสาขานั้นเห็นว่าสำคัญ ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2535 "คุณภาพชีวิต" ประกอบด้วย 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึงความ เป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

สต็อกเดล (Stockdale อ้างใน Sharon A Wallace 1974: 3)

ได้อธิบายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตไม่ได้เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการกินที่อยู่ดีทางด้าน วัตถุอย่างเดียวน แม้ในปัจจุบันด้านการครองชีพขั้นพื้นฐานนั้นมีความจำเป็นก็ตาม แต่ คุณภาพชีวิตต้องประกอบด้วยสุขภาพทางจิต (Psychological Health) ความสามารถในการสร้างสรรค์ (Creativity) ความมีศักดิ์ศรี (Dignity) การได้รับการยอมรับ การรู้สึกว่าเป็นที่รักของคนอื่น การปราศจากความกลัวและกังวลใจ

พาดิลลา และคณะ (Padilla, et al. 1983: 117) ได้กล่าวถึงคุณภาพ

ชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ทักษะคิดของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

โอเรม (Orem 1985: 139) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความปกติสุข (well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

ยัง และลองแมน (Young & Longman 1983 cited in Padilla & Grant 1985: 46) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน เกิดขึ้นจากการรับรู้ของบุคคลนั้น

นิพนธ์ คันธเสวี (2526: 2) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงระดับการดำรงชีวิตของมนุษย์ตามองค์ประกอบของชีวิต ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิดและจิตใจ

องค์การยูเนสโก (UNESCO 1978 อ้างในชิตชัย สนั่นเสียง 2528: 54) สรุปแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคล

ดีน (Dean 1985: 98) ได้รายงานว่า คำที่มีความหมายเดียวกับคุณภาพชีวิตมีหลายคำ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีความหมายและภาระหน้าที่ของบุคคล

แคมเบล (Cambell 1976 cited in Graham & Longman 1987: 339) ได้กล่าวสรุปว่า แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ เน้นเป็นพิเศษที่มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็นหรือที่คาดหวังผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุข หรือไม่มีความสุข ซึ่งเป็นการตัดสินของแต่ละบุคคล

ลัดดา รัตกลีกร (2526 อ้างในศักดิ์ชัย ทวีศักดิ์ 2529: 13) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และจะต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีครอบครัวและสังคมที่ดี เพื่อฝึกอบรมตนเองช่วยตนเอง และมีส่วนร่วมในการกิจของสังคม

ประกา รัตนเมธานนท์ (2532: 13) กล่าวสรุปว่า คุณภาพชีวิต คือความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ความหมายใกล้เคียงกับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในบุคคล

อัจฉรา นวจินดา และชจรัส ภิรมย์ธรรมศิริ (2535: 428) ได้ให้นิยามคุณภาพชีวิตว่าคุณภาพชีวิตของบุคคล คือ ความพึงพอใจของบุคคลที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการด้านร่างกายและจิตใจและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างเพียงพอ ให้เกิดการมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี

ชาน (Zhan 1992: 799) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

จากความหมายของคุณภาพชีวิตที่ได้กล่าวมาแล้ว พอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเป็นปกติสุข และความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิตของตนเอง โดยผ่านกระบวนการรับรู้และประเมินด้วยตัวบุคคลนั่นเอง

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตดีนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ และแต่ละองค์ประกอบนั้น มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกัน ตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือแต่ละสังคม ได้มีนักวิชาการเสนอองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งมีส่วนแตกต่างกันไปบ้างในรายละเอียดดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO 1978 อ้างใน จุฑามาส สรววิสูตร และทิริญ ลิ้มสุวรรณ 2528: 69) ได้เสนอมือองค์ประกอบหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งองค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้ได้แก่ อาหาร ภาวะสุขภาพอนามัยและโภชนาการ การศึกษา สิ่งแวดล้อม และทรัพยากร ที่อยู่อาศัยและการตั้งถิ่นฐาน การมีงานทำและค่านิยม ศาสนา จริยธรรม กฎหมายและองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา

ฟลานาแกน (Flanagan 1978: 138-139) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น้อยอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2. มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ สนใจการเรียนรู้ เข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5. มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี เล่นกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

พาดิลลาและแกรีนท์ (Padilla & Grant 1985: 45) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ว่าควรประกอบด้วยความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การรับรู้ความปกติสุขด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัว

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญิจู (2525: 104)กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามทัศนะของเบนเนท (Bennet)ว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ

1. สิ่งที่เป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีสังคม และเศรษฐกิจดี

2. ความต้องการที่สนองความพอใจแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสมกับสังคมวัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้น มีจุดมุ่งหมายของชีวิต

นิพนธ์ คันธเสวี (2528: 85-87) ได้จำแนกองค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของมนุษย์ออกเป็น 6 ด้านด้วยกันคือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ ด้านความคิด สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม

ลิว (Liu 1975 อ้างในอานวย สันเทพ 2532: 17) กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบอยู่ 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านจิตวิสัย องค์ประกอบนี้เป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคล อันได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม และความรู้สึกนึกคิดของบุคคล องค์ประกอบด้านจิตวิสัยบางครั้งจึงเรียกว่า องค์ประกอบด้านจิตวิทยา (Psychological) องค์ประกอบที่สำคัญอีกองค์ประกอบหนึ่ง คือ องค์ประกอบด้านวัตถุวิสัย องค์ประกอบด้านนี้ ได้แก่ ปัจจัยหรือสภาพแวดล้อมด้านบุคคล เช่น องค์ประกอบด้านสังคม เศรษฐกิจการเมืองและสิ่งแวดล้อม

เบอร์เกอร์ฮอร์น, เชเฟอร์และคณะ (Berghorn, Schafer & Associates 1981: 331-347) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ 5 ด้านคือ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

เด็นแฮม (Denham 1991: 48) กล่าวว่าองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 5 ด้าน คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม สุขภาพกาย สุขภาพจิต ประวัติในอดีต และบุคลิกภาพ

ซ่าน (Zhan 1992: 796) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ว่าควรประกอบไปด้วย ด้านความพึงพอใจในชีวิตใน เรื่องทั่ว ๆ ไป ด้านอัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองเกี่ยวกับด้านภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านสุขภาพและหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นความพึงพอใจเกี่ยวกับการศึกษา อาชีพและรายได้

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวความคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง ซึ่งในปัจจุบันในการศึกษาเพื่อประเมิน คุณภาพชีวิตมีดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO 1980: 312) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุประสงค์ (Objective) การประเมินด้านวัตถุประสงค์วัดได้โดยอาศัยข้อมูลทางรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้วัดได้ เช่นข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความปกติสุข ความสุข คุณค่าในตนเอง ความหมายของชีวิต บทบาทหน้าที่ ฯลฯ

สปิตเซอร์ และคณะ (Spitzer, et al. 1981: 34) ได้กล่าวสรุปว่า เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ควรประกอบด้วยลักษณะดังนี้คือ

1. ข้อความสั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก
2. กว้างขวาง ครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน
3. เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มชนนั้น
4. สามารถใช้ได้เนหลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดที่น้อยที่สุด เกี่ยวกับปัจจัยทางด้าน อายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรคเรื้อรัง
5. ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
6. เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก
7. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
8. แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัดในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
9. มีเหตุผลดี

สตรอมเบอร์ก (Stromberg 1984: 88-91) ได้ให้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ด้านวัตถุประสงค์โดยวัดเป็นปริมาณ(Objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลที่ได้จะเป็นตัวเลข
2. ด้านจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ(Subjective scales yielding quatitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลที่ได้จะเป็นตัวเลขเช่นกัน

3. ด้านจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ(Subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลที่ได้เป็นการบรรยายบอกถึงลักษณะสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

มีเบอร์ก (Meeberg 1993: 32-38) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

1. ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ รายได้ อาชีพ การศึกษา และหน้าที่ด้านร่างกาย

2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย(Subjective indicators)เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิต อาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว ซึ่งนิยมกันมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิต โดยรวมทั้งหมดซึ่งถือว่าเป็นการประเมินที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ (Andrew & McKennell 1980, Cantril 1985 cited in Somchit hanucharunkul 1988: 35)

2. การประเมินโดยมีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย โครงสร้างหลายมิติ คุณภาพชีวิตของบุคคลไม่ได้ขึ้นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับหลายสิ่ง ซึ่งประกอบเป็นคุณภาพชีวิต แนวคิดนี้ได้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตานบุคคลที่เจ็บป่วย โดยเชื่อว่า จะประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้เหมาะสมถูกต้องตามสภาพความเป็นจริงกว่าการประเมินจากมิติเดียว (Padilla & Grant 1985: 53, Zhan 1992: 796, Ferrans & Powers 1992: 29)

ชาน (Zhan 1992: 795-799) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยว่าควรประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และให้ครอบคลุมโครงสร้าง 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นความรู้สึกพึงพอใจถือว่าเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นเรื่องของความปกติสุขด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง รวมทั้งความรู้สึกที่มีคุณค่า (Self esteem) ภาพลักษณ์ (Self image)

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้ถึงความปกติสุขด้านร่างกาย ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย ถือเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะสุขภาพและการทำงานของร่างกายจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นเรื่องความปกติสุขในด้านสังคมซึ่งสิ่งสำคัญที่ต้องประเมินในด้านนี้คือ การศึกษา อาชีพและรายได้

ในการประเมินคุณภาพชีวิต ชาน (Zhan) ำให้ข้อเสนอแนะว่าควรประเมินทั้งเชิงจิตวิสัย (Subjective) และวัตถุวิสัย (Objective) เพื่อที่จะประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของชาน สอดคล้องกับแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป คือควรประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และชานได้เพิ่มด้านความพึงพอใจในชีวิตในการรอบแนวคิด ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปถือว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ (Andrews & Withey 1976, Galman 1987, Campbell et al. 1976 cited in Ferrans & Powers 1992: 30) และสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับสังคม ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยมีความเห็นว่า กรอบแนวคิดของชานจะสามารถนำมาเป็นแนวทางการสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ครอบคลุมผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์เป็นแนวทางการสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะเชิงจิตวิสัย ผู้วิจัยเชื่อว่าประเมินคุณภาพชีวิตได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น เพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตโดยผู้ป่วยประเมินจากองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต นับว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล (Ferrans Power 1985: 15, Orem 1985: 193) จึงมีการใช้ความพึงพอใจในชีวิต เป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตกันอย่างแพร่หลาย ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึงระดับที่บุคคลมีความพอใจในปัจจุบัน หรือพึงพอใจในสถานการณ์ทั่วไปในชีวิตของเขา การประเมินความรู้สึกของบุคคลนั้นเป็นการรับรู้และตัดสินใจเองโดยการเปรียบเทียบระหว่างสถานการณ์ที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่เขาอยากเป็นหรือคาดหวัง ผลที่ได้ออกมาจะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ (Campbell 1976, cited in Zhan 1992: 796) นอกจากนี้ความพึงพอใจในชีวิตจะมีอิทธิพลมาจากภูมิหลังของแต่ละบุคคล สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพ (Zhan 1992: 797) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายของผู้สูงอายุที่ดำเนินไปสู่ความเสื่อม ประกอบกับการเจ็บป่วยในส่วนของอวัยวะที่สำคัญคือ หัวใจ ย่อมก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในชีวิต เพราะสมรรถภาพการทำงานของร่างกายลดลง มีความจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับโรค ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จึงเป็นการรับรู้และตัดสินใจของผู้สูงอายุเองต่อสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่หรือจะเป็นไปในชีวิตของเขา

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นเรื่องของความปกติสุขด้านจิตใจ โดยที่อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อตนเองของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่งรวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาพลักษณ์ของตน จึงมีอิทธิพลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Zhan 1992: 798) ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการออกจากงานเมื่อเกษียณอายุ การเปลี่ยนสถานภาพจากหัวหน้าครอบครัว ซึ่งเคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวมาเป็นผู้อาศัยที่ต้องพึ่งพาบุตรหลาน ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยซึมเศร้าและอัตมโนทัศน์เป็นไปในทางลบ ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน นั่นคือ คุณภาพชีวิตเปลี่ยนไปนั่นเอง

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้ความปกติสุขด้านร่างกาย การที่คนเราจะดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุขนั้น จะต้องมียอดประกอบที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ สุขภาพและการทำงานของร่างกายที่ดี เพราะการมีสุขภาพดี มีร่างกายที่แข็งแรง สามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถหาปฏิวิถีทางที่จะนำมาซึ่งความสุขและความสำเร็จในชีวิต (สุชาติ ธรรมประยูร อ้างใน ประภาพร จินันทุยา 2536:

16) นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพเป็นส่วนที่สำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ความเจ็บป่วย ทำให้การทำงานที่ของร่างกายและอารมณ์ผิดปกติ ความคล่องตัวและความกระฉับกระเฉง ในวัยสูงอายุลดน้อยลงจากวัยหนุ่มสาว ประกอบกับเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคตลอดเล็ดหัวใจตีบ ทำให้มีความจำกัดในการทำงานประจำวัน เช่น การทำงานหนัก การออกกำลังกายที่ใช้แรงมากเพื่อให้สอดคล้องกับสมรรถภาพของหัวใจ และกำลังของร่างกายที่ลดลง สิ่งเหล่านี้ ทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลง

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ นักสังคมวิทยามีความเชื่อว่าบทบาทของคนทำงาน (worker role) เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากช่วยทำให้บทบาทอื่นยังคงอยู่ การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่า ส่วนการออกจากงานเป็นการสูญเสียบทบาทของคน ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของความไม่พึงพอใจในชีวิต ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต้องสูญเสียบทบาท สถานะในครอบครัวและหน้าที่ความรับผิดชอบต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติ มีชีวิตอยู่ไปวันหนึ่ง ๆ คล้ายกับผู้ไร้ความสามารถ ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น หรือบางคนสูญเสียสัมพันธภาพภายในครอบครัว เนื่องจากบุตรธิดาแยกครอบครัวออกไป ผู้สูงอายุจึงเกิดความรู้สึกว่าเหงาและท้อแท้ในชีวิต (อัมพร โอตระกูล 2527:38) ประกอบกับการเจ็บป่วย จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อไปจนตลอดชีวิต และจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ต้องเปลี่ยนไปทำงานที่ใช้กำลังน้อยลง ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวเป็นอย่างมาก มีความเดือดร้อนหรือมีปัญหาทางการเงิน ส่งเสริมให้มีความทุกข์ กังวลซึมเศร้า และคิดว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่ามากยิ่งขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น

การประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของชาน

ชาน (Zhan 1992: 795-800) ได้กล่าวถึง "คุณภาพชีวิต" โดยให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็น ระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ชีวิตรวมทั้งฐานะ เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ทั้งนี้ชานยังให้แนวคิดว่าคุณภาพชีวิตสามารถประเมินทั้งในด้านวัตถุวิสัยและจิตวิสัย แต่การวัดในเชิงจิตวิสัย ชานได้อ้างถึง การศึกษาของแคมป์เบลล์ (Campbell 1976 cited

in Zhan 1992: 796) ซึ่งกล่าวไว้ว่า แม้ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิญญาณอยู่ในระดับที่ดี แต่เมื่อศึกษาถึงความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลนั้น ปรากฏว่าไม่ได้อยู่ในระดับที่ดีตามผลการประเมินเชิงจิตวิญญาณ ดังนั้น ขานจึงให้ความสนใจในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยศึกษาเรื่องนี้อย่างจริงจังและกว้างขวาง และได้ให้แนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิญญาณว่า ควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อวิเคราะห์และติดตามการศึกษาแนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตของขานสามารถรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งขอนำมากกล่าวไว้ดังต่อไปนี้

ขาน กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เริ่มมีการศึกษาโดยนักปราชญ์ชาวกรีกชื่ออริสโตเติล ซึ่งได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าหมายถึงความสุขที่ได้รับพรจากพระเจ้า ทำให้ชีวิตดำเนินไปได้อย่างมีความสุข (McKeon 1947 cited in Zhan 1992: 795) ขานยังนำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตามปรัชญาของชาวจีน เรื่องหยินและหยางมาเป็นพื้นฐานในการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสมดุลของชีวิตทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย เมื่อมีความสมดุลของหยินและหยางจะทำให้มนุษย์มีชีวิตที่ดีและยืนยาว ขานกล่าวถึงการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตว่า ได้เริ่มขึ้นในต้นปี ค.ศ.1960 ฟลานาแกน (Flanagan 1982 cited in Zhan 1992: 795) ได้ศึกษาและกล่าวว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับความนิยมและนำไปปฏิบัติตลอดระยะเวลาอย่างน้อยหนึ่งทศวรรษต่อมา ในปี ค.ศ.1947 องค์การอนามัยโลก(WHO 1947) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพว่า ไม่เพียงแต่เป็นความไม่มีโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น แต่ยังหมายถึงความปกติสุขด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วย (Zhan 1992: 795)

ขาน ได้กล่าวถึงคาร์นอฟสกี(karnofsky)ว่าเป็นผู้บุกเบิกในการสร้างมาตรวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยศึกษาเพื่อสร้างมาตรวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด แคทซ์ และคณะ (Katz, et al. 1963 cited in Zhan 1992: 795) ได้สร้างดัชนีวัดความสามารถในการทำงานประจำวันของบุคคล โดยเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุและสปิตเซอร์ (Spitzer 1987 cited in Zhan 1992: 795) สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการทำงานของร่างกาย จากแนวคิดการสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพ

ชีวิตเชิงจิตวิสัยดังกล่าว ชานได้สรุปว่า เป็นการประเมินองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพและการทำงานของร่างกาย

ชาน ได้กล่าวว่า พยายามเป็นวิชาชีพที่ต้องดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยต้องให้ความสนใจบุคคลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงคุณภาพชีวิตด้วย มีนักวิจัย ทางการพยาบาลได้ศึกษา เพื่อค้นหาความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และปัจจัย ที่เกี่ยวข้องับคุณภาพชีวิต และพบว่าการทำความเข้าใจความหมายคุณภาพชีวิตที่แน่นอนนั้น เป็นเรื่องยาก เนื่องจากความแตกต่างด้านวัฒนธรรม จริยธรรม ศาสนาและค่านิยม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพล ต่อการรับรู้ความหมาย และความสำคัญของคุณภาพชีวิต นอกจากนี้พบว่า ความไม่สอดคล้อง กันระหว่างแนวคิดและการปฏิบัติพยาบาล เป็นสิ่งที่นำมาซึ่งปัญหาในการประเมินคุณภาพชีวิต (Ferrans and powers 1985: 16-24)

สตรอมเบอร์ก (Stromberg 1988 cited in Zhan 1992: 796)กล่าวว่า ตัวบ่งชี้ในการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ประกอบด้วย รายได้ การประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา สุขภาพและการทำงานของร่างกาย สภาพที่อยู่อาศัย และอากาศบริสุทธิ์ ซึ่งตัวบ่งชี้เหล่านี้ไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้อย่างแน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัย ของแคมป์เบลล์ (Campbell 1976 cited in Zhan 1992: 796) ที่พบว่า ตัวบ่งชี้ ด้านจิตวิสัยไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้แน่นอนเช่นกัน จึงแสดงให้เห็นว่าตัวบ่งชี้ด้าน จิตวิสัยไม่ได้เป็นสิ่งที่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตที่แท้จริงได้จากการศึกษาของเพอร์ลแมน และอัลแมน (Pearlman & Uhlman's 1988: 25-30)พบว่า การประเมินคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ อาจได้ผลการ ประเมินไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยประเมินด้วย ตนเอง

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตอย่างกว้างขวาง ชานจึง สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา โดยมีความ เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิต ซึ่งมีความต่อเนื่องและซับซ้อน นอกจากนี้ชานยังพบว่า ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ มีผลต่อการรับรู้ ความหมายของคุณภาพชีวิต ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตที่แท้จริงนั้น ไม่สามารถวัดได้ ด้วยการประเมินด้านจิตวิสัย หรือด้านจิตวิสัยเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ชานจึงได้เสนอ องค์ประกอบที่สำคัญที่จะนำมาใช้เป็นแนวทาง ในการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยไว้ 4

ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic Factors) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and Functioning)

องค์ประกอบด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)

ความพึงพอใจในชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิต (Ferrans & Powers 1985: 15-24) ความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ กล่าวคือถ้าบุคคลได้รับในสิ่งที่ปรารถนาก็จะเป็นความพึงพอใจในเชิงบวก แต่ถ้าสิ่งที่ได้รับนั้นต่ำกว่าสิ่งที่ปรารถนา ความพึงพอใจก็จะเป็นไปในเชิงลบ (Cantrill 1965 cited in Zhan 1992: 796) งานวิจัยบางเรื่องมีการใช้ "ความพึงพอใจ" และ "ความสุข" ในความหมายเดียวกันหรือใช้แทนกัน ซึ่งการใช้ความหมายแทนกันนั้นนำไปสู่ความสับสนและความไม่ชัดเจนของการประเมินการรับรู้ประสบการณ์ในชีวิตที่ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลได้ ดังนั้นงานจึงมีแนวคิดที่ว่า ความพึงพอใจในชีวิตและความสุขไม่สามารถใช้แทนกันได้ โดยงานสนับสนุนตามแนวคิดของแคมป์เบลล์ (Campbell 1976 cited in Zhan 1992: 796) ที่กล่าวว่า ความสุขเป็นความรู้สึกหรือเป็นผลกระทบทางอารมณ์ของประสบการณ์ในชีวิต แต่ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกที่มากกว่านั้น กล่าวคือ เป็นความรู้สึกที่ผ่านกระบวนการรับรู้ต่อความเป็นจริง หรือสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิต แต่ความพึงพอใจในชีวิตนั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้จากอิทธิพลและปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพพยาบาลจึงควรมีความเข้าใจและสนใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และให้มีความพึงพอใจในชีวิตตามความเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาบาลจำเป็นต้องเอาใจใส่และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์ประกอบด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept)

อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง ความเชื่อและความรู้สึกเหล่านี้ มีต้นกำเนิดมาจากการรับรู้จากปฏิกริยา และพฤติกรรมของบุคคลอื่น อัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล (Driever 1976 cited in Zhan 1992: 798) แอนดรู ลาซารัส และแมคครอว์ (Andrew 1976; Lazarus 1987; McCrae 1987 cited in Zhan 1992: 798) ได้กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ด้านบวกเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเผชิญต่อปัญหาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่ง เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามการประเมินอัตมโนทัศน์ต้องอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า บุคคลสามารถประเมินตนเองได้ อัตมโนทัศน์เป็นส่วนหนึ่งที่บอกถึงคุณภาพชีวิต ดังนั้นในการประเมินคุณภาพชีวิตควรที่จะประเมินอัตมโนทัศน์ของบุคคลด้วย

ชานกล่าวถึงฟิตส์ (Fitts 1965 cited in Zhan 1992: 798) ว่า เป็น ผู้สร้างเครื่องมือวัดอัตมโนทัศน์เทนเนสซี (Tennessee Self-Concept Scale) ซึ่ง สามารถวัดทั้งด้านทั่วไปและลักษณะเฉพาะของตนเอง และมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางในกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามชานได้เสนอแนะว่าควรมีเกณฑ์มาตรฐานในการวัดอัตมโนทัศน์ของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

องค์ประกอบด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and functioning)

จากการวิจัย มีการพบมากขึ้นเป็นลำดับว่า สุขภาพเป็นส่วนที่สำคัญยิ่งขององค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ยิ่งกว่านั้นกล่าวได้ว่า การมีสุขภาพที่ดีเปรียบเสมือนการประสบความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (Roff and Atherton 1989 cited in Zhan 1992:798) ถึงแม้ว่าภาวะสุขภาพจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต แต่ก็ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะให้คำจำกัดความหรือวัดสุขภาพ อย่างไรก็ตามทางพยาบาลมีผู้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพไว้ต่าง ๆ กัน เช่น จอห์นสัน (Johnson) ได้กล่าวถึงภาวะสุขภาพว่าหมายถึง

ความสมดุลของร่างกาย รอย (Roy) ให้ความหมายว่า เป็นการผสมผสานกันของสภาวะในร่างกาย โอเรม (Orem) ให้ความหมายในด้านความสัมพันธ์ของบทบาทหน้าที่และการดูแลตนเอง นิวแมน (Neuman 1986 cited in Zhan 1992: 798) ได้ให้ความหมายในด้านการตระหนักถึงการควบคุมตนเอง การเสริมพลังอำนาจ และความเข้าใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง ส่วน เมลลิส (Meleis) ได้ให้แนวคิดเมื่อกล่าวถึงภาวะสุขภาพว่า ต้องพิจารณาถึงอิทธิพลของสภาวะสิ่งแวดล้อม ชุมชน สังคม และการเมืองด้วย

ชานจึงกล่าวสรุปไว้ว่า ภาวะสุขภาพเป็นประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตได้ทั้งเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย การวัดภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกายไม่เพียงแต่เป็นการวัดอาการแสดงทางคลินิกเท่านั้น แต่ยังต้องวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคม

องค์ประกอบด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic factors)

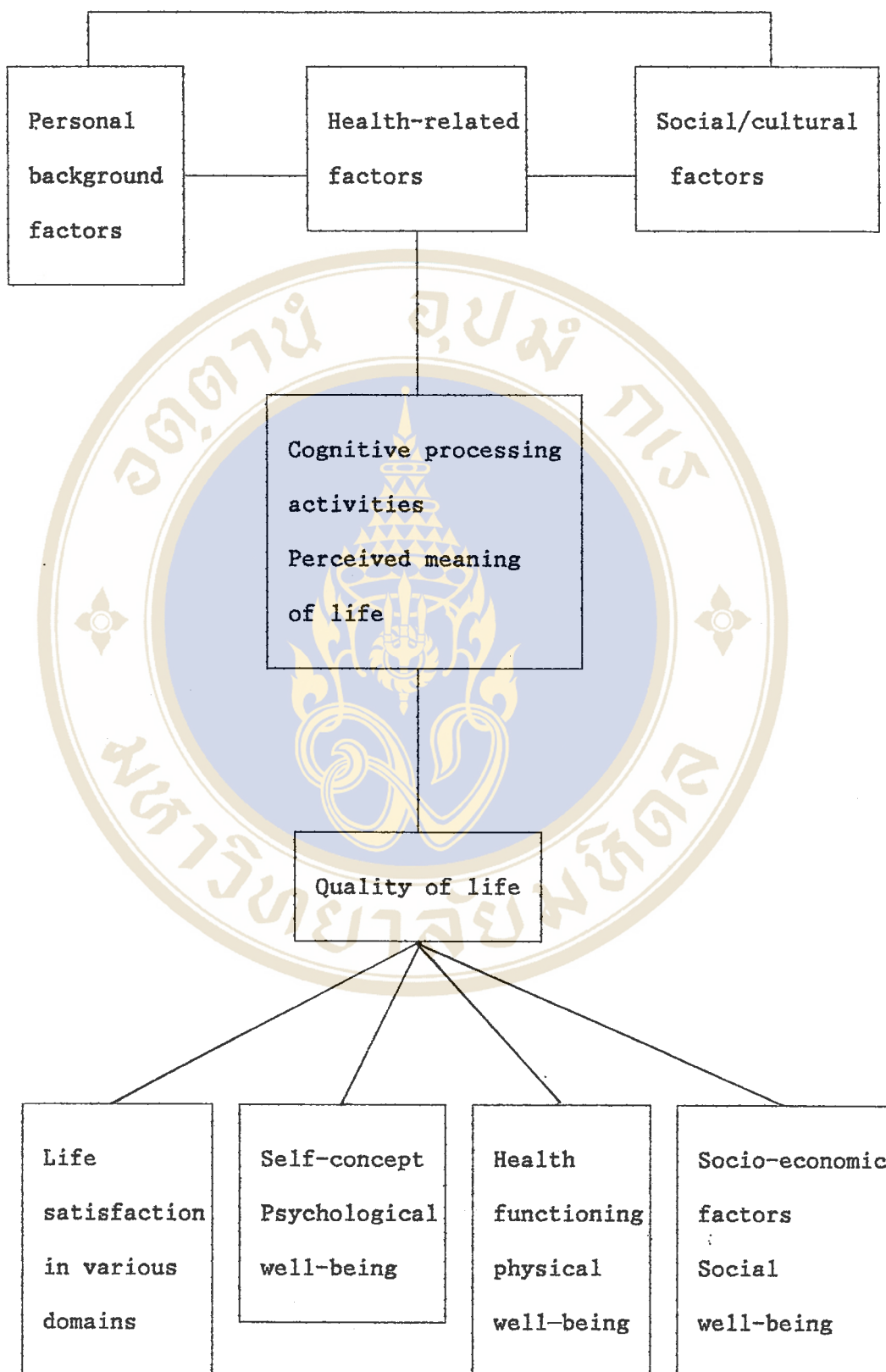
ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ ได้กล่าวถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินคุณภาพชีวิต (Miller 1970 cited in Zhan 1992:799) ซึ่งปัจจัยด้านนี้ อาจมีความเกี่ยวข้องกับความปกติสุขทางด้านจิตใจ ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนนโยบายด้านสังคมศาสตร์ทั่วไปจะมองสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจว่า เกี่ยวข้องกับแหล่งรายได้ของบุคคลเท่านั้น (US Department of Health Education and Welfare 1971 cited in Zhan 1992:799) ซึ่งสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคมว่าประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การประกอบอาชีพ การศึกษาและรายได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัยอันเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามความสมบูรณ์ของบุคคลเชิงวัตถุวิสัยสามารถนำมาประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยได้เช่นเดียวกับภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากการรับรู้ความเพียงพอของรายได้และความพอใจในแหล่งรายได้ ดังนั้นในการประเมินด้านสังคมและเศรษฐกิจจึงจำเป็นต้องประเมินทั้งเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย อย่างไรก็ตามตัวบ่งชี้ด้านสังคมและเศรษฐกิจยังเป็นปัญหา เมื่อนำมาประเมิน

ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นวัยเกษียณอายุ จึงควรมี การประเมินถึงอาชีพเดิมก่อนเกษียณ ส่วนการประเมินด้านการศึกษาต้องประเมินทั้งด้าน ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาด้วย ด้านการประเมินรายได้ในผู้สูงอายุไม่ ควรประเมินจากจำนวนรายได้ในแต่ละเดือนเท่านั้น แต่ควรประเมินความรู้สึกเพียงพอของ รายได้ด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น ขนานได้สรุปเป็นกรอบ แนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 กล่าวคือคุณภาพชีวิตเป็น ความรู้สึกนึกคิด หรือการรับรู้ที่เกิดขึ้นจากปัจจัยพื้นฐานด้านประชากร ด้านสุขภาพ และด้าน สังคมและเศรษฐกิจ สามารถประเมินได้ในเชิงจิตวิสัย โดยแบ่งออกเป็นองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้าน สุขภาพและการทำงานของร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยศึกษากรอบแนวคิดของขานและพิจารณาว่า น่าจะเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือด สมองหัวใจตีบได้เป็นอย่างดี เพื่อนำไปเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมองหัวใจตีบ

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคน ต้องการ แม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปในแต่ละ บุคคล ขึ้นกับปัจจัยบางประการ ในการศึกษาคั้งนี้ ปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาที่มีผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมองหัวใจตีบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย จากวรรณกรรมที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีลักษณะความสัมพันธ์ดังนี้



แบบรูปที่ 2 Conceptual model of quality of life

ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่

เพศ

เพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม โดยเฉพาะในสังคมไทย เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำในครอบครัว มีร่างกายที่แข็งแรง ส่วนเพศหญิง สังคมกำหนดบทบาทในการเป็นแม่บ้าน เป็นเพศที่อ่อนแอ แม้สภาพสังคมไทยในปัจจุบันจะเปลี่ยนแปลงไปบ้างในส่วนของสิทธิที่มีการเรียกร้องให้เพศหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกับเพศชาย แต่ในขณะที่เดียวกันเพศหญิงก็ให้ความเคารพในความเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย จึงทำให้เพศชายมองตนเองว่ามีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงยังมีความรู้สึกว่ามีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย รวมทั้งมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันมากกว่าเพศชาย (Hanton & Pickett 1984: 44) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทของเพศชาย ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันถูกจำกัด ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เกิดความรู้สึกไม่พอใจในตนเอง ส่วนในเพศหญิงการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง เช่นกัน แต่น้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบด้านต่าง ๆ และความคาดหวังจากสังคม น้อยกว่า (ทัศนีย์ จินางกูร 2530: 84) นอกจากนี้ยังเพศหญิงยังมีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้อื่นแม้ในยามเจ็บป่วย ไม่เพียงดูแลตนเองเท่านั้น แต่ยังต้องดูแลผู้อื่นด้วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ และมีผลการศึกษาวิจัยพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู 2532: ข, ประภา รัตนเมธานนท์ 2532: ข)

อายุ

ผู้สูงอายุอาจจัดกลุ่มตามระดับอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60-74 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (Yuric et al. 1980) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง (Hanton & Pickett 1984: 443-434) การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อ

ครอบครัวหรือสังคม ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำลงได้ และเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแล้ว ยิ่งต้องการการดูแลจากคนใกล้ชิดมากขึ้น จากการศึกษาของ ลาร์สัน (Larson 1978:113-114) ทราน, ชัตเตอร์และไรท์ (Tran, Chatter & Wright 1991: 100) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปกติสุขของผู้สูงอายุ การมีอายุมากขึ้น ความเสื่อมถอยของร่างกายย่อมเพิ่มขึ้น ความแข็งแรงของร่างกาย ถดถอยลง การช่วยเหลือตนเองและการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตย่อมลดลงด้วย ดังที่ Edwards and Klemmack อ้างจาก ปราโมทย์ วัจสะอาด (สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์, วรณี สัตยวิวัฒน์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ 2538: 93) ได้ศึกษาพบว่า อายุของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต

สถานภาพสมรส

ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วย จะทำให้ผู้สูงอายุมีคู่คิดมีเพื่อนแท้ที่คบได้อย่างสนิทใจ ไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยว การมีคู่ชีวิตจะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางอารมณ์มีคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจ ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Eaton 1987, Thoists 1982, Warheit 1979 cited in Somchit hanucharunkul 1988: 16) และจากการศึกษาของ สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์, วรณี สัตยวิวัฒน์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ (2538: 93) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสดีมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเสีย หย่า หม้าย แยกกันอยู่ แต่ก็มีการศึกษาที่ให้ผลตรงข้ามกัน คือ พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (ประภา รัตนเมธานนท์ 2532: 87-88, ลัดดาวัลย์ สิงค์คำฟู 2532: ข)

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความ

เข้าใจเกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคล สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่าง
เหมาะสมและมีคุณภาพ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปัจ 2525: 106) การศึกษา
เป็นส่วนหนึ่ง ที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคลผู้ที่มีการศึกษาดีจะเข้าใจปัญหาและวิธีการ
ปฏิบัติตัว เมื่อเป็นโรคได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภา
รัตน์เมธานนท์ (2532: 88) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาสูง จะมี
คุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ และจากการศึกษาของ สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์,
วรรณิ สัตยวิวัฒน์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ (2538: 93) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์
ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดี
กว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ คล้ายกับการศึกษาของจอห์นสันและคณะ (Johnson, et al.
1986: 29-34) ซึ่งได้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของชาวอเมริกาผิวดำสูงอายุที่ยากจน
และอยู่ในเขตเมือง พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต

รายได้

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่าง
ต่อเนื่อง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคไปจนตลอดชีวิต ย่อมมีผลกระทบต่อภาวะ
เศรษฐกิจการเงินของครอบครัว ประกอบกับผู้สูงอายุไม่สามารถหารายได้ด้วยตนเอง ทำ
ให้ต้องพึ่งพาบุตรหลานในการเสียค่าใช้จ่าย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความทุกข์ กังวล
คิดว่าตนเองเป็นภาระและเป็นบุคคลไร้ค่ามากยิ่งขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ปลดเกษียณจากการ
รับราชการ ยังคงมีเงินบำนาญช่วยเหลือทุกเดือน และค่ารักษาพยาบาลบางส่วนสามารถ
เบิกได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่สูงด้วย รายได้เป็นปัจจัยที่
สำคัญต่อการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันที่สนองตอบความต้องการด้านต่าง ๆ ได้แก่
บ้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง การซื้อหาอุปกรณ์
อำนวยความสะดวกและความสุขของตน นอกจากนี้รายไดยังเป็นปัจจัยที่จำเป็นของผู้สูงอายุ
ในการทำกิจกรรม การมีงานอดิเรก และการใช้เวลาว่าง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความ
พึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ เขมิกา ยามะรัต (2527: 29) พบว่ารายได้อาจ
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่

ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติการเป็นโรคนาน ระดับการควบคุมตนเองและคุณภาพชีวิตจะยิ่งต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหัวใจ การเจ็บป่วยนาน ๆ อาจทำให้ระดับสมรรถภาพของหัวใจและร่างกายทรุดโทรมลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปกติสุขของผู้ป่วยได้ แต่จากการศึกษาของคอปท์เคท (Kotket 1982: 60-62) กล่าวว่าระยะเวลาที่นานขึ้นจะช่วยทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดี ด้วยเหตุผลที่ระยะเวลาที่ยาวนานจะช่วยทำให้บุคคลเรียนรู้และยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดี และจากการศึกษาของ ประภา รัตนเมธาพันธ์ (2532: 92-94) พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยอาจแสดงว่ามีความรุนแรงของโรคมาก จนทำให้ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและร่างกายทรุดโทรมลง หรืออาจแสดงว่า ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมดูแลตนเองท่ามกลางความเจ็บป่วยได้ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล ทั้งในเรื่องโรคของตนเอง ค่าใช้จ่ายในการรักษาและเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจจะลดลง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้โดยสมบูรณ์ดังเช่นปกติ เมื่อผู้สูงอายุออกกำลัง

หรือทำงานมากเกินไปจะเกิดอาการเหนื่อยหอบ ผู้สูงอายุจึงต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามขีดความสามารถของหัวใจ นอกจากอาการเหนื่อยหอบที่เกิดจากระดับสมรรถภาพของหัวใจลดลงจะสร้างความทุกข์กังวลให้กับผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายวยังได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการออกซิเจนของเซลล์และปริมาณออกซิเจนจากเลือดที่เลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ โดยเป็นผลจากหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแต่ละครั้ง จะเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือเกิดขึ้นหลังการทำกิจกรรมบางอย่าง และบางครั้งอาจรุนแรงมากจนผู้สูงอายุทนไม่ได้และหวาดกลัวว่าจะทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ ทั้งอาการเหนื่อยหอบและอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ไม่กล้าทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะรุนแรงมากขึ้นเพียงใดขึ้นกับความรุนแรงของโรค สมรรถภาพของหัวใจและความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเอง ระดับสมรรถภาพของหัวใจที่ลดลงและการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่อย่างทุกข์ทรมาน เปื่อหน่าย เพราะต้องดำเนินชีวิตอยู่กับการที่ต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและสังคม สันทนาการ หรือแม้กระทั่งกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ทำให้มีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่าและไม่มีความสุขในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับความคิดของ เทย์เลอร์ (Taylor 1987: 234) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเสียไปเนื่องจากการไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดังปกติ และจากการศึกษาของ ประภารัตน์เมธานนท์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดี

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่เรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาไปตลอดชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดกับผู้สูงอายุ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับปรัชญาทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย บุคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีความสำคัญในการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพล หรือส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการหายุทธวิธีพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งมาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรม ตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลราชวิถี

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) จำนวน 120 ราย จากประชากรดังกล่าว ในการหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรเพื่อการวิเคราะห์การถดถอย (Biddle & Marlin 1987: 10) โดยมีสูตรดังนี้

$$N \geq 10(\text{จำนวนตัวแปรอิสระ} + 2)$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่
- ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา และสถานภาพในครอบครัว
- ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การผ่าตัดที่ได้รับ(การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง หรือการทาทางเบี่ยงเส้นเลือดแดงโคโรนารี)

โรคประจำตัวและ/หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย การประเมินใช้เครื่องมือประเมินที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายซึ่งสร้างโดย ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ซึ่งใช้วัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เครื่องมือประเมินความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อความ 8 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1-8 ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงาน 1 Met จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 3,7 กิจกรรมที่ต้องใช้พลังงาน 2-3 Met จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1,6 กิจกรรมที่ต้องใช้พลังงาน 4-5 Met จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 2,8 และกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงาน 6-9 Met จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 4,5 ข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1,2,4,5,6,7,8 ข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 3

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นอย่างสม่ำเสมอ คือ ประมาณ 6-7 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นส่วนาใหญ่ คือ ประมาณ 4-5 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นส่วนน้อย คือ ประมาณ 1-3 วัน/สัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวกให้คะแนนดังนี้	ข้อความที่มีความหมายทางลบให้คะแนนดังนี้
ปฏิบัติทุกครั้ง 1 ข้อ 0 คะแนน	ปฏิบัติทุกครั้ง 1 ข้อ 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง 1 ข้อ 1 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง 1 ข้อ 2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 1 ข้อ 2 คะแนน	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 1 ข้อ 1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย 1 ข้อ 3 คะแนน	ไม่ปฏิบัติเลย 1 ข้อ 0 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนน 0-5 คะแนน แสดงว่า มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อย

ผู้ที่ได้คะแนน 6-12 คะแนน แสดงว่า มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายปานกลาง

ผู้ที่ได้คะแนน 13-18 คะแนน แสดงว่ามีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมาก

ผู้ที่ได้คะแนน 19-24 คะแนน แสดงว่ามีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมากที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต เป็นแบบสัมภาษณ์ที่รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์และคณะสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดของชาน ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ มาเป็นแนวทางการสร้างแบบสัมภาษณ์ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ดังนี้

ด้านที่ 1 ความพึงพอใจในชีวิต จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-10 ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รับรู้เกี่ยวกับ ความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1,2,3 การรักษาพยาบาล 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4,5 การดำเนินชีวิต 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 6,7 ความสำเร็จในชีวิต 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8,9,10

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1,2,4,5,7,8,9,10

ข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3,6

ด้านที่ 2 อัตรานวัตกรรม จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 11-20 ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่องสภาพร่างกาย 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 11,12 บุคลิกภาพ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 13,14 คุณค่าในตนเอง 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 15,16,17,18 ความเชื่อและการยึดมั่นในศาสนา 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 19,20

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 11,15,16,17,19,20

ข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 12,13,14,18

ด้านที่ 3 สุขภาพและการทำงานของร่างกาย จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 21-30 ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รับรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 21,22, ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 23,24 การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 25,26,27 การออกกำลังกาย 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 28 เพศสัมพันธ์ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 29 และสิ่งที่ทำเป็นประจำ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 30

ข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 23, 25, 26, 28, 30

ข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 21, 22, 24, 27, 29

ด้านที่ 4 สังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 31-40 ประกอบด้วย
 ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รับรู้เกี่ยวกับ
 สัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อน 4 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 31, 32, 33, 34 กิจกรรมทางสังคม 1
 ข้อได้แก่ข้อที่ 35 การศึกษา 1 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 36 การประกอบอาชีพ 1 ข้อ ได้แก่ข้อที่
 37 รายได้ 3 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 38, 39, 40

ข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 31, 32, 34, 35, 36, 38, 39

ข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 33, 37, 40

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างทุกประการ
 มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนใหญ่
 ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงและไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน
 น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนน้อย
 ไม่มีเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเลย
 หมายเหตุ หมายถึง รายละเอียดเพิ่มเติมจากการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง
 เกณฑ์การให้คะแนนมี ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวกให้คะแนนดังนี้ ข้อความที่มีความหมายทางลบให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้ 4 คะแนน	มากที่สุด	ให้ 0 คะแนน
มาก	ให้ 3 คะแนน	มาก	ให้ 1 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 2 คะแนน	ปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
น้อย	ให้ 1 คะแนน	น้อย	ให้ 3 คะแนน
ไม่มีเลย	ให้ 0 คะแนน	ไม่มีเลย	ให้ 4 คะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระหว่าง 0-160 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่ดี

ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดี

การให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยประเมินค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้กับเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	0-59	หมายถึง	มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่ดี
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	60-99	หมายถึง	มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมปานกลาง
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	100-160	หมายถึง	มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดี

คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตรายด้านไม่ดี

ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตรายด้านดี

การให้คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน โดยประเมินค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้กับเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	0-14	หมายถึง	มีระดับคุณภาพชีวิตรายด้านไม่ดี
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	15-24	หมายถึง	มีระดับคุณภาพชีวิตรายด้านปานกลาง
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	25-40	หมายถึง	มีระดับคุณภาพชีวิตรายด้านดี

คะแนนคุณภาพชีวิตรายข้ออยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้สึกพอใจรายข้อในระดับน้อย

ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้สึกพอใจรายข้อในระดับมาก

การให้คะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ โดยประเมินค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้กับเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	0-1.4	หมายถึง	มีความรู้สึกพอใจรายข้อในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	1.5-2.4	หมายถึง	มีความรู้สึกพอใจรายข้อในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	2.5-4.0	หมายถึง	มีความรู้สึกพอใจรายข้อในระดับมาก

ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

เป็นการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ความหมายของคุณภาพชีวิต

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพื่อใช้ข้อมูลประกอบการอภิปรายผล

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพและแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความชัดเจนและความครอบคลุมในเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดประกอบด้วย

แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านอายุรกรรมระบบหัวใจและหลอดเลือด	1	ท่าน
อาจารย์ภาควิชาสังคมศาสตร์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านคุณภาพชีวิต	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านคุณภาพชีวิต	4	ท่าน

1.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือประเมินความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความชัดเจนและความครอบคลุมในเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดประกอบด้วย

แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านอายุรกรรมระบบหัวใจและหลอดเลือด	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลอายุรกรรมระบบหัวใจและหลอดเลือด	2	ท่าน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมถูกต้องตามคำแนะนำอีกครั้งหนึ่ง

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตและเครื่องมือประเมินความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่จะทำการศึกษาจำนวน 20 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากสูตร (ยูวดี ฤาชา และคณะ 2537:127-129)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

α	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
n	หมายถึง	จำนวนข้อทั้งหมดของแบบวัด
$\sum s_i^2$	หมายถึง	ผลรวมของความแปรปรวนของแต่ละข้อ
s_t^2	หมายถึง	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต	=	0.88
ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือประเมินความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย	=	0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งใช้ระยะเวลา 3 เดือน คือเดือนธันวาคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ตามวันและเวลาดังนี้

โรงพยาบาลศิริราช	ทุกวันศุกร์	เวลา	13.00-16.00 น.
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	ทุกวันอังคาร	เวลา	13.00-16.00 น.
โรงพยาบาลราชวิถี	ทุกวันจันทร์	เวลา	13.00-16.00 น.
	และวันศุกร์	เวลา	09.00-12.00 น.

ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและหัวหน้าคลินิกโรคหัวใจเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษารายงานประวัติของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และได้รับการสัมภาษณ์โดยตรงจากผู้วิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบขณะที่รอรับการตรวจหรือหลังจากรับการตรวจจากแพทย์แล้ว โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเอง อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของ

การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ คำตอบหรือข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ซึ่งในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลาถ้าผู้สูงอายุต้องการยุติการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยยินยอมยุติการสัมภาษณ์ตามความต้องการของผู้สูงอายุ และยกเลิกการเก็บข้อมูลในรายนั้น

3. เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ตามแบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เครื่องมือประเมินความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายและแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตตามลำดับ โดยก่อนสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ให้เข้าใจอย่างละเอียด โดยอ่านคำถามรวมทั้งคำตอบแบบสัมภาษณ์ทีละข้อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบฟังและบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์

4. เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS/PC⁺ (Statistical package for the social science / Personal computeure plus) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา และสถานภาพในครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การผ่าตัด โรคประจำตัวและ/หรือภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย

2. คำนวณหาช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้านและรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่างแล้วประเมินค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้กับเกณฑ์

3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test)

4. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยทั้ง 8 ประการ ซึ่งเป็นตัวทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งเป็นตัวเกณฑ์และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณที่ได้ โดยการทดสอบค่าเอฟส่วนรวม (overall F test) ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทดสอบการถดถอย (b) ของปัจจัยแต่ละประการ โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test)

5. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวทำนายทั้งหมดกับตัวเกณฑ์ในสมการถดถอย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

เนื่องจากข้อตกลงเบื้องต้นในการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ กำหนดไว้ว่าตัวแปรที่จะนำมาคำนวณต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาคชั้น (interval scales) ขึ้นไป ดังนั้นการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (nominal scales) เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ 2537: 25)

เพศ	กำหนดให้	เพศชาย	1	เพศหญิง	0
สถานภาพสมรส	กำหนดให้	โสด หม้าย หย่า แยก	1	คู่	0

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งมาติดตามรับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 ราย ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตรายด้านและคุณภาพชีวิตรายข้อ
3. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายกับคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวทำนายได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ นำเสนอเป็นค่าร้อยละดังแสดงในตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา และสถานภาพในครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 120)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	63	52.5
หญิง	57	47.5
อายุ		
ตั้งแต่ 60-74 ปี	94	78.3
มากกว่า 75 ปีขึ้นไป	26	21.7
สถานภาพสมรส		
คู่	78	65.0
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	42	35.0
ศาสนา		
พุทธ	114	95.0
คริสต์	4	3.3
อิสลาม	2	1.7
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	48	40.0
สมาชิกในครอบครัว	72	60.0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.5 และมีอายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 78.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95 สถานภาพในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 60

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา และการประกอบอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 120)	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	84	70.0
ขยาย	36	30.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	1.7
ประถมศึกษา	68	56.7
มัธยมศึกษา	29	24.2
ปวช. หรือ อนุปริญญา	3	2.5
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	18	15.0
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	105	87.5
ประกอบอาชีพ	15	12.5
* เกษตรกรรม	1	-
* ค้าขาย	6	-
* รับจ้าง	5	-
* ธุรกิจส่วนตัว	3	-

* ไม่คิดร้อยละเนื่องจากมีจำนวน (N) ไม่ถึง 30

จากตารางที่ 2 พบว่า ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 70 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.7 และการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 87.5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 120)	ร้อยละ
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
≤ 2000	39	32.5
2001 - 4000	25	20.8
4001 - 6000	10	8.3
6001 - 8000	5	4.2
> 8000	41	34.2
แหล่งรายได้		
บ้านญาติ	31	25.8
การประกอบอาชีพของตนเอง	17	14.2
บุตร-หลาน	81	67.5
คู่สมรส	4	3.3
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย		
เพียงพอ	110	91.7
ไม่เพียงพอ	10	8.3
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
จ่ายเองจากเงินออม	8	6.7
จ่ายเองจากเงินที่กู้ยืมมา	2	1.7
มีผู้อื่นจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้	17	14.2
เบิกจากต้นสังกัด	61	50.8
รักษาฟรีจากสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล	36	30.0
ประกันสังคม	1	0.8

จากตารางที่ 3 ในการศึกษาเกี่ยวกับรายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของ รายได้กับรายจ่าย และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล พบว่ามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 34.2 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ได้จากบุตร-หลานคิดเป็นร้อยละ 67.5 ซึ่งรายได้ทั้งหมดเพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 91.7 และค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เบิกได้จากต้นสังกัด คิดเป็นร้อยละ 50.8

ในการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล การผ่าตัด โรคประจำตัวและ/หรือภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรง ของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ ในช่วง 12-60 เดือน คิดเป็นร้อยละ 61.7 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลน้อยกว่า 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 57.5 ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 90 มีโรคประจำตัวและ/หรือภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 50.8 และ ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.8 ดังแสดง ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วยจำนวน ครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การผ่าตัด โรคประจำตัวและ/ หรือภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 120)	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 12 เดือน	20	16.7
ตั้งแต่ 12 - 60 เดือน	74	61.7
มากกว่า 60 เดือนขึ้นไป	26	21.7
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล		
น้อยกว่า 5 ครั้ง	69	57.5
ตั้งแต่ 5-10 ครั้ง	5	4.2
มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป	46	38.3
การผ่าตัด		
ไม่ได้ผ่าตัด	108	90.0
ผ่าตัด	12	10.0
*การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง	8	-
*การทำทางเบี่ยงเส้นเลือดแดงโคโรนารี	4	-
โรคประจำตัวและ/หรือภาวะแทรกซ้อน		
ไม่มี	59	49.2
มี	61	50.8
ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย		
น้อย	35	29.2
ปานกลาง	43	35.8
มาก	30	25.0
มากที่สุด	12	10.0

* ไม่คิดร้อยละเนื่องจากมีจำนวน (N) ไม่ถึง 30

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตรายด้าน และคุณภาพชีวิตรายข้อ ดังแสดงในตารางที่ 5-9

ตารางที่ 5 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิต รายด้านและโดยรวม

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		\bar{X}	S.D.	การแปลผล
	แบบสัมภาษณ์	กลุ่มตัวอย่าง			
คุณภาพชีวิตรายด้าน					
ความพึงพอใจในชีวิต	0-40	11-37	26	4.37	ดี
อัตมโนทัศน์	0-40	18-34	27	3.88	ดี
สุขภาพและการทำงานของร่างกาย	0-40	16-35	26	4.03	ดี
สังคมและเศรษฐกิจ	0-40	10-33	24	4.17	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-160	55-139	103	16.45	ดี

จากตารางที่ 5 พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี โดยคุณภาพชีวิตรายด้านได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำงานของร่างกาย อยู่ในระดับดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสังคมและ เศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อด้าน
ความพึงพอใจในชีวิต

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านความพึงพอใจในชีวิต			
พอใจกับสภาพที่อยู่อาศัย	2.7	0.63	มาก
พอใจกับสิ่งอำนวยความสะดวก	2.7	0.59	มาก
เกิดอันตรายต่อชีวิตจากโรคที่เป็นอยู่	2.1	1.01	ปานกลาง
พอใจกับการรักษาที่ได้รับ	2.9	0.45	มาก
อาการเจ็บป่วยดีขึ้นจากการรักษา	2.4	0.71	ปานกลาง
มีความสุขแม้เ็นยามเจ็บป่วย	3.2	0.62	มาก
พอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	2.8	0.56	มาก
ได้รับสิ่งต่าง ๆ ตามที่คาดหวัง	2.5	0.61	ปานกลาง
ประสบความสำเร็จในชีวิต	2.3	0.66	ปานกลาง
พอใจกับความสำเร็จในชีวิต	2.6	0.64	มาก

จากตารางที่ 6 พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านความพึงพอใจในชีวิต รายข้อในเรื่องต่าง ๆ มีความพึงพอใจมาก ยกเว้นมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางในเรื่องโรคที่เป็นอยู่ทำให้ชีวิตเกิดอันตราย การรักษาทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น การได้รับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตตามที่คาดหวังและการประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อด้าน
อัตมโนทัศน์

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านอัตมโนทัศน์			
ยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่	2.8	0.41	มาก
สบายใจที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	2.5	1.09	มาก
เป็นคนต่อสู้ต่ออุปสรรค	3.7	0.78	มาก
อารมณ์ไม่เปลี่ยนแปลงแม้เจ็บป่วย	3.4	0.64	มาก
มีความภูมิใจในตนเอง	2.4	0.60	ปานกลาง
เป็นคนสำคัญของครอบครัว	2.4	0.59	ปานกลาง
รู้สึกตนเองยังโชคดีกว่าคนอื่น	2.3	0.71	ปานกลาง
เป็นการระของครอบครัว	2.5	1.12	มาก
คิดว่าสิ่งยึดเหนี่ยวทางศาสนา			
ทำให้จิตใจดีขึ้น	2.9	0.51	มาก
คิดว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทำให้อาการดีขึ้น	2.2	1.02	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านอัตมโนทัศน์รายข้อ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ยกเว้นอยู่ในระดับปานกลางในเรื่องความภูมิใจในตนเอง การเป็นคนสำคัญของครอบครัว ตนเองยังโชคดีกว่าคนอื่น และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทำให้อาการดีขึ้น

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อด้าน สุขภาพและการทำงานของร่างกาย

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย			
วิตกกังวล เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	2.1	0.88	ปานกลาง
เป็นปกติสุข เจ็บป่วย	3.3	0.85	มาก
สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	2.9	0.42	มาก
นอนหลับพักผ่อนได้ เพียงพอ	2.9	0.85	มาก
ดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรค	2.6	0.58	มาก
สามารถไปทำธุระนอกบ้านได้	2.2	0.90	ปานกลาง
พอใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา	3.7	0.64	มาก
สามารถออกกำลังกายได้	0.9	1.15	น้อย
พอใจในเรื่องเพศสัมพันธ์	3.9	0.25	มาก
สามารถทำสิ่งที่ทำเป็นประจำได้	2.2	0.87	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายในเรื่องต่าง ๆ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ยกเว้นเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วย ความสามารถไปทำธุระนอกบ้านได้ และความสามารถในการทำสิ่งที่ทำเป็นประจำอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความสามารถในการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อด้านสังคม และ เศรษฐกิจ

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ			
ได้รับการเอาใจใส่ในการพามาตรวจ	2.3	0.93	ปานกลาง
ได้รับการดูแลอย่างดีจากครอบครัว	2.7	0.62	มาก
ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวได้	2.2	1.07	ปานกลาง
พบปะสังสรรค์กับเพื่อนได้	1.5	1.04	ปานกลาง
ทำกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่นได้	1.3	1.08	น้อย
เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน	2.4	0.63	ปานกลาง
สามารถประกอบอาชีพได้แม้เจ็บป่วย	3.1	1.21	มาก
พอใจกับทรัพย์สินสิ่งของที่ได้รับ	2.7	0.58	มาก
มีผู้ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเรื่องเงิน	1.9	0.85	ปานกลาง
สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้	3.6	0.75	มาก

จากตารางที่ 9 พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านสังคมและเศรษฐกิจ รายข้อส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางและมาก ในจำนวนรายข้อใกล้เคียงกัน ในเรื่องสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลเป็นอย่างดี สามารถประกอบอาชีพได้แม้เจ็บป่วย พึงพอใจกับทรัพย์สินสิ่งของที่ได้รับ และสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ส่วนความสามารถทำ กิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่นมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคม และเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยวิธีคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พร้อมทั้งทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยทดสอบค่าที่ (t-test) ดังแสดงในตารางที่ 10-14

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยด้านประชากร	
เพศ	.263**
อายุ	-.350***
สถานภาพสมรส	-.307***
ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ	
ระดับการศึกษา	.475***
รายได้	.554***
ปัจจัยด้านสุขภาพ	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.201*
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	-.285**
ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย	-.603***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

จากตารางที่ 10 พบว่า เพศ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .001, .001 ตามลำดับ ส่วนอายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .001, .05, .01, .001 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยด้านประชากร	
เพศ	.280**
อายุ	-.179
สถานภาพสมรส	-.269**
ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ	
ระดับการศึกษา	.4821***
รายได้	.549 ***
ปัจจัยด้านสุขภาพ	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.833
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	-.277*
ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย	-.4225***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

จากตารางที่ 11 พบว่า เพศ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .001 และ .001 ตามลำดับ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .05 และ .001 ตามลำดับ ส่วน อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$).

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยด้านประชากร	
เพศ	.203*
อายุ	-.352***
สถานภาพสมรส	-.324***
ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ	
ระดับการศึกษา	.375***
รายได้	.486***
ปัจจัยด้านสุขภาพ	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.218*
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	-.218*
ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย	-.442***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

จากตารางที่ 12 พบว่า เพศ ระดับการศึกษา รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .001 และ .001 ตามลำดับ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .001, .05, .05 และ .001 ตามลำดับ

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยด้านประชากร	
เพศ	.361***
อายุ	-.474***
สถานภาพสมรส	-.346***
ปัจจัยด้านสังคมและ เศรษฐกิจ	
ระดับการศึกษา	.419***
รายได้	.445***
ปัจจัยด้านสุขภาพ	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.301**
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	-.393***
ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย	-.710***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

จากตารางที่ 13 พบว่า เพศ ระดับการศึกษา รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .001, .01, .001 และ .001

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยด้านประชากร	
เพศ	.108
อายุ	-.216*
สถานภาพสมรส	-.125
ปัจจัยด้านสังคมและ เศรษฐกิจ	
ระดับการศึกษา	.353***
รายได้	.423***
ปัจจัยด้านสุขภาพ	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.101
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	-.148
ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย	-.505***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

จากตารางที่ 14 พบว่า อายุ ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวทำนายได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ดังแสดงในตารางที่ 15-16

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย แสดงในรูปเมตริกสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1 เพศ	-						
2 อายุ	-.242***	-					
3 สถานภาพสมรส	-.386***	.447***	-				
4 ระดับการศึกษา	.492***	-.257***	-.329***	-			
5 รายได้	.464***	-.252**	-.383***	.721***	-		
6 ระยะเวลา	-.084	.294***	.177*	.045	.067	-	
7 จำนวนครั้ง	-.051	.306***	.197*	-.008	-.043	.364***	-
8 ความรุนแรง	-.453***	.484***	.353***	-.388***	-.325***	.212*	.380***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

จากตารางที่ 15 พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนายพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษาและรายได้ ($p < .001$ และ $.01$ ตามลำดับ) อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ($p < .001$) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย

($p < .05$, $.05$ และ $.001$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ($p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ ($p < .001$) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ($p < .001$)

ในการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตพบว่า ตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับการเลือกเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากที่สุดคือ ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 36.35 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายทีละตัวเข้าไปในแต่ละขั้นตอนของการวิเคราะห์ โดยเลือกเฉพาะตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ตัวทำนายที่ได้รับการเลือกเข้าไปพิจารณารายในขั้นที่ 2 คือ รายได้ ปรากฏว่า สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50.68 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากนั้นเพิ่มตัวทำนายเข้าไปในขั้นที่ 3 ซึ่งตัวที่ได้รับการเลือกคือ เพศ พบว่า สามารถทำนายคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53.40 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเพิ่มตัวทำนายเข้าไปในขั้นที่ 4 ซึ่งตัวที่ได้รับการเลือกคือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า สามารถทำนายคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55.35 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ต่อจากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นต่อไป ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายไม่มีนัยสำคัญ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อหาตัวทำนายคุณภาพชีวิตจึงยุติลง ณ ขั้นที่ 4 นั่นคือ เมื่อพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ทั้ง 8 ปัจจัยแล้ว ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุดคือ ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย รายได้ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายชุดนี้กับคุณภาพชีวิต เป็นสัดส่วนกันโดยตรงซึ่งมีผลให้ เมื่อค่าคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ค่าของความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย รายได้ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วยจะเพิ่มขึ้นด้วย สำหรับปัจจัยอื่น ๆ อีก 4 ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้นั้น อาจเนื่องมาจากปัจจัยเหล่านั้นมีความสัมพันธ์ภายในต่อกัน ทำให้มีผลต่อตัวเกณฑ์คือคุณภาพชีวิตอีกต่อหนึ่ง และเมื่อนำเข้ามาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณอาจทำให้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผลการศึกษายกย่องการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณจึงสรุปได้ว่า ชุดตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย รายได้ เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 55.35 และสัมประสิทธิ์ถดถอยของค่าคงที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวทำนายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ขั้นที่	ตัวทำนาย	Multiple R	R ²	R ² change	F change	b	Beta	t
1	ความรุนแรงฯ	.6029	.3635	.363	67.381***	-8.868	-.603	-8.209***
2	ความรุนแรงฯ					-6.953	-.473	-6.885***
	รายได้	.7119	.5086	.143	33.988***	9.587	.400	5.830***
3	ความรุนแรงฯ					-7.944	-.540	-7.516***
	รายได้					1.127	.471	6.512***
	เพศ	.7307	.5340	.027	6.768***	-5.627	-.199	-2.602*
4	ความรุนแรงฯ					-7.426	-.505	-6.977***
	รายได้					1.187	.495	6.89***
	เพศ					-5.846	-.207	-2.747**
	ระยะเวลาฯ	.7440	.5535	.019	5.026***	-.047	-.144	-2.242*
Constant (a) = 117.332					Overall F = 35.635***			

* p<.05 , ** p<.01 , *** p<.001

ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากคำถามปลายเปิด (ภาคผนวก ค) ในเรื่อง การเข้าใจความหมายของคุณภาพชีวิต ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อคุณภาพชีวิต และระดับคุณภาพชีวิตในปัจจุบัน ซึ่งมีผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการตอบคำถามทั้งหมด 120 ราย ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยดังนี้

1. การเข้าใจความหมายของคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1.1 การมีครอบครัวที่ดี จำนวน 50 ราย ประกอบด้วย

- บุตร-หลานเป็นคนดี ไม่ทำในสิ่งที่ผิดกฎหมาย จำนวน 19 ราย
- ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กันดี ไม่ทะเลาะกัน จำนวน 14 ราย
- คนในครอบครัวมีงานทำทุกคน จำนวน 7 ราย
- มีคนคอยเอาใจใส่ดูแล จำนวน 7 ราย
- คนในครอบครัวประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน จำนวน 3 ราย
- สามารถดูแลครอบครัวได้ในฐานะเป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 1 ราย

1.2 การมีสุขภาพที่ดี จำนวน 41 ราย ประกอบด้วย

- ไม่เจ็บป่วยเป็นโรคใด ๆ จำนวน 24 ราย
- สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จำนวน 16 ราย
- เมื่อยามเจ็บป่วยได้รับการรักษาอย่างดี จำนวน 1 ราย

1.3 การมีฐานะเศรษฐกิจที่ดี จำนวน 30 ราย ประกอบด้วย

- มีเงินใช้จ่ายอย่างเพียงพอ จำนวน 18 ราย
- สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ จำนวน 5 ราย
- มีปัจจัย 4 คือ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม อาหาร ยารักษาโรค จำนวน 2 ราย
- ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน จำนวน 2 ราย
- มีเงินออม จำนวน 1 ราย

- 1.4 การศึกษาระดม จำนวน 8 ราย ประกอบด้วย
- มีจิตใจสงบ ไม่กังวลเรื่องใด จำนวน 8 ราย
2. ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อคุณภาพชีวิต
- 2.1 มีผลกระทบ จำนวน 68 ราย จากสาเหตุดังนี้
- ต้องเป็นการอยู่กับคนในครอบครัว จำนวน 18 ราย
 - มีความกังวลเรื่องการเจ็บป่วย จำนวน 12 ราย
 - ต้องระมัดระวังตนเองตลอดเวลา จำนวน 12 ราย
 - ต้องมารับการตรวจรักษาบ่อยครั้ง จำนวน 8 ราย
 - ต้องใช้เงินจำนวนมากในการรักษา จำนวน 8 ราย
 - ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน 5 ราย
 - ต้องยืมเงินจากผู้อื่นเพื่อมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล จำนวน 5 ราย
- 2.2 ไม่มีผลกระทบ จำนวน 59 ราย จากสาเหตุดังนี้
- บุตร-หลาน เป็นคนดี จำนวน 13 ราย
 - ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กันดี มีความสุขทุกคน จำนวน 12 ราย
 - บุตร-หลานให้การดูแลดี จำนวน 9 ราย
 - บุตร-หลานมีงานทำกันทุกคน จำนวน 6 ราย
 - มีเงินใช้จ่ายอย่างเพียงพอ จำนวน 6 ราย
 - สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จำนวน 6 ราย
 - พระธรรมช่วยให้อุบัติเจตนาดีขึ้น จำนวน 2 ราย
 - คิดว่าตนเองประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานแล้ว จำนวน 2 ราย
 - มีสิ่งอำนวยความสะดวกทุกอย่าง จำนวน 1 ราย
3. ระดับคุณภาพชีวิตในปัจจุบัน ผู้สูงอายุประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองดังนี้
- มีระดับคุณภาพชีวิตดี จำนวน 28 ราย
 - มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน 81 ราย
 - มีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน 10 ราย

การอภิปรายผล

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งมาติดตามรับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 ราย ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .263, p < .01$) อายุและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.350, r = -.307, p < .001, p < .001$ ตามลำดับ)

เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01, p < .05, p < .001$ ตามลำดับ) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีคุณภาพชีวิตดี ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตไม่ดีนั้น อาจเนื่องมาจาก เพศชายถูกกำหนดบทบาทโดยทางสังคมให้เป็นผู้ที่เข้มแข็งและเป็นหัวหน้าครอบครัว โดยเฉพาะในสังคมไทยนั้น เพศชายจะมีบุตรหลานคอยช่วยเหลือดูแลทั้งในยามเจ็บป่วยและสุขสบายดี จึงส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่เพศหญิงมีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้อื่นแม้ในยามที่ตนเองเจ็บป่วย ก็ยังวิตกกังวลว่าจะไม่มีใครดูแลสามีหรือบุคคลอื่นในครอบครัว ซึ่งเป็นหน้าที่โดยปกติทั่วไปที่เพศหญิงนอกจากจะต้องดูแลตนเองแล้ว ยังต้องดูแลผู้อื่นในครอบครัวด้วย ประกอบกับเมื่อเพศหญิงอยู่ในช่วงวัยหมดประจำเดือน เช่นนี้มักมีโรคแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น ภาวะกระดูกเปราะบางโรคข้อเข่า

เสื่อม ความดันโลหิตสูง จึงอาจส่งผลให้เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา กาญจนพันธ์ (2530 : 48) ที่พบว่าอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในเพศชาย และเพศหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้สูงอายุเพศชายมีอัตมโนทัศน์ทางบวกสูงกว่าเพศหญิงซึ่งถ้ามีอัตมโนทัศน์ที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรชาติพย์ อุบลำบัติ (2536 : 55) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิงและการศึกษาคั้งนี้พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ซึ่งมีจำนวนร้อยละ 87.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ดังแสดงในตารางที่ 2) และส่วนใหญ่ร้อยละ 67.5 มีรายได้จากบุตรหลาน (ดังแสดงในตารางที่ 3) ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จึงมีความพึงพอใจที่จะใช้ชีวิตอยู่กับบ้าน มีบุตรหลานคอยดูแลในสิ่งจำเป็นต่าง ๆ สำหรับชีวิต จึงไม่มีรายจ่ายมากนักแม้ในยามเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ร้อยละ 50.8 เบิกได้จากต้นสังกัด และร้อยละ 30.0 ได้รับการรักษาฟรี (ดังแสดงในตารางที่ 3) ดังนั้นจากการศึกษาคั้งนี้ เพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หมายความว่าผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น คุณภาพชีวิตยิ่งไม่ดีมากขึ้นกล่าวคือ ผู้สูงอายุตอนต้น คือช่วงอายุ 60-74 ปี มีคุณภาพชีวิตดี ผู้สูงอายุตอนปลาย คือ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินนทญา (2536:81) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 70-87 ปีและปราณี เสนีย์ (2539: 46) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2534: 91) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง และการศึกษาของ นุชบา ตันติศักดิ์ (2535: 72) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปแล้วมักพบเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจกันมาก (สุรพันธ์ ตันติสุข 2539:

216) ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยสูงอายุตอนต้นย่อมมีสุขภาพดีกว่า สมรรถภาพของหัวใจดีกว่า และ สามารถดูแลตนเองได้มากกว่า ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ในวัยสูงอายุ ตอนปลายสภาพร่างกายโดยทั่วไปย่อมเสื่อมทรามลง มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น (Hanon & Pickett 1984 อ้างใน วรพนิต ศุภระแพทย์ 2539: 76) สอดคล้องกับการ ศึกษาของรจนารถ ร่วงสือ (2536: 6) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ทำให้รู้สึกว่าตนเอง เป็นการระต่อครอบครัวและผู้อื่น นอกจากนี้ สุขภาพของวัยสูงอายุตอนปลายมักมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงได้ง่าย ต้องจำกัดกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เพราะเนื่องจากสมรรถภาพของหัวใจและร่างกายที่ลดลง และเมื่อใดที่หัวใจ ต้องการออกซิเจนมากขึ้น เช่น มีการออกกำลังกาย เครียด วิตกกังวล หรือโกรธ ทำให้มี อาการเจ็บหน้าอก สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี นอกจากนี้การศึกษาคั้งนี้ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุนั้นสังคมไทยส่วนใหญ่ ซึ่งไม่ว่าจะมีอายุมากน้อยเพียงใดในวัยสูงอายุจะอยู่ในความ ดูแลของบุตรหลานมีเวลาว่างมาก จึงมักเข้าหาพระธรรม ทำให้สภาพจิตใจดีขึ้น สามารถ ยอมรับกับสภาพร่างกายและความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และพอใจกับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ดังนั้นอายุจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด หัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้าน ความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p < .001$, $p < .001$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุที่มี สถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า/แยก มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532: 87) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความรู้สึกอบอุ่นได้รับความรักจากผู้ที่ เป็นสามีหรือภรรยาคอยเป็นที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือ ดูแล ปลอดภัยมาให้กำลังใจ จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพสมรส

โสด หม้าย หย่า/แยก มักเกิดความรู้สึกว่าเหงาและขาดความอบอุ่น แม้บุคคลเหล่านี้อาจไม่ได้อยู่ตามลำพังคนเดียวไม่ได้ขาดคู่คิดหรือขาดบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือคำจูน เพราะลักษณะของครอบครัวไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่อบอุ่น มีความผูกพันกับญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านจึงไม่ค่อยขาดผู้ช่วยเหลือ (กุลธิดา พานิชกุล 2536: 81) แต่การได้รับความดูแลหรือช่วยเหลือคำจูนจากบุคคลเหล่านี้มักไม่ดีเท่าบุคคลที่เป็นสามีหรือภรรยาของตน จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .475$, $r = .554$, $p < .001$, $p < .001$ ตามลำดับ

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ต่างจากการศึกษาของปราณี เสนีย์ (2539: 47) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าระดับการศึกษามิมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาของบุคคล ช่วยให้บุคคลมีความรู้ สามารถคิดอย่างมีเหตุผล สามารถแก้ปัญหาเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ดี ซึ่งจากการศึกษาของ เจาลอว์สกี และเพาเวอร์ (Jalowitz & Power 1980 อ้างใน เพลินพิศ เลาทวีรียกุล 2531: 79) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา และการศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า นอกจากนี้ ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี และมีรายได้สูงซึ่งมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ จะมีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender 1982: 161-162)

แต่การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 88) ที่ศึกษาในผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตาย และฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533: 2) ที่ศึกษาในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง การศึกษาทั้งสองเรื่องพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำ

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่าผู้ป่วย สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อาจเนื่อง จาก ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาลโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มักต้องใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนมาก เพราะยาและค่ารักษามักมีราคาแพง ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วย บางคนอาจจะต้องยืมเงินจากผู้อื่นหรือพึ่งพาบุคคลในครอบครัวในเรื่องค่ารักษาพยาบาล และถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.0 ได้รับการรักษาฟรีจากสังคม สงเคราะห์ของโรงพยาบาล (ดังแสดงในตารางที่ 3) แต่ต้องผ่านขั้นตอนในการขอรับ การรักษาฟรี เช่นเดียวกับอีกร้อยละ 50.8 ถึงแม้เบิกได้จากต้นสังกัดก็ต้องผ่านขั้นตอน การเบิกเช่นกัน ดังนั้นเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านรายได้ จึงทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเอง เป็นภาระต่อผู้อื่น เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ส่วนผู้ที่มีรายได้สูง มีโอกาสหรือสามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ระหว่างการเจ็บป่วย เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ทำให้สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความ เจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี (Finleyson 1979 อ้างใน ฉัตรวลัย ใจอารีย์ 2533: 88) และมีแนวโน้มที่จะมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้อง กับการศึกษาของ ทศพร พัฒนนิรมาน (2532: 77) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มี ปัญหาทางเศรษฐกิจ จะมีอัตราเงินทดแทนทางที่ดี และการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532: 91) ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533: ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งพบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.201, r = -.285, r = -.603, p < .05, p < .01, p < .001$ ตามลำดับ)

ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ และด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ($p < .05, p < .01$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาเป็นระยะเวลาไม่นานมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาเป็นระยะเวลานานมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ผลการศึกษานี้ต่างไปจากการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532: 93) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย, เนตรนภา คู่พันธ์วี (2535: 98-99) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและปราชัย เสนีย์ (2539: 47) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย การศึกษาทั้งสามเรื่องพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่เรื้อรัง และเริ่มเจ็บป่วยตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้น ระยะเวลาการเจ็บป่วยย่อมมากขึ้น ทำให้สมรรถภาพของหัวใจที่ทรุดโทรมลงเรื่อยๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปกติสุขของผู้ป่วย ต้องจำกัดกิจกรรมในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ไม่สามารถไปไหนมาไหนได้สะดวก กลัวว่าจะเกิดอันตรายกับชีวิต มีความวิตกกังวลและมีความรู้สึกว่าเป็นภาระกับผู้อื่นที่ต้องคอยช่วยเหลือดูแลตนเอง ทำให้รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีสุขภาพที่ดีกว่า ไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาคูคนอื่นมากนัก รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าอยู่ จึงส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .05$, $p < .001$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ส่วนผู้ที่ไม่ค่อยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ต้องอยู่ห่างไกลจากครอบครัวหรือคนที่ตนรัก เกิดความรู้สึกเหงาและว้าเหว และวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากขึ้น กลัวว่าจะเกิดอันตรายกับชีวิต รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นบ่อยครั้ง และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ยังแสดงถึงสมรรถภาพของร่างกายทรุดโทรมลงมากขึ้น หรืออาจแสดงว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมดูแลตนเองท่ามกลางความเจ็บป่วยได้ (ฉัตรวลัย ใจอารีย์ 2533: 54) ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และการศึกษาค้นคว้าพบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ ($p > .05$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากต้นสังกัด และผู้สูงอายุบางคนได้รับการรักษาฟรีจากสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล ดังนั้นจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532: 94) พบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 4 ด้าน ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตลดน้อยลง มีความสามารถทางด้านร่างกาย

เสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดหรือมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Orem 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 23-27) เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้สมรรถภาพ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว และเพื่อนได้ตามปกติ เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายยังเป็นตัวบ่งชี้ถึง ความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ของการเจ็บป่วยที่ผ่านมา ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ส่วนผู้ที่มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อย สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตได้ปกติ มีภาวะสุขภาพที่ดีกว่า ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เทย์เลอร์ (Taylor 1987 อ้างใน ประภา รัตนเมธานนท์ 2532: 95) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเสียไปเนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ

สมมติฐานที่ 4 เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย สามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่รวมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้แก่ ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย รายได้ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ตัวแปรทั้งสี่นี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 55.35 ($p < .05$) อธิบายได้ว่า ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เรื้อรังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้สูงอายุต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและสังคมได้และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายยังสะท้อนถึงระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ และเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคและการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจากการศึกษาของ จัตรวลัย ใจอารีย์ (2533: 87) พบว่าแม้ว่าจะเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานเพียงใดก็ตาม ถ้ามีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ความรุนแรงของโรคจะไม่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เป็น ส่วนตัวทำนายตัวที่ 2 คือ รายได้ นั้นแม้ปัจจุบันผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบ

อาชีพ แต่อาชีพเดิมย่อมส่งผลถึงรายได้ในปัจจุบัน เช่น ผู้ที่มีรายได้จากเงินบำนาญ จะมีสวัสดิการที่ดีในการเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้เลย จำเป็นต้องพึ่งพาบุตร-หลาน จึงรู้สึกว่าเป็นภาระกับครอบครัว ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตไม่ดี และเพศเป็นตัวแทนชายที่ 3 ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือเพศชายมักดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบกับมีผู้อื่นคอยให้ความช่วยเหลือดูแล ส่วนเพศหญิงนอกจากต้องดูแลตนเองแล้ว ยังต้องให้ความเอาใจใส่ดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวอีกด้วย ดังนั้นเพศจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต ส่วนตัวแทนชายสุดท้ายคือ ระยะเวลาการเจ็บป่วยอธิบายได้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลารักษานาน (ชวนพิศ ทานอง 2527; 2) ต้องรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผู้ที่เรียนรู้ที่จะปฏิบัติตนให้เหมาะสม จึงจะสามารถควบคุมภาวะความเจ็บป่วยของตนเองได้ และสามารถดำรงบทบาทการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม จึงจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งศึกษาตามกรอบแนวคิดของชาน พบว่าความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย รายได้ เพศและระยะเวลาการเจ็บป่วยสามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ร้อยละ 55.35 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 44.65 ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นผลจากปัจจัยอื่น ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้

จากการศึกษาครั้งนี้นอกจากผลการวิจัยที่ได้ตามสมมติฐานทั้ง 4 ข้อแล้ว ผู้วิจัยยังพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งต่างจากการประเมินคุณภาพชีวิตโดยตัวผู้ป่วยเองในคำถามปลายเปิด ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนมากประเมินว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดนั้น จะมีคำถามในรายละเอียดทุกเรื่องของชีวิต ซึ่งเมื่อรวมคะแนนแล้วค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนการประเมินตนเองในคำถามปลายเปิดผู้ป่วยอาจประเมินคุณภาพชีวิตจากปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ในขณะนั้น เช่น ภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยบางรายเคยได้รับการผ่าตัดทางโรคหัวใจแล้วและมีบางรายที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งจากผลการวิจัยระดับคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน หรือปัญหาทางเศรษฐกิจ จึงทำให้ผู้ป่วยประเมินตนเองออกมาว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

และจากผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเช่นกัน (ตารางที่ 5) ซึ่งจะนำมากล่าวดังต่อไปนี้

ด้านความพึงพอใจในชีวิต พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความพึงพอใจมากในเรื่องของสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบันและการรักษาที่ได้รับ ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุอาจรู้สึกว่าคุณเองได้รับการตอบสนองในเรื่องพื้นฐานต่าง ๆ เช่น บ้านที่อยู่อาศัย หรือ เครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อย่างเพียงพอแล้ว แม้ว่า บ้านอาจจะไม่ใหญ่โตหรูหรา หรือมีเครื่องอำนวยความสะดวกทุกอย่าง แต่ผู้สูงอายุมักรู้สึกว่าตนเองพอใจแล้วไม่ต้องการอะไรมากไปกว่านี้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความรู้สึกต่อการรักษาที่ได้รับทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้นและการได้รับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตตามที่คาดหวังผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจมาก และพึงพอใจปานกลางอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุอาจมีความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับอวัยวะที่สำคัญ คือ หัวใจ จึงเกิดความรู้สึกว่ากลัวจะเกิดอันตรายต่อชีวิต และเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ต้องมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง มีความคาดหวังว่าจะหายและมีสุขภาพดีขึ้น แต่ด้วยวัยที่สูงอายุมักมีความเสื่อมถอยลงของสุขภาพและกำลังของร่างกายตามธรรมชาติอยู่แล้ว แม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างดีและมีสุขภาพดีขึ้นแล้วก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถทำให้สุขภาพดีได้เหมือนเดิมเท่ากับในครั้งที่ยังไม่ได้เจ็บป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่ได้รับสิ่งต่างๆ ตามที่คาดหวังและรู้สึกว่าคุณสำเร็จในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ แคนทริล (Cantrill 1965 cited in Zhan 1992: 796) ที่ว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ กล่าวคือ ถ้าบุคคลได้รับในสิ่งที่ปรารถนา ก็จะเป็นความพึงพอใจในเชิงบวก แต่ถ้าสิ่งที่ได้รับต่ำกว่าสิ่งที่ปรารถนา ความพึงพอใจก็จะเป็นไปในเชิงลบ

ด้านอัตมโนทัศน์ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความรู้สึกต่อตนเองในเรื่องสภาพร่างกายอยู่ในระดับดี และคิดว่าสิ่งยึดเหนี่ยวทางศาสนามีส่วนทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้นมาก และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทางศาสนามีส่วนทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95 นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบอกว่า ชอบทำบุญสวดมนต์

ไหว้พระ ยึดหลักคำสอนของศาสนา ทำให้สภาพจิตใจสงบลง สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้นมาก สามารถยอมรับกับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่และไม่รู้สึกท้อแท้ต่ออุปสรรค ส่วนความรู้สึกต่อตนเองเกี่ยวกับคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมาติดตามรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง และบางรายมีความจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงต้องมีคนคอยช่วยเหลือดูแล และพามาตรวจอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุบางรายบอกว่า บุตรหลานต้องลางานหรือหยุดกิจการค้าขาย เพื่อพาตนเองมาตรวจตามนัดจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองต้องเป็นภาระของครอบครัว ลินเบิร์กและคณะ (Lindberg, et al. 1990 อ้างในกมลพรรณ หอมนาน 2539: 38) กล่าวว่าหากบุคคลใดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็จะสามารถเผชิญโลกได้อย่างมั่นใจ และมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความสามารถ มีความพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่และรู้สึกว่าตนเองเป็นประโยชน์ ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองหมดความสามารถไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ ซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตของคนอื่น ๆ หรือของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง (Taylor 1982 อ้างใน กมลพรรณ หอมนาน 2539: 38)

ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มาก เช่น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยที่ผู้วิจัยไปสัมภาษณ์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ซึ่งสุขภาพและกำลังของร่างกายมีความเสื่อมถอยยังไม่มาก จึงสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ได้รับความแนะนำในการปฏิบัติตัวมาบ้าง ประกอบกับมีบุตร-หลานและคนในครอบครัวคอยดูแล จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมกับโรค จะส่งผลให้อาการต่างๆ รวมทั้งความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญเบาบางลงได้ (ฉัตรวลัย ใจอารีย์ 2533:86) และนอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายน้อยมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ไม่ควรทำสิ่งใดที่ต้องใช้กำลังมาก เพราะกลัวว่าจะเกิดอันตรายต่อชีวิต (ชวนพิศ ทานอง 2527:1) ประกอบกับจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุบอกไว้ว่า บุตร-หลานมักห้ามไม่ให้ทำสิ่งใดให้อยู่เฉย ๆ เกรงว่าจะมีผลต่อสุขภาพ

ผู้ป่วยจึงไม่สามารถออกกำลังกายได้ และด้วยเหตุผลที่ว่าวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอย ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ยอมรับความสามารถที่มีขอบเขตจำกัดของร่างกาย และปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ก็จะส่งผลให้เกิดมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง และทำให้เกิดความพึงพอใจในสุขภาพที่เป็นอยู่ (ประภาพร จินันทุยา 2536: 16)

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวอยู่ในระดับดี มีความรู้สึกที่ตนเองได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากคนในครอบครัวเป็นอย่างดี และสนใจเอาใจใส่ในการพามาตรวจอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากในสภาพสังคมของคนไทยเป็นสังคมที่มีครอบครัวที่อบอุ่น มีความเอื้ออาทรให้แก่กัน มีบุตร-หลานคอยเอาใจใส่ดูแลเมื่อยามแก่เฒ่าและบุตร-หลานมักได้รับการสอนให้มีความเคารพรักและรู้จักตอบแทนบุญคุณแก่ผู้สูงอายุ (วรารักษ์ นาครัตน์ 2533: 48) ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกว่าเหงาและโดดเดี่ยว เพราะมีคนคอยเอาใจใส่ดูแลตลอดเวลา (กุลธิดา พานิชกุล 2536: 85) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 50.8 (ตารางที่ 3) เบิกค่ารักษาจากต้นสังกัดได้ ส่วนผู้ที่เบิกค่ารักษาไม่ได้ก็จะได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องค่ารักษาพยาบาลมากนัก

จากผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่ในระดับดี แต่เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ (Campbell 1976 cited in Zhan 1992: 796) จึงควรประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพแม้ในยามเจ็บป่วย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งมาติดตามรับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนธันวาคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ จำนวน 120 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต เครื่องมือวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายและคามาปลายเปิดตามลำดับ การประเมินคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้เป็นการประเมินเฉพาะเชิงจิตวิสัย (Subjective) ด้วยสถิติดังนี้

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสุขภาพ โดยอัตราส่วนร้อยละ
2. คำนวณช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิต
3. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t-test)
4. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวทำนายทั้งหมดกับตัวเกณฑ์ในสมการถดถอยโดยใช่

เทคนิคการวิเคราะห์แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ข้อมูลที่ได้จากคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยนำมาประกอบการอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยรายด้านมีความพึงพอใจในชีวิต อึดทนที่คนเฒ่า สุขภาพและการทำงานของร่างกาย อยู่ในระดับดี ส่วนสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นมีระดับความพึงพอใจในรายชื่อน้อย ในเรื่องการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่น
2. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .263, p < .01$) อายุและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.350, r = -.307, p < .001$ ตามลำดับ)
3. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .475, r = .554, p < .001$ ตามลำดับ)
4. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.201, r = -.285, r = -.603, p < .05, p < .01, p < .001$ ตามลำดับ)
5. ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย รายได้ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ($p < .05$) ซึ่งมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตถึงร้อยละ 55.35

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด และพบว่าผู้ป่วยมีการออกกำลังกายน้อยมาก ดังนั้นการให้บริการพยาบาลควรเน้นเพื่อลดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย เช่น จัดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ และหลอดเลือดตามความเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในขณะที่อยู่บ้านได้อย่างเหมาะสมและเป็นสุข ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ประกอบด้วยทำให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวข้อและการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ซึ่งในการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ควรอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย พร้อมทั้งแนะแนวทางปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย และสอนการตรวจจับชีพจรด้วยตนเอง และควรจัดรูปแบบการออกกำลังกายให้สนุกและสะดวกในการฝึกฝน หรือจัดทำคู่มือ เอกสาร เพื่อผู้ป่วยสามารถนำกลับไปทำการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจที่บ้านได้ และนัดมาทดสอบสมรรถภาพของหัวใจด้วยการออกกำลังกายทุก 6 เดือนถึง 1 ปี เป็นการติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่อง

2. จากผลการวิจัยพบว่า รายได้ เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการให้บริการพยาบาล ควรเอาใจใส่ สนใจดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในรายที่มีการเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากเพศหญิงนอกจากต้องดูแลสุขภาพของตนเองแล้ว ยังต้องให้การดูแลผู้อื่นด้วย จึงทำให้สุขภาพเสื่อมทรามลงมากกว่า นอกจากนี้ควรเอาใจใส่ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย และมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ด้านสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อช่วยเหลือเรื่องค่ารักษาพยาบาลและรับคำแนะนำในการประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับสมรรถภาพของหัวใจ

3. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพทางสังคมกับผู้อื่นน้อย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน และถูกแยกออกจากสังคม ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมกลุ่มของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้มีส่วนร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่ง

นอกจากจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นแล้ว ยังจะช่วยให้กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ได้มีโอกาสพูดคุยปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพด้วยกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตเพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีความหมายขึ้น

4. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เวลาในการมารับการตรวจรักษา แต่ละครั้งนาน และต้องรบกวนให้บุตรหลานพามาตรวจ หรือเมื่อมีปัญหาเรื่องสุขภาพต้องมาโรงพยาบาลทุกครั้ง ทำให้ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก เพราะบางรายอาศัยอยู่ต่างจังหวัด ซึ่งห่างไกลจากโรงพยาบาลมาก ดังนั้นควรจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทางโทรศัพท์ เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยสามารถติดต่อมาเพื่อขอคำแนะนำ และปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดขึ้นขณะอยู่บ้าน และเป็นการช่วยลดภาระของญาติ ที่ต้องพาผู้ป่วยสูงอายุมาโรงพยาบาลทุกครั้งที่มีปัญหา และทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเสียเวลา และเสียค่าใช้จ่ายที่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลทุกครั้ง

ด้านการวิจัย

1. จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบคือ ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย รายได้ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 55.35 ซึ่งส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 44.60 ยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นผลจากปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งควรนำมาศึกษาในครั้งต่อไป เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต ความเครียด พฤติกรรมสุขภาพ

2. ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นอื่น ๆ โดยคำถามปลายเปิด ซึ่งยังได้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบน้อย ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป จึงควรมีการเก็บข้อมูลรายละเอียดในเชิงคุณภาพ

บรรณานุกรม

- กมลพรรณ หอมนาน. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- กุลธิดา พาณิชกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์, 2528.
- เขมิกา ยามะรัต. ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตรการแพทย์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- จงรัช ศุภกิจเจริญ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวและพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- จุฑามาศ สรวีสูตร และศิริณ ลิ่มสุวรรณ. "ประชากรศึกษากับคุณภาพชีวิต". วารสารประชากรศึกษา. 11 (ธันวาคม 2528): 66-78.
- จันทร์รา ไตรรงค์จิตเหมาะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและความพอใจในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

- จรัสวารณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2536.
- แจก ธนะศิริ. ทำอย่างไรจะปราศจากโรคและชลอความชรา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์การพิมพ์, 2532.
- ฉัฐยา จิตประไพ. "การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในโรคหลอดเลือดโคโรนารี". ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด, หน้า 1126-1135. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เวชสาร, 2536.
- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ชิตชัย สนั่นเสียง. "แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต". วารสารประชากรศึกษา. 8 (ธันวาคม 2528): 56-65.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์, ยุทธนา อักษรนันท์ และวิญญารัตน์ ตันศิริ. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2531.
- ดรุณี และคณะ. "ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่า และความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา". รามานิตยพยาบาลสาร. 2 (มกราคม-เมษายน 2539): 31-43.
- ทัศนีย์ เกริกกุลธร. การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ทัศนีย์ จินางกูร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- เดือนฉาย ชยานนท์. "การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน". ใน โรคอายุรศาสตร์ที่ต้องรักษาต่อเนื่อง, หน้า 8. วิทยา ศรีตามา, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตีพับลิเคชั่น, 2538.

- นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. ปรินญาวิทยา ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- เนตรนภา คู่พันธ์วี. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรังเขต 12. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- นิพนธ์ คันธเสวี. การศึกษาและวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บริษัทประชาชน จำกัด, 2526.
- บังอร ฤทธิอุดม. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ประภา รัตน์เมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ประภาพร จินันทุยา. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ปราณี เสนีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหนื่อยตนเอง พฤติกรรมเผชิญความเครียด กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- พรรณี เสถียรโชค. "โรคหัวใจขาดเลือด". ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด, หน้า 429-455. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เวชสาร, 2536.

- เพลินพิศ เลหาวิริยะกมล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในผู้ป่วย ภายหลังจากผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขต อําเภอมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา วิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- ยุวดี ฤชาและคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วิตอวีเพาเวอร์พอยท์ จำกัด, 2532.
- รจนารถ ร่วงลือ. การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.
- รัตนา เพ็ชรอุไร และอดุลย์ วิริยเวชกุล. "ผู้สูงอายุในประเทศไทย: ประเด็นที่ควรศึกษา". วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล. 2 (เมษายน-มิถุนายน 2538): 171-172.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุน ทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- วราภรณ์ นาครรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการเผชิญ ความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- วรัญญา คุ่มพาดิ. ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- วรพนิต ศุภระแพทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน บางประการ กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. "การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ". ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ. หน้า 62-84. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2536.

_____ . "มโนทัศน์ในการพยาบาลผู้สูงอายุ". วารสารพยาบาลศาสตร์.

14 (กรกฎาคม-กันยายน 2539): 9-16.

ศักดิ์ชัย ทวีศักดิ์. การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต: ศึกษาเฉพาะในเขตอำเภอเมืองจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

ศิริอร สินธุ์. ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

สุทัศน์ บวรสมบัติ และบรรจบ ชุณหสวัสดิกุล. "ปัจจัยส่อแหลมต่อโรคโคโรนารี". ใน หัวใจข่าวสด. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สารมวลชน จำกัด, 2527.

สุธาทิพย์ อุบลาบัตติ. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

สุธิดา กาญจนรังษี. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

สุนันท์ สินชื้อสัตย์กุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ร่องรอยแผลไหม้กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์, วรณีย์ สัตยวิวัฒน์และวิไลวรรณ ทองเจริญ. "ความสัมพันธ์ระหว่างการปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ". วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล. 2(มกราคม-มีนาคม 2538):93.

- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญิจ. "คุณภาพชีวิต". ใน ประชากรกับคุณภาพชีวิต. หน้า 104. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2525.
- สมจิตต์ หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พรินติ้ง, 2536.
- สมพงศ์ สหพงศ์. ธรรมชาติบำบัด-ป้องกันรักษาโรคหัวใจ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ธรรมสาร, 2534.
- สมพันธ์ ธิญีระนันท์. "แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ". ใน การประชุมวิชาการพยาบาลศาสตร์ครั้งที่ 4 เรื่อง การพยาบาลทางศัลยกรรมในผู้สูงอายุ. หน้า 1-8 กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535
- สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. "โรคหัวใจขาดเลือด". ใน ตำราอายุรศาสตร์ 2, หน้า 224-228. ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตีพับลิเคชั่น, 2539.
- สิริชัย สิทธิสุข. "ยาต้านเลือดแข็ง". ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด, หน้า 879-882. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เวชสาร, 2536.
- เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย. การพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- หน่วยเวชสถิติคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. สถิติผู้ป่วย 2535. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2536.
- อัจฉรา นวจินดา และชวีรัส ภิรมย์ธรรมศิริ. "ความพึงพอใจ: ตัวแปรกลาง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ". ใน การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ, หน้า 421-447. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- อัมพร โอตระกูล. "สุขภาพจิตผู้สูงอายุ". วารสารสุขศึกษา. 7 (กรกฎาคม-กันยายน 2527): 28-31, 38.
- อานวย สันเทพ. ศึกษาความต้องการคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในสาธารณสุขเขต 5. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา

- ประชากรศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- อาไพรัตน์ กลิ่นขจร. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกขาหักและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- Anderson, M.A. & Braun, J.V. Caring for the Elderly Client. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1995.
- Berghorn, F.S., Schafer, D.E. & Associates. The Dynamics of Aging. Colorado: Westview Press, 1981.
- Biddle, B.I. & Marlin, N.M. "Causality, Confirmation, Credibility and Structural Equation Modeling". Child Development. 58(1987): 4-17.
- Birchenali, J.M. & Streight, M.E. Care of the Older Adult. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1982.
- Burke, M.M. & Walsh, M.B. Gerontologic Nursing Care of the Frail Elderly. USA.: Mosby Year Book, 1992.
- Carnevali, D.L. & Patrick, M. Nursing Management of the Elderly. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1986.
- Chenitz, W.X., Stone, J.T. & Slisbury, S.A. Clinical Gerontological Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1991.
- Dean, H. "Choosing Multiple Instruments to Measure the Quality of Life". Oncology Nursing Forum. XII(September-October 1985): 98.
- Denham, M.J. Care of the Long Stay Elderly Patient. 2nd ed. London: Champman and Hall, 1991.
- Ebersole, P. & Hess, P. Toward Healthy Aging. St. Louis: The C.V. Mosby, 1990.

- Ferrans, C.E. & Powers, M.J. "Quality of Life Index: Development and Psychometric Properties". Advance in Nursing Science. VIII (October 1985): 15-24.
- Ferrans, C.E. "Development of A Quality of Life Index for Patients with Cancer". Oncology Nursing Forum. XVII(May-June 1990): 15-21.
- Flanagan, J.C. "Measurement of Quality of Life: Current State of Art". Archives of Physical Medicine Rehabilitation. XXXXXXVIII(1982): 56-59.
- Forbes, E.J. & Fitesimons, V.M. The Older Adult. St.Louis: The C.V. Mosby Company, 1981.
- Graham,K.Y. & Longman,A.J. "Quality of Life and Person with Melanoma". Cancer Nursing. X (July 1987): 339.
- Hanton, J.J. & Pickett, G.E. Public Health:Administration and Practice. 8th ed. St.Louis: Times Mirror/Mosby Collage Publishing, 1984.
- Johnson, F., Cloyed. C & Wer, J.A. "Life Satisfaction of Poor Urban Black Aged". Advance in Nursing Science. IIII (April 1982): 27-34"
- Johnson, F.L., et al. "Life Satisfaction of the Elderly American Indian". International Nursing Study. XXIII (September 1982): 265-273.
- Kotket, F.J. "Philosophic Consideration of Quality of Life for Disabled". Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. XXXXXXVIII (1982): 60-62.
- Larson, R. "Thirty Years of Research of the Subjective Well-Being of Older Americans". Journal of Gerontology. XXXIII (September 1978): 109-125.

- Lorenzo, M. "Health and Social Support of Elderly Families in Developed Countries". Journal of Gerontological Nursing. XVIII (June 1992): 25-32.
- Meeberg, G.A. "Quality of Life: A Conceptual Analysis". Journal of Advanced Nursing. XVIII (1993): 32-38.
- Meleis, A.I. "Being and Becoming Healthy: the Care of Nursing Knowledge". Nursing Science Quarterly. III(1990):107-114.
- Mickus, D. "Activities of Daily Living in Woman after Myocardial Infarction". Heart and Lung. XV (July 1986): 376-381.
- Mumma, H.R. & Smith, E.M. The Geriatric Assistant. New York: McGraw Hill Book Company, 1981.
- Newton, K.M. & Froelicher, E.S. "Coronary Heart Disease Risk Factors". In Cardiac Nursing. pp.205-207. 3th ed. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1995.
- Orem, D.E. Nursing Concept of Practice. New York: McGraw-Hill Book Company, 1985"
- Padilla, et al. "Quality of Life Index for Patients with Cancer". Research in Nursing and Health. VI(June 1983): 117-126.
- Padilla, G.V. & Grant, M.M. "Quality of Life as Cancer Nursing Outcome Variable". Advance in Nursing Science. VIII (October 1985): 45-60.
- Padilla, G., Ferrell, B., Grant, M. & Rhiner, M. "Defining the Content Domain of Quality of Life for Cancer Patients with Pain". Cancer Nursing. XIII (1990): 108-115.

- Penchofer, S.H. & Holm, K. "Early Appraisal of Coronary Revascularization on Quality of Life". Nursing Research. XXXIII (March-April 1984): 60-63.
- Pender, N.J. Health Promotion Nursing Practice. Norewalk: Appleton Crofts, 1982.
- Somchit Hanucharurnkul. Social Support, Self-Care and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand. A Dissertation of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. Nursing in Grandual School of Wayne State University, 1988.
- Spitzer, W.O. "State of Science 1986: Quality of Life and Functional Status as Target Variable of Research". Journal Chronic Disease. XXXX (June 1987): 465-471.
- Steffl, B.M. Handbook of Gerontological Nursing. New York: Van Nostran Reinhold Company, 1984.
- Stromberg, M.E. "Selection and Instrument to Measure Quality of Life". Oncology Nursing Forum. XI (September-October 1984): 88-91.
- Swanton, R.H. "Coronary Artery Disease". In Pocket Consultant Cardiology. pp.157-243. 3rd ed. London: Blackwell Scientific Publication, 1994.
- Taylor, S.H. "Drug Therapy and Quality of Life in Angina Pectoris". American Heart Journal. CXIIII(July 1987):234.
- Timmis, A.D. & Nathan, A.W. "Coronary Artery Disease". In Essential of Cardiology. pp.110-142. 2nd ed. London: Blockwell Scientific Publications, 1993.

- Tompson, D.R. & Webster, R.A. "Nursing Care of Patients with Ischemic Heart Disease". In Cardiovascular Intensive Care Nursing. pp.91-110. Singapore: Longman Group UK Limited, 1992.
- Tram, T.V., Chatter, L. & Wright, R. "Health Stress, Psychology Resources and Subjective Well-Being among Elderly Blacks". Psychology and Aging. VI (March 1991): 100-108.
- UNESCO. "Evaluating the Quality of Life in Belgim". Social Indicators Research. VIII (September 1980): 312.
- Yuric, A.G., et al. The Aged Person and the Nursing Process. New York: Appleton Century Crofts, 1980.
- Zhan, L. "Quality of Life: Concept and Measurement Issues". Journal Of Advanced Nursing. XVII (July 1992): 795-800.



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

1. รองศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีณา คีรีสุข
ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นภวัลย์ กัมพลาศิริ
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ องค์กร เจริญรัตน์อัมพร
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรองไฉ่ อุดมสุตตร
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
6. อาจารย์ โยธะกา ภคพงศ์
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องงานเนื้อหาของเครื่องมือประเมินความรุนแรงของ
การสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย

1. รองศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ องค์กร เรืองรัตนอัมพร

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

3. อาจารย์ โยธะกา ภคพงศ์

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์





รายนามผู้ร่วมสร้าง เครื่องมือแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

1. รองศาสตราจารย์สมพันธ์ ใหญ่ระนันท์
รองคณบดีฝ่ายบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นางสาวศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางปราณี กาญจนรวงศ์
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวจิรนุช สมโชค
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาวสมสุข สิงห์ปัญญานที
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. นางสาวสายฝน จีบใจ
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



แบบสัมภาษณ์เลขที่.....

สถานที่เก็บข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ
คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส
ศาสนา และสถานภาพในครอบครัว

แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ลักษณะครอบครัว
ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย
และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวน
ครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การผ่าตัดที่ได้รับ โรคประจำตัวและ/หรือโรค
แทรกซ้อน ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย

ให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและเติมข้อความ
ลงในช่องว่าง (ถ้ามี)

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร

1 เพศ

() ชาย

() หญิง

2 อายุ.....ปี

3 สถานภาพสมรส

() คู่

() โสด

() หม้าย/หย่า/แยก

4 ศาสนา

() พุทธ

() คริสต์

() อิสลาม

() อื่น ๆ ระบุ.....

5 สถานภาพในครอบครัว

- () หัวหน้าครอบครัว
 () สมาชิกในครอบครัว
 () อื่น ๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

6 ลักษณะครอบครัว

- () เดี่ยว (ประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร)
 () ขยาย (ประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร และเครือญาติ
 หรือสมาชิกอื่นอาศัยอยู่ด้วย)

7 สำเร็จการศึกษาสูงสุด.....

8 ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหรือไม่

- () ประกอบอาชีพ
 () เกษตรกรรม
 () ค้าขาย
 () รับจ้าง
 () ธุรกิจส่วนตัว
 () ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาชีพสุดท้ายที่ท่านทำ.....

9 ปัจจุบันท่านมีรายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

10 ท่านมีรายได้จากแหล่งใด

- () บ้านญาติ
 () การประกอบอาชีพของตนเอง
 () บุตร-หลาน
 () อื่น ๆ ระบุ.....

11 รายได้ที่ท่านได้รับเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

- () เพียงพอ
 () ไม่เพียงพอ

12 การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- () จ่ายเองจากเงินออม
- () จ่ายเองจากเงินที่กู้ยืมมา
- () มีผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้
- () เบิกจากต้นสังกัด
- () รักษาฟรีจากสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล
- () อื่น ๆ ระบุ.....

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านสุขภาพ

- 13 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.....เดือน
- 14 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล.....ครั้ง
- 15 ท่านเคยได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงให้กับเส้นเลือดหัวใจหรือขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่งหรือไม่
- () เคย ระบุ.....
- () ไม่เคย
- 16 ท่านมีโรคประจำตัวและ/หรือมีโรคแทรกซ้อนหรือไม่
- () มี ระบุ.....
- () ไม่มี
- 17 ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย (ประเมินตามเครื่องมือประเมินความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย)
- () ความรุนแรงน้อย
- () ความรุนแรงปานกลาง
- () ความรุนแรงมาก
- () ความรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านดังนี้

- 1 ด้านความพึงพอใจในชีวิต
- 2 ด้านอัตมโนทัศน์
- 3 ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย
- 4 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่รับรู้เกี่ยวกับความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ การรักษาพยาบาล การดำเนินชีวิต และความสำเร็วจนในชีวิต

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่อง สภาพความเป็นอยู่ บุคลิกภาพ คุณค่าในตนเอง ความเชื่อและการยึดมั่นในศาสนา

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รับรู้เกี่ยวกับ ภาวะการเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การออกกำลังกาย เพศสัมพันธ์ และสิ่งที่ทำเป็นประจำ

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รับรู้เกี่ยวกับ สัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อน กิจกรรมทางสังคม การศึกษา การประกอบอาชีพ และรายได้

ให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างทุกประการ
- มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนใหญ่
- ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงและไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน
- น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนน้อย
- ไม่มีเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่าง

หมายเหตุ เป็นช่องสำหรับใส่รายละเอียดเพิ่มเติมจากการแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อของผู้

ผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย	หมายเหตุ
ด้านความพึงพอใจในชีวิต						
1. ท่านรู้สึกพอใจกับ...						
2. ท่านรู้สึกพอใจกับสิ่ง...						
3. ท่านรู้สึกอย่างไร...						
4. ท่านรู้สึกพอใจกับ...						
5. ท่านคิดว่าการ...						
6. ท่านรู้สึกว่าการ...						
7. ท่านรู้สึกพอใจกับชีวิต...						
8. ท่านคิดว่าท่าน...						
9. ท่านคิดว่าท่านประสบ...						
10. ท่านรู้สึกพอใจกับความ...						

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย	หมายเหตุ
ด้านอัตมโนทัศน์						
11. ท่านยอมรับ...						
12. ท่านรู้สึกไม่...						
13. ท่านรู้สึกว่า...						
14. ท่านรู้สึกว่าตั้งแต่...						
15. ท่านมีความ...						
16. ท่านคิดว่า...						
17. ท่านรู้สึกว่าตนเอง...						
18. ท่านรู้สึกว่าตั้งแต่เจ็บ...						
19. ท่านคิดว่าสิ่ง...						
20. ท่านคิดว่าสิ่งศักดิ์...						

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย	หมายเหตุ
ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย						
21. ท่านรู้สึกวิตก...						
22. ท่านรู้สึกว่า...						
23. ท่านสามารถ...						
24. ท่านรู้สึกว่านอน...						
25. ท่านสามารถดูแล...						
26. ท่านคิดว่าตั้งแต่...						
27. ท่านรู้สึกเบื่อ...						
28. ท่านสามารถออก...						
29. ท่านรู้สึกมี...						
30. ท่านสามารถทำ...						

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย	หมายเหตุ
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ						
31. ท่านคิดว่า...						
32. ท่านรู้สึกว่...						
33. ท่านรู้สึกว่ตั้งแต่...						
34. ท่านสามารถพบ...						
35. ท่านสามารถทำ...						
36. ท่านคิดว่าท่าน...						
37. ท่านคิดว่าการ...						
38. ท่านรู้สึกพอใจ...						
39. ท่านคิดว่ามีผู้...						
40. ท่านคิดว่ามีปัญหา...						

เครื่องมือประเมินความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่กลุ่มตัวอย่างตอบ เกณฑ์การตอบมีดังนี้

- ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวันอย่างสม่ำเสมอ คือประมาณ 6-7 วัน/สัปดาห์
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่ คือประมาณ 4-5 วัน/สัปดาห์
 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นส่วนน้อย คือประมาณ 1-3 วัน/สัปดาห์
 ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางบวก			ข้อความที่มีความหมายทางลบ		
ปฏิบัติทุกครั้ง	ให้	0 คะแนน	ปฏิบัติทุกครั้ง	ให้	3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	1 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้	2 คะแนน	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้	1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้	3 คะแนน	ไม่ปฏิบัติเลย	ให้	0 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนน 0-5 คะแนน แสดงว่า มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อย

ผู้ที่ได้คะแนน 6-12 คะแนน แสดงว่า มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายปานกลาง

ผู้ที่ได้คะแนน 13-18 คะแนน แสดงว่า มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมาก

ผู้ที่ได้คะแนน 19-24 คะแนน แสดงว่า มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมากที่สุด

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
1. ท่านทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งกายด้วยตนเองได้ปกติ				
2. ท่านทำงานบ้านต่างๆได้เป็นปกติ เช่น ซักผ้า รีดผ้า เช็ดถูทำความสะอาดบ้าน กวาดบ้าน ทาครีว เช็ดรถ รดน้ำต้นไม้ ตัดหญ้า				

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
3. ในวันหนึ่ง ๆ ต้องนั่งพักอยู่เฉยๆ เนื่องจากอาการเหนื่อยหรือเจ็บหน้าอก				
4. ท่านสามารถออกกำลังกาย เล่นกีฬาต่าง ๆ ทาสวน ตัดหญ้า หรือขนของหนัก 30-40 กก. ได้				
5. ท่านเดินขึ้น-ลงบันไดบ้านได้ 2 ชั้น (10-20 ชั้น) หรือเดินขึ้นสะพานลอยข้ามถนนได้โดยไม่ต้องหยุดพักกลางทาง				
6. ท่านเดินได้ระยะทางมากกว่า 1 กิโลเมตร หรือเดินได้นานมากกว่า 20 นาที โดยไม่ต้องหยุดพัก				
7. ท่านยังไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ หรือสมาคมกับบุคคลอื่น ๆ ได้เป็นปกติ				
8. ท่านสามารถขับรถยนต์หรือขึ้นรถประจำทางได้เป็นปกติเหมือนก่อนเจ็บป่วย				

สรุป ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย

() น้อย () มาก

() ปานกลาง () มากที่สุด



ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตรายข้อ
ด้านความพึงพอใจในชีวิต (N = 120)

ข้อความ	มากที่สุด ร้อยละ	มาก ร้อยละ	ปานกลาง ร้อยละ	น้อย ร้อยละ	ไม่มีเลย ร้อยละ
ด้านความพึงพอใจในชีวิต					
พอใจกับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	5.8	51.7	30.8	0.8	0.8
พอใจกับสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิต	5.0	62.5	30.8	1.7	0.0
เกิดอันตรายต่อชีวิตจากโรคที่เป็นอยู่	0.0	39.2	25.0	26.7	9.2
พอใจกับการรักษาที่ได้รับ	4.2	81.7	13.3	0.8	0.0
อาการเจ็บป่วยดีขึ้นจากการรักษา	0.8	52.5	35.0	11.7	0.0
มีความสุขแม้ในยามเจ็บป่วย	0.0	5.0	10.8	45.8	38.3
พอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่	4.2	71.7	21.7	2.5	0.0
ได้รับสิ่งต่าง ๆ ตามที่คาดหวัง	3.3	44.2	50.0	2.5	0.0
ประสบความสำเร็จในชีวิต	5.0	88.3	60.8	5.8	0.0
พอใจกับความสำเร็จ	6.7	50.0	41.7	1.7	0.0

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตรายข้อด้าน
อัตมโนทัศน์ (N = 120)

ข้อความ	มากที่สุด ร้อยละ	มาก ร้อยละ	ปานกลาง ร้อยละ	น้อย ร้อยละ	ไม่มีเลย ร้อยละ
ด้านอัตมโนทัศน์					
ยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่	0.8	80.0	19.2	0.0	0.0
ไม่สบายใจที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	0.0	23.3	24.2	29.2	23.3
เป็นคนท้อแท้ต่ออุปสรรค	0.8	3.3	4.2	10.8	80.8
อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย	0.0	0.8	5.8	46.7	46.7
ภูมิใจในตนเอง	1.7	42.5	51.7	4.2	0.0
เป็นคนสำคัญของครอบครัว	0.0	46.7	50.0	2.5	0.8
โชคดีกว่าคนอื่น	3.3	36.7	50.8	8.3	0.8
เป็นภาระของครอบครัว	0.8	27.5	15.8	35.8	20.0
สิ่งยึดเหนี่ยวทางศาสนาทำให้จิตใจดีขึ้น	4.2	83.3	9.2	2.3	0.0
สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น	0.8	53.3	22.5	14.2	9.2

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตรายข้อ
ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (N = 120)

ข้อความ	มากที่สุด ร้อยละ	มาก ร้อยละ	ปานกลาง ร้อยละ	น้อย ร้อยละ	ไม่มีเลย ร้อยละ
ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย					
วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	0.0	30.8	35.8	29.2	4.2
อาการเจ็บป่วยทำให้ทุกข์ทรมาน	0.0	3.3	15.8	29.2	51.7
ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	4.2	87.5	6.7	1.7	0.0
นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ	0.0	7.5	20.8	48.3	23.3
ดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรค	0.8	64.2	30.8	4.2	0.0
ไปหาธุระนอกบ้านได้	3.3	40.8	30.8	23.3	1.
เป็นผู้นำในการปฏิบัติตน	0.0	1.7	4.2	20.0	74.2
สามารถออกกำลังกายได้	0.8	12.5	17.5	12.5	56.7
มีปัญหาในเรื่องเพศสัมพันธ์	0.0	0.0	0.0	5.7	93.3
ทำสิ่งที่ทำเป็นประจำ	0.8	44.2	35.0	15.8	4.2

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตรายข้อ
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (N = 120)

ข้อความ	มากที่สุด ร้อยละ	มาก ร้อยละ	ปานกลาง ร้อยละ	น้อย ร้อยละ	ไม่มีเลย ร้อยละ
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ					
ได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัว					
ในการพามาตรวจ	1.7	54.2	20.0	20.8	3.3
ได้รับการดูแลอย่างดีจากครอบครัว	1.7	70.0	23.3	4.2	0.8
ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวน้อยลง	0.0	35.8	24.2	26.7	13.3
พบปะสังสรรค์กับเพื่อนตามปกติ	0.0	26.7	15.8	42.5	15.0
ทำกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่นได้	0.8	19.2	15.8	38.3	25.8
เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว	0.0	50.0	42.5	7.5	0.0
ไม่สามารถประกอบอาชีพได้	0.8	17.5	12.5	13.3	55.8
พอใจกับทรัพย์สินสิ่งของที่ได้รับ	2.5	66.7	27.5	3.3	0.0
มีผู้ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา	1.7	25.8	40.8	29.2	2.5
มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล	0.0	4.2	4.2	17.5	74.2