

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

The relationships between activities of daily living, exercise behaviour and quality of life in older persons with coronary artery disease

แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์, พย.ม.^{1*}

Jamchan Prateepmanowong, M.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมออกกำลังกายกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2561 คัดเลือกโดยใช้การสุ่มแบบง่าย จำนวน 94 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบลำดับที่ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 90.28, S.D. = 12.75$) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อายุ และสถานภาพสมรส ($r = .251, p < .05, r = .329, p < .01, r = -.299, p < .01, r = .225, p < .05$ ตามลำดับ) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจควรได้รับการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งควรส่งเสริมให้คู่สมรสเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและสนับสนุนให้ผู้สูงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ด้วยตนเอง ซึ่งจะเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ: การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรม การออกกำลังกาย คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจ

Abstract

This research aimed to examine the relationships between the activities of daily living, the exercise behaviour, and the quality of life in older persons with coronary artery disease. A probability sampling by lottery method without replacement was used to recruit a sample of 94 older persons with coronary artery disease, who were followed up at the outpatient department, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University from August to October 2018. Research instruments included a demographic information form, the Barthel ADL Index, the WHOQOL-BREF-THAI survey, and exercise behaviour questionnaires. Data were analysed by using frequency, standard deviation, Pearson's correlation coefficient, and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that the total mean

¹ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

* ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) e-mail: Jamchansahuenalue@gmail.com

score of quality of life was at an intermediate level ($\bar{X} = 90.28$, S.D. = 12.75). The factor levels of education, activities of daily living scores, age, and marital status were significantly related to quality of life in older persons with coronary artery disease ($r = .251$, $p < .05$; $r = .329$, $p < .01$; $r = -.299$, $p < .01$; and $r = .225$, $p < .05$, respectively). Thus, the older persons with coronary artery disease should be encouraged to perform daily activities. In addition, their spouses should be encouraged to participate in caring for and providing support to older persons with coronary artery disease performing daily activities on their own in order to enhance the quality of life of these older persons.

Keywords: activities of daily living, exercise behavior, quality of life, older person, coronary artery disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาผู้สูงอายุทั่วโลกที่พบว่า โรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเมะเร็ง และโรคเบาหวาน ส่งผลต่อการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่มีมูลค่ามหาศาล (WHO, 2011) จากรายงานการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ (Leawsuwan et al., 2017; Prasertkul, 2015) โรคหลอดเลือดหัวใจ มีชื่อเรียกที่หลากหลาย เช่น Coronary Artery Disease (CAD), Coronary Heart Disease (CHD), Atherosclerosis Heart Disease (ASHD), Ischemic Heart Disease (IHD) ซึ่งล้วนหมายถึง โรคที่มีการอุดตันการไหลเวียนของเลือดภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แม้ว่าในปัจจุบันจะมีเทคโนโลยีและวิธีการรักษาที่ทันสมัยทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวมากขึ้น แต่การปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอและลดความรุนแรงของโรคก็ยังคงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้สิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องคำนึงถึงควบคู่ไปกับการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ก็คือการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Eliopoulos, 2014)

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลถึงความมีชีวิตภายใต้บริบทที่แตกต่างกันในด้านสังคมและวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ที่มีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและการให้ความสำคัญที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล เป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพกายและใจ ระดับความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ความเชื่อส่วนบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม (World Health Organization, 1997) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบาง ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต และมักมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคหรือมากกว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่มีความแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาใหม่ที่เป็นผลรวมจากความเสื่อมอันเนื่องมาจากความสูงอายุ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ การไถ่ยามากเกินความจำเป็น ภาวะซึมเศร้า ปัญหาด้านจิตสังคมอื่น ๆ และความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ (Aroonsang, 2012) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเมื่อเจ็บป่วยมักเผชิญกับปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ เช่น อาการเจ็บหน้าอก ความทันทานในการทำกิจกรรมได้น้อยลง มีผลกระทบกับการทำงาน การลดบทบาทในสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมถึงผลกระทบทางจิตใจ เช่น ความซึมเศร้าและความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงกับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการเสียชีวิต ทั้งจากสาเหตุทางโรคหลอดเลือดและโรคอื่น ๆ (Liang et al., 2017)

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในต่างประเทศ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลางและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพ ได้แก่ การอาศัยอยู่เพียงลำพัง ระดับการศึกษาต่ำ เศรษฐฐานะต่ำ อาการของโรค ความซึมเศร้าและความวิตกกังวล ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิด low-density lipoprotein ที่สูง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ การมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลทางสุขภาพ (Kim et al., 2019) สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางอายุรกรรมและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และฐานะทางการเงิน (Yamwong, 2014) อาการทางร่างกายและอาการทางจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Charoenpattanaphak, Masingboon & Kunsongkeit, 2013) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยนอกจากนั้นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและความสามารถในการดูแลตนเองก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Saensiri et al., 2015) อย่างไรก็ดี การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยนั้น ยังเป็นการศึกษาที่เน้นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรังทางอายุรกรรมซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเพียงส่วนหนึ่งในการศึกษาเท่านั้น อีกทั้งบางการศึกษายังเป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ร่วมกับวัยผู้สูงอายุ (Charoenpattanaphak et al., 2013; Saensiri et al., 2015; Yamwong, 2014)

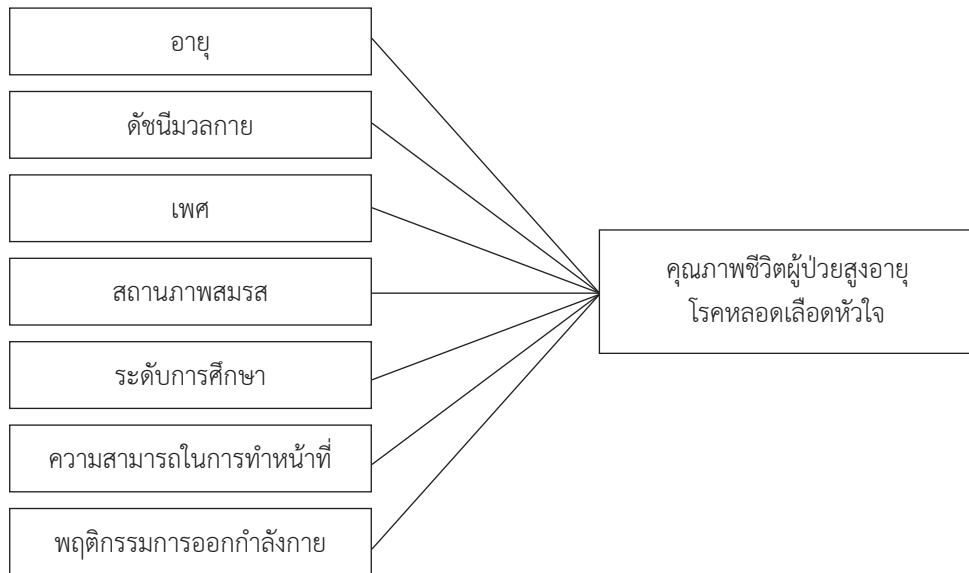
ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเติมเต็มช่องว่างทางความรู้ อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อวางแผนไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีเป้าหมายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตอบสนองการดูแลผู้สูงอายุอย่างองค์รวมและครอบคลุมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการออกกำลังกาย อายุ ดัชนีมวลกาย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ร่วมกับการสังเคราะห์งานวิจัยเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย แนวคิดคุณภาพชีวิต WHO ได้อธิบายว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรมและค่านิยมในเวลานั้น ๆ มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวังและมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และจากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคเรื้อรังมีหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ เศรษฐฐานะ อาการทางกาย ระดับโคเลสเตอรอลชนิด low-density lipoprotein ในเลือด ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลทางสุขภาพ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Charoenpattanaphak et al., 2013; Kim et al., 2019; Saensiri et al., 2015; Yamwong, 2014) ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาตัวแปรด้าน อายุ ดัชนีมวลกาย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยแบบพรรณนาเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ดัชนีมวลกาย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการออกกำลังกายกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการตรวจตามนัดในแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราช

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการตรวจตามนัดในแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราช ในระหว่างวันที่ 28 สิงหาคม - 26 ตุลาคม 2561 โดยมีคุณสมบัติ ได้แก่ อายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่จากชื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการตามนัดในวันที่เข้าเก็บข้อมูล โดยจับฉลากจำนวน 20 คนต่อวัน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ Cohen (1992) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบ .80 และค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ (r) เท่ากับ .30 (Saensiri et al.,

2015; Saensiri, Thanasilp & Preechawong, 2014) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 85 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 100 คน หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนการนำมาวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามที่ตอบคำถามสมบูรณ์ทุกข้อ มีจำนวน 94 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 4 ชุด ประกอบด้วย

1. **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเป็นปลายเปิดให้เติมข้อความ ได้แก่ ข้อมูลด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัวอื่น ๆ น้ำหนัก ส่วนสูงและดัชนีมวลกาย

2. **แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** ซึ่งประเมินด้วยดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอล (Barthel ADL Index) ซึ่ง Jitapunkul (2001) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงมาจาก Mohoney และ Barthel (1988) เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน 10 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า สุขาภิบาลส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การใช้ห้องสุขา

การเคลื่อนย้ายตนเอง การเดิน การกลั้นปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระ และการขึ้นลงบันได แบบประเมินเป็นแบบตรวจคำตอบ (check list) ลักษณะคำตอบให้เลือก คือ 0 ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง 1 ต้องการคนช่วย และ 2 สามารถปฏิบัติได้เอง คะแนนเต็ม 20 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงไม่มีภาวะพึ่งพา คะแนนต่ำ หมายถึงมีภาวะพึ่งพามาก

3. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย (Prateepmanowong, 2015) ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ = 4 คะแนน, ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 3 คะแนน, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน, และไม่ปฏิบัติเลย = 1 คะแนน พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีค่าคะแนนระหว่าง 13-52 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายระดับดี คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายระดับต่ำ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .85

4. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) เป็นแบบวัดของ Mahannirankul et al. (2001) ที่ดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ส่วนคำถามอีก 2 ข้อ เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ซึ่งไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน แบบวัดคุณภาพชีวิตนี้มีความหมายทางบวก จำนวน 23 ข้อ และมีข้อคำถามในทางลบ จำนวน 3 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกให้คะแนนตามคำตอบดังนี้ คือ ไม่เลย = 1 คะแนน เล็กน้อย = 2 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน มาก = 4 คะแนน และมากที่สุด = 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามในทางลบให้คะแนนกลับกัน คะแนนคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน คะแนนสูง แสดงถึงการมีคุณภาพ

ชีวิตที่ดี คะแนนต่ำ แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การแปลผลคะแนนแบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ แบบสอบถามความสามารถเชิงปฏิบัติด้านกิจวัตรประจำวัน ดัชเนียร์บาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายนั้น ก่อนการนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ที่มารับบริการตรวจตามนัดในแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชนครินทร์ ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .88 และค่าความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างจริงเท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เลขที่โครงการ 071/61 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยยึดหลักการให้ความเคารพในบุคคล โดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระ ปราศจากการข่มขู่ บังคับ หรือให้สินรางวัล ผู้วิจัยเก็บรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อและสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นผู้ใด ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ หลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายด้วยเครื่องย่อยเอกสาร การเก็บข้อมูลดำเนินการหลังจากขอเสนอโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาอนุมัติหรือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ก่อน

เก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงให้ทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัย เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบโดยจัดโต๊ะเก้าอี้ให้นั่งในบริเวณใกล้ ๆ ห้องตรวจ มีฉากกันเพื่อความความเป็นส่วนตัวและป้องกันผู้ป่วยอื่นรบกวน และสามารถมองเห็นลำดับการตรวจหน้าห้องได้ชัดเจน อีกทั้งผู้วิจัยจะคอยตรวจสอบลำดับหมายเลขหน้าห้องตรวจและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าก่อนถึงหมายเลขการตรวจของกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 1 คิว เพื่อลดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าตรวจ ผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ทันที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางสายตาผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังในแต่ละส่วนและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบตามความเป็นจริง ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้วิจัยทำการวัดการกระจายของข้อมูล พบว่า มีเฉพาะข้อมูลด้านอายุที่มีการกระจายเป็นโค้งปกติจึงทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการออกกำลังกายกับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบลำดับที่ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 94 คน อายุเฉลี่ย 72 ปี (S.D. = 7.11, range 60-99 ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) รองลงมาเป็นวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) และวัยสูงอายุตอนปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 50, 36.2 และ 13.8 ตามลำดับ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.5 เพศชาย ร้อยละ 41.5 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส

คู่คิดเป็นร้อยละ 56.4 รองลงมาไม่มีสถานะหม้าย/หย่า/แยกคิดเป็นร้อยละ 39.4 ส่วนใหญ่ศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.7 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 19.1 และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 18.1 เกินครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 69.1 รองลงมาทำอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท ร้อยละ 12.8 ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉลี่ย 8 ปี (S.D. = 8.19, range 1-45 ปี) จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน (S.D.=2.33) ผู้ดูแลหลักที่เป็นบุตร ร้อยละ 58.5 รองลงมาเป็นคู่สมรส ร้อยละ 18.1 และดูแลตนเอง ร้อยละ 10.6 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โดย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 34.1, 19.3 และ 15.7 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.24 (S.D. = 4.37) ซึ่งจัดอยู่ในภาวะอ้วนระดับที่ 2

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 90.28$, S.D. 12.75) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 100 เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพา ($\bar{X} = 19.57$, S.D. = 1.18) คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 26.20$, S.D. = 12.23) คิดเป็นร้อยละ 74.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.3 และระดับดี ร้อยละ 4.3 (ดังแสดงในตารางที่ 1)

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .251$, $p < .05$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .329$, $p < .01$) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.299$, $p < .01$) และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = .225$, $p < .05$) กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลผลค่าคะแนนคุณภาพชีวิต คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=94)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	19.57	1.18	ไม่มีภาวะพึ่งพา
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	26.20	12.23	ระดับพอใช้
คุณภาพชีวิตโดยรวม	90.28	12.75	ระดับปานกลาง
ด้านสุขภาพกาย	23.91	4.35	ระดับปานกลาง
ด้านจิตใจ	21.40	3.43	ระดับปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.90	1.84	ระดับปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.13	4.07	ระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ดัชนีมวลกาย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=94)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.329 ^b	.001
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	.132 ^b	.204
อายุ	-.299 ^a	.003
ดัชนีมวลกาย	-.120 ^b	.250
เพศ	.172 ^b	.097
สถานภาพสมรส	.225 ^b	.029

^a Pearson's correlation statistic ^b Spearman's rank correlation statistic

อภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ การศึกษาครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 อยู่ในวัยสูงอายุตอนกลาง อายุที่มากขึ้นเป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพมีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้มากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมกับร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคทำให้เกิดความซับซ้อน

ในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตและสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหัวใจ อย่างไรก็ตามก็กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพา ด้วยเหตุนี้ การประเมินคุณภาพชีวิตจึงอยู่ในระดับกลาง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yamwong (2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wannachart et al. (2015) และ Jumneansuk et al. (2017) ที่พบว่า อายุและความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการออกกำลังกาย อายุ ดัชนีมวลกาย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.1 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงร่างกายไปในด้านเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดโรคเรื้อรังที่ไ้ม่มากกว่าวัยอื่น ๆ คุณภาพชีวิตลดลง จากข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 ที่มีโรคร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โดย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไ้มน้ในเลือดผิดปกติ และเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีอายุมากขึ้นคุณภาพชีวิตลดลง (Jumneansuk et al., 2017)

2.2 ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.24 ซึ่งจัดอยู่ในภาวะอ้วนระดับที่ 2 ซึ่งในทัศนคติของคนไทย การที่รูปร่างท้วมอาจหมายถึงการกินดีอยู่ดี มีการศึกษาถึงภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีภาวะดัชนีมวลกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท (Kostka, Borowiak & Kostka, 2015)

2.3 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยทั้งนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพา สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Top & Dikmetas (2012) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.4 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 56.4 มีสถานภาพสมรสคู่ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรและรองลงมาเป็นผู้สมรส การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

หัวใจมีคู่สมรสทำให้รู้สึกถึงการมีเพื่อนคู่คิด ไม่โดดเดี่ยวหรือว่าเหวและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทั้งในกิจวัตรประจำวันและระดับประคองในด้านจิตใจ ได้แบ่งปันความรู้สึกรู้สึก ความคิดและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันร่วมกันทำให้รับรู้ถึงการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ตามแนวความคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกได้อธิบายไว้ว่าการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองและการที่ได้รับการช่วยเหลือจากกับบุคคลอื่นเป็นส่วนหนึ่งที่สัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (WHO, 1997) มีการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนดูแลช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Liao & Brunner, 2016) ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส (Gondodiputro, Hidayati, & Rahmiati, 2018) สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีสวนหัวใจ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Saensiri et al., 2014) ดังนั้น การได้รับแรงสนับสนุนในการช่วยเหลือจากคู่สมรสจึงสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

2.5 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 45.7 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 19.1 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี และร้อยละ 18.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะจบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาแต่ก็มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบกับปัจจุบันเทคโนโลยีด้านการสื่อสารเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลทางแพทย์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Tirakoat & Polnigongit (2018) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาจึงมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับน้อยกว่าหรือไม่ได้รับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Khamwong et al., 2011; Shad et al., 2017)

2.6 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้ความสามารถทางด้านร่างกายการมีพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวันในการเคลื่อนไหวของตนเองอย่างเป็นอิสระและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและโดยรวมในระดับปานกลาง จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพาสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ผู้สูงอายุจึงสามารถดูแลตนเองทั้งในเรื่องสุขภาพและชีวิตประจำวัน ไม่เป็นภาระกับครอบครัว ชุมชนและสังคม และในทางกลับกันยังสามารถช่วยเหลือครอบครัวในการช่วยดูแลจัดการงานบ้านง่าย ๆ ตลอดทั้งดูแลลูกหลาน ผู้สูงอายุจึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Ritpetch & Jitpanya (2012) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจโดยการสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทย พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yamwong (2014) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

2.7 พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.5 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับพอใช้ ซึ่งผู้สูงอายุมักมีความเข้าใจว่าการทำงานปกติหรืองานบ้านก็เปรียบเสมือนการออกกำลังกาย อีกทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ปัญหาทางสายตา ปัญหากระดูกและข้อทำให้ไม่มั่นใจต่อการออกกำลังกายเพราะกลัวว่าจะกระทบต่อปัญหาสุขภาพและเป็นอันตรายจึงเกิดทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อการออกกำลังกาย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ ทัศนคติในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่เพียงในระดับปานกลาง (Sukanan, Subprasert, Jariyasilp & Vongsala, 2014)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง (กรุงเทพมหานคร) จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่อาศัยอยู่ที่อื่น เนื่องจากความแตกต่างของบริบททางสังคมและลักษณะการดำเนินชีวิตของแต่ละภูมิภาค

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุยิ่งมากจะยิ่งสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจควรได้รับการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งศักยภาพในการดูแลตนเองให้นานที่สุด อีกทั้งยังเป็นการป้องกันและลดภาวะพึ่งพาในระยะยาวอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้คู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีส่วนร่วมในการดูแล สนับสนุน กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่นมหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก ที่กรุณาอนุมัติทุนสนับสนุนการวิจัย และ ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจทุกท่านที่กรุณาเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครโครงการ จึงทำให้ผลงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

Aroonsang, P. (2012). *Nursing care in major problems of older person: Application*. Khonkaen: klungnana. [In Thai]

- Charoenpattanaphak, P., Masingboon, Kh. & Kunsongkeit, W. (2013). *Factors Influencing Health - Related Quality of Life in Patients with Acute Myocardial Infarction*. Khon Kaen University Graduate Conference 2013. Retrieved from <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/56/grc14/files/mmp27.pdf>. [In Thai]
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 115-159.
- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing*. 8th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Gondodiputro, Sh., Hidayati, A. R. & Rahmiati, L. (2018). Gender, age, marital status, and education as predictors to quality of life in elderly: WHOQOL-BREF Indonesian version. *International Journal of Integrated Health Sciences*, 6, 36-41.
- Jitapunkul, S. (2001). *Priciples of geriatric medicine*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. [In Thai]
- Jumneansuk, A., Detboon, Ph., Mingmai, K., Phophak, S., Phoha, S. & Phanitcharoen, S. (2017). Quality of life among elderly who are living with chronic diseases Srichomphu district, Khon Khan province. *Ratchaphruek Journal*, 15(2), 16-26. [In Thai]
- Khamwong, W. Hnoosawutt, J. Pratanvorapunya, W. & Siripanya, J. (2011). Factors relating to quality of life of elder. *Journal of Health Scince Reserch*, 5(2), 32-40. [In Thai]
- Kim, H. S., Kim, H. Y., Kang, K. O. & Kim, Y. S. (2019). Determinant of health-related quality of life among outpatients with acute coronary artery disease after percutaneous coronary intervention. *Japan Journal of Nursing Science*, 16, 3-16.
- Kostka, J. Borowiak, E. & Kostka, T. (2015). Nutritional status and quality of life in different populations of older people in Poland. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(11), 1210-1215. Doi: <http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2014.172>
- Leawsuwan, K., Rattanachodpanich, T., Tisayaticom, K., Patcharanarumol, W., Limwattananon, S. & Limwattananon, Ch. (2017). Situation of hospitalization and having carers during recovery period at home among elderly people in Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 11(2), 248-256. [In Thai]
- Liang, J. W. et al. (2017). Quality of life independently predicts long-term mortality but not vascular events: the Northern Manhattan Study. *Quality of Life Research*, 26, 2219-2228. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-017-1567-8>
- Liao, J. & Brunner, E. J. (2016). Strucural and functional measures of social relationships and quality of life among older adults: does chronic disease status matter?. *Quality of Life Research*, 25(1), 153-164. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-015-1052-1>
- Mahannirankul, S. et al. (2001). *WHOQOL - BREF - THAI*. Retrived from <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>. [In Thai]
- Prasartkul, P. (2015). *Situation of the Thai Elderly 2014*. Retrived from <http://thaitgri.org/?p=36746>. [In Thai]
- Prateepmanowong, J. (2015). Effects of health behaviour change programme on food consumption and exercise behaviour in older overweight patients with coronary artery disease. *Kuakarun Journal of Nursing*, 25(1), 106-112. [In Thai]

- Ritpetch, N. & Jitpanya, Ch. (2012). Factors related to quality of life among patients with heart disease: A research synthesis in Thailand. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 23(2), 1-16. [In Thai]
- Saengsiri, A., Thanasilp, S. & Preechawong, S. (2014). Factors predicting quality of life for coronary artery disease patients after percutaneous coronary intervention. *Asian biomedicine*, 8(1), 31-42. Doi: 10.5372/1905-7415.0801.259
- Saengsiri, A., Wattradul, D., Kangchanakul, S., Natthumrongkul, S., Nopplub, S., & Wonganunnont, S. (2015). The factors influencing the self-care agency and quality of life. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 26(1): 104-118. [In Thai]
- Shad, B., Ashouri, A., Hasandokht, T., Rajati, F., Salari, A., Naghshbandi, M. & Mirbolouk, F. (2017). Effect of multimorbidity on quality of life in adult with cardiovascular disease: a cross-sectional study. *Health & Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1-8.
- Sukanan, Th., Subprasert, J. Jariyasilp, S. & Vongsala, A. (2014). Factors Affecting Exercise Behaviors of the Elderly People in Bansuan Municipality, ChonBuri. *The Public Health Journal of Burapha University*, 9(2), 66-75. [In Thai]
- Tirakoat, S. & Polnigongit, W. (2018). Internet usage behaviors, literacy, and attitude towards utilization of wellness content on the internet among Thai elderly. *Journal of Nursing and Health Care*, 36, 72-80. [In Thai]
- Top, M. & Dikmetas, E. (2015). Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adult at old people's homes. *Health Expect*, 18(2), 288-300. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-015-1052-1>
- Wannachart, M., Nanthamongkolchai, S. Munsawaengsu, Ch. & Taechaboonsermsak, T. (2015). *Journal of Public Health Special Issue*, 18-29. [In Thai]
- World Health Organization. (1997). *The world health organization quality of life instruments*. Retrived from http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- World Health Organization. (2011). *Global Health and Aging*. Retrieved from http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
- Yamwong, N. (2014). Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 21(1), 35-42. [In Thai]