

## อายุกับการดูแลตนเองในภาวะหัวใจล้มเหลว: เปรียบเทียบสมรรถนะ การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ใหญ่

จอม สุวรรณโณ<sup>1</sup>  
เรวดี เพชรศิราลัณฑ์<sup>1</sup>  
จุก สุวรรณโณ<sup>2</sup>  
วงรัตน์ ไสสุข<sup>3</sup>  
อรุณศรี จันทระประดิษฐ์<sup>4</sup>

Age and heart failure self-care: a comparison of self-care maintenance between elderly and adults  
Suwanno J<sup>1</sup>, Petsirasana R<sup>1</sup>, Suwanno J<sup>2</sup>, Saisuk W<sup>3</sup>, Chanpradit A<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>School of Nursing, Walailak University, Tasala, Nakhon Si Thammarat, 80160, Thailand

<sup>2</sup>Department of Medicine, Hat Yai Hospital, Songkhla, 90110, Thailand

<sup>3</sup>Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital,  
Nakhon Si Thammarat, 80000, Thailand

<sup>4</sup>Cardiac Care Unit, Surat Thani Hospital, Surat Thani, 84000, Thailand

Songkla Med J 2009;27(4):335-346

<sup>1</sup>สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช 80160

<sup>2</sup>แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

<sup>3</sup>แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000

<sup>4</sup>หออภิบาลโรคหัวใจ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000

รับต้นฉบับวันที่ 6 มกราคม 2552 รับลงตีพิมพ์วันที่ 30 มิถุนายน 2552

## Abstract:

**Objective:** To examine the attribution of age on the ability and adequacy in heart failure self-care maintenance.

**Design:** Descriptive cross-sectional.

**Materials and methods:** The sample was 301 patients with chronic heart failure. There were 102 adults (age < 60 years) and 199 elderly (age  $\geq$  60 years). A 5-item Likert's scale was used to grade the the Self-Care Maintenance (SCMT). A total SCMT score  $\geq$  70 of 100 indicated self-care adequacy. T-test, Chi-square test, and odds ratio were used to compare ability and adequacy in SCMT between the adults and elderly groups.

**Results:** The mean SCMT ability score of both groups was  $57.9 \pm 15.6$ , indicating a fair SCMT ability. Overall, the SCMT ability of the adults group was slightly higher, but not significantly different from the elderly group ( $59.8 \pm 16.8$  versus  $57.0 \pm 14.9$ ,  $p < 0.13$ ). However, the adults group had better ability in performing regular exercises ( $72.8 \pm 26.3$  versus  $57.9 \pm 23.6$ ,  $p < 0.001$ ). The overall SCMT adequacy of both groups was similar ( $\chi^2 = 6.28$ ,  $p = 0.08$ , odds ratio = 2.16, 95%CI = 1.17-3.98). However, the adults group showed more adequacy in performing a regular exercise regime ( $\chi^2 = 26.81$ ,  $p < 0.001$ , odds ratio = 3.69, 95%CI = 2.22-6.11), while both groups were similar in performing the other four self-care maintenance regimes.

**Conclusion:** Although the both groups had similar overall SCMT level, the elderly group had fewer ability to perform a regular exercise. More attention should be given to promoting regular exercise in older adults with heart failure.

**Key words:** age, health maintenance, heart failure, self-care

## บทคัดย่อ:

**วัตถุประสงค์:** ศึกษาผลของปัจจัยด้านอายุต่อระดับสมรรถนะและความเหมาะสมในการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

**แบบวิจัย:** เชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง

**วัสดุและวิธีการ:** กลุ่มตัวอย่าง 301 ราย เป็นผู้ใหญ่ 102 ราย (อายุ < 60 ปี) และผู้สูงอายุ 199 ราย (อายุ  $\geq$  60 ปี) เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มีคำถามรวม 5 ข้อ ใช้จุดตัดคะแนน  $\geq$  70 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน บ่งชี้ว่าดูแลตนเองเหมาะสม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่ ไคสแควร์ และ odds ratio เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและอัตราการดูแลตนเองที่เหมาะสมระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุกับผู้ใหญ่

**ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีสมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ ระดับพอใช้ (เฉลี่ย  $57.9 \pm 15.6$  จาก 100 คะแนน) ผู้ใหญ่มีสมรรถนะโดยรวมดีกว่าผู้สูงอายุเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $59.8 \pm 16.8$  กับ  $57.0 \pm 14.9$ ,  $p < 0.13$ ) ผู้ใหญ่ดูแลตนเองได้ดีกว่าในด้านการทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหว ( $72.8 \pm 26.3$  กับ  $57.9 \pm 23.6$ ,  $p < 0.001$ ) อัตราส่วนผู้ใหญ่ที่สามารถดูแลตนเองโดยรวมได้เหมาะสมไม่ต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุ ( $\chi^2 = 6.28$ ,  $p = 0.08$ ,

odds ratio = 2.16, 95%CI = 1.17-3.98) อย่างไรก็ตาม ผู้ใหญ่ดูแลตนเองได้เหมาะสมมากกว่าผู้สูงอายุในด้านการทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหว ( $\chi^2 = 26.81, p < 0.001, odds ratio = 3.69, 95\%CI = 2.22-6.11$ ) แต่ไม่แตกต่างกันในอีก 4 ด้านที่เหลือ

**สรุป:** โดยรวมแล้วผู้สูงอายุมีสมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพไม่ต่างจากผู้ใหญ่ ยกเว้นด้านการทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหว การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจึงต้องเน้นพิเศษในด้านการออกแรงเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การคงภาวะสุขภาพ, การดูแลตนเอง, หัวใจล้มเหลว, อายุ

## บทนำ

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลววัยสูงอายุมีการใช้บริการสุขภาพที่แผนกฉุกเฉิน นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เสียชีวิต และการกลับเข้ารับรักษาในอัตราสูงกว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่<sup>1-5</sup> มีภาวะทุพพลภาพและข้อจำกัดการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตลดลง<sup>6-7</sup> เป็นที่น่าตระหนกกว่าผู้ป่วย 3 ใน 4 ราย ที่มีอาการกำเริบรุนแรงจนต้องมาโรงพยาบาลนั้น เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้หากมีการดูแลตนเองเหมาะสม<sup>8-11</sup> ซึ่งผู้ป่วยต้องมีการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงสุขภาพ (self-care maintenance) อย่างต่อเนื่อง<sup>12</sup> โดยหวังผลลัพธ์ระยะยาวเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและภาวะสุขภาพเสื่อมถอย ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามการดูแลตนเองที่จำเป็น 5 ด้าน คือ การชั่งน้ำหนักตัว การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ การทำกิจกรรมที่ร่างกายต้องออกแรงเคลื่อนไหว การควบคุมน้ำหนักตัว และการป้องกันหวัด<sup>3, 12-14</sup> อนึ่ง ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวนั้น เจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะความแตกต่างด้านอายุ

จากวัยที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุน่าจะมีสมรรถนะการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลงตามวัย และผลโดยตรงจากหัวใจล้มเหลว ทำให้การรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) เนื่องจากปริมาณเลือดสูบฉีดจากหัวใจไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ<sup>15-17</sup> โดยเฉพาะที่สมองส่วน parahippocampal gyrus และ

frontal cortex ซึ่งทำหน้าที่ด้านการรู้คิด จึงมีผลรบกวนสมาธิในการเรียนรู้ มีความจำบกพร่อง และรื้อฟื้นความจำได้ช้า<sup>15,17</sup> โดยอาจไม่ปรากฏพบการเปลี่ยนแปลงเมื่อประเมินด้วยแบบประเมินการทำหน้าที่ของสมองหรือเครื่องมือทางคลินิกอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงนี้พบได้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทุกราย เป็นข้ออธิบายอย่างหนึ่งว่าทำไมผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจึงมีสมรรถนะการดูแลตนเองต่ำและขาดความต่อเนื่อง<sup>18</sup> แต่ผู้ป่วยวัยสูงอายุน่าจะได้รับผลกระทบนี้มากกว่าวัยผู้ใหญ่ จึงน่าจะทำให้การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ช้า ต้องใช้เวลามากกว่าในการเรียนรู้ มีความยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าสมรรถนะในการดูแลตนเองจึงน่าจะน้อยกว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ และขาดความต่อเนื่องในการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพระยะยาว<sup>18</sup>

อย่างไรก็ตาม ข้อสมมติฐานข้างต้นนี้ยังไม่มีความหลักฐานการวิจัยสนับสนุนเพียงพอ แม้ในต่างประเทศก็มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และผลการศึกษายังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน<sup>19-20</sup> การศึกษานี้จึงเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองและอัตราความสำเร็จในการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยมีสมมติฐานว่าผู้สูงอายุน่าจะมีระดับสมรรถนะในการดูแลตนเอง (self-care ability) และอัตราการดูแลตนเองในระดับที่เหมาะสม (self-care adequacy) ได้น้อยกว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

ใช้วิธีการวิจัยแบบบรรยายภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งเดียว โดยการสุ่มเลือกอย่างง่ายจากรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 เดือน มารักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลพัทลุง ผู้ป่วยทุกรายได้รับการพิทักษ์สิทธิด้วยวาจาพร้อมทั้งลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2548 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 โดยติดต่อกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 318 ราย ยินดีเข้าร่วมวิจัย 301 ราย (ร้อยละ 94.7) เป็นผู้ใหญ่ (อายุ < 60 ปี) จำนวน 102 ราย และผู้สูงอายุ (อายุ ≥ 60 ปี) จำนวน 199 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 1) ลักษณะส่วนบุคคล ในด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานการณ์ทำงาน ที่มาและความเพียงพอของรายได้ และผู้ดูแลที่บ้าน และ 2) ลักษณะความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ยาที่ใช้รักษาปัจจุบัน และสาเหตุของโรค รวบรวมจากเวชระเบียนประวัติ

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค ตามเกณฑ์การจำแนกสมรรถนะการทำงานที่ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association Functional Classification, NYHA-FC) โดยจำแนกออกเป็น 4 ระดับ (Class I, II, III หรือ IV) ตามความสามารถหรือข้อจำกัดในการออกแรงทำกิจกรรม ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดน้อยในการทำกิจกรรมการออกแรง (NYHA-FC I-II) มีภาวะทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีข้อจำกัดมาก<sup>21-22</sup> ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการศึกษานี้เมื่อทดสอบ inter-rater reliability โดยผู้ประเมิน 3 คน ได้ค่า 0.98

3. แบบประเมินโรคร่วม ใช้ Charlson Comorbidity Index (CCI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้แพร่หลาย เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีหรือไม่มีโรค 19 รายการ ซึ่ง Charlson

และคณะ<sup>23</sup> พัฒนาจากดัชนีโรคที่ทำนายการเสียชีวิตใน 1 ปี โดยวิเคราะห์ห้วงน้ำหนักค่าอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (relative risk of death) ให้คะแนน 0 หากไม่มีโรคนั้นๆ และให้คะแนน 1 (10 โรค) 2 (6 โรค) 3 (1 โรค) หรือ 6 (2 โรค) รวมคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 37 คะแนน ยิ่งคะแนนมากแสดงว่ามีโรคร่วมรุนแรงมาก<sup>23</sup> เนื่องจากหัวใจล้มเหลวเป็นโรคหลักในการศึกษานี้ จึงตัดออกจากรายการโรคร่วมเหลือโรคร่วมที่ต้องประเมิน 18 โรค รวม 36 คะแนน ความตรงเชิงทำนายของโรคร่วม พบว่า การเสียชีวิตใน 1 ปี และจำนวนวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นตามค่าคะแนน CCI<sup>24</sup> ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการศึกษานี้ เมื่อทดสอบ inter-rater reliability โดยผู้ประเมิน 3 คน ได้ค่า 0.98

4. แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index, SCHFI) ต้นฉบับเดิมเป็นภาษาอังกฤษ โดย Riegel และคณะ<sup>12</sup> พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือต้นฉบับแสดงให้เห็นว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้างตามกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี<sup>12</sup> เครื่องมือทั้งฉบับมีข้อคำถามรวม 15 ข้อ ประเมินสมรรถนะการดูแลตนเองใน 3 มิติด้วยกัน คือ การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ 5 ข้อ การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ 6 ข้อ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง 4 ข้อ ผู้วิจัยแปลแบบสอบถามนี้เป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ภาษา และเชิงคลินิกในแต่ละข้อสูงกว่า 0.95 ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เฉพาะข้อคำถามในส่วนการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพเท่านั้น แต่ละข้อให้คะแนนแบบลิเกิร์ตจาก 1-4 คะแนน การทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนนี้<sup>25</sup> ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.61 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้และสูงกว่าฉบับภาษาอังกฤษ ในการทดสอบทางสถิตินั้น Riegel และคณะ<sup>12</sup> แนะนำให้ปรับคะแนนเป็นฐานร้อยละทั้งรายด้านและโดยรวม (เต็ม 100 คะแนน) ยิ่งคะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยยังมีสมรรถนะในการดูแล

ตนเองได้ดี และในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง ได้เหมาะสมหรือไม่นั้น Riegel และคณะ<sup>12</sup> ใช้ค่าจุดตัดคะแนนที่  $\geq 70$  ถือว่าเป็นการดูแลตนเองที่เหมาะสม (self-care adequacy)

เจ็บป่วย ใช้ค่าสถิติทดสอบที่เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การดูแลตนเอง ใช้โคสแควร์ ค่า odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (CI) เปรียบเทียบอัตราการดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้ค่าสถิติทดสอบที่ (t-test) สถิติโคสแควร์ ( $\chi^2$ -test) และค่าทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) ในการเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะความ

**ผลการศึกษา**

**ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง**

ตารางที่ 1 และตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล และลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

**ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง**

ลักษณะส่วนบุคคล	รวม (n = 301) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ใหญ่ (n = 102) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้สูงอายุ (n = 199) จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ	p
<b>เพศ</b>					
หญิง	151 (50.2)	55 (53.9)	96 (48.2)	$\chi^2 = 0.87$	0.35
ชาย	150 (49.8)	47 (46.1)	103 (51.8)		
<b>อายุ (26-96 ปี) เฉลี่ย <math>\pm</math> SD</b>	64.4 $\pm$ 13.9	48.3 $\pm$ 8.1	72.6 $\pm$ 7.8	t = -2.09	<0.001
<b>การศึกษา (0-16 ปี) เฉลี่ย <math>\pm</math> SD</b>	4.8 $\pm$ 3.5	6.4 $\pm$ 3.7	4.0 $\pm$ 3.0	$\chi^2 = 5.87$	0.000
ไม่ได้เข้าโรงเรียน	43 (14.3)	5 (4.9)	38 (19.1)		
ชั้นประถมศึกษา	209 (69.4)	67 (65.7)	142 (71.4)		
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	18 (6.0)	10 (9.8)	8 (4.0)		
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย	16 (5.4)	11 (10.8)	5 (2.5)		
ประกาศนียบัตร 2 ปี	9 (3.0)	7 (6.9)	2 (1.0)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6 (2.0)	2 (1.9)	4 (2.0)		
<b>รายได้ (300-50,000 บาท) เฉลี่ย <math>\pm</math> SD</b>	7,647 $\pm$ 7,437	8,468 $\pm$ 7,248	7,227 $\pm$ 7,515	t = 1.39	0.16
ไม่พอใช้และมีหนี้	19 (6.3)	9 (8.8)	10 (5.0)		
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้	69 (22.9)	23 (22.6)	46 (23.1)		
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	110 (36.6)	36 (35.3)	74 (37.2)		
พอใช้และเหลือเก็บ	103 (34.2)	34 (33.3)	69 (35.7)		
<b>การอยู่อาศัย</b>					
อยู่คนเดียว	9 (3.0)	1 (0.9)	8 (4.0)	$\chi^2 = 2.15$	0.14
อยู่กับคู่สมรสหรือคนอื่น	292 (97.0)	101 (99.1)	191 (96.0)		
<b>ผู้ดูแลที่บ้าน</b>	(n = 245)	(n = 83)	(n = 162)		
ไม่มี	5 (1.7)	3 (3.6)	2 (1.2)	$\chi^2 = 1.55$	0.21
มี	240 (79.7)	80 (96.4)	160 (98.8)		
ไม่ตอบ/ไม่มีข้อมูล	56 (18.6)				

ค่าสถิติ  $\chi^2 =$  โคสแควร์, t = t-test

ตารางที่ 2 ลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ลักษณะความเจ็บป่วย	รวม (n = 301) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ใหญ่ (n = 102) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้สูงอายุ (n = 199) จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ	p
ระยะเวลาการเจ็บป่วย เฉลี่ย $\pm$ SD	35.4 $\pm$ 35.3	32.0 $\pm$ 33.8	37.1 $\pm$ 35.9	t = -1.22	0.22
2 เดือน	15 (5.0)	8 (7.8)	7 (3.5)	$\chi^2 = 2.66$	0.10
มากกว่า 2 เดือน	286 (95.0)	94 (92.2)	192 (96.5)		
ระดับความรุนแรงของโรค เฉลี่ย $\pm$ SD	2.7 $\pm$ 1.0	2.6 $\pm$ 1.0	2.8 $\pm$ 0.9	t = -1.15	0.25
NYHA-FC I เล็กน้อย	27 (9.0)	13 (12.7)	14 (7.0)	F = 2.79	0.42
NYHA-FC II ปานกลาง	101 (33.6)	34 (33.3)	67 (33.7)		
NYHA-FC III รุนแรงมาก	104 (34.6)	33 (32.4)	71 (35.7)		
NYHA-FC IV รุนแรงมากที่สุด	69 (22.9)	22 (21.6)	47 (23.6)		
ความรุนแรงของโรครวม เฉลี่ย $\pm$ SD	3.0 $\pm$ 1.7	2.9 $\pm$ 1.3	3.1 $\pm$ 1.9	t = -1.01	0.31
ความดันโลหิตสูง	177 (58.8)	47 (46.1)	130 (65.3)	$\chi^2 = 10.31$	<0.01
โรคหัวใจชนิดอื่น	263 (87.4)	95 (93.1)	168 (84.4)	$\chi^2 = 4.64$	<0.05
โรคหลอดเลือดส่วนปลาย	11 (3.7)	2 (1.9)	9 (4.5)	$\chi^2 = 1.26$	0.26
โรคหลอดเลือดสมอง	23 (7.6)	8 (7.8)	15 (7.5)	$\chi^2 = 0.01$	0.92
สมองเสื่อม	6 (2.0)	2 (1.9)	4 (2.0)	$\chi^2 = 0.01$	0.97
โรคปอดเรื้อรัง	27 (9.0)	8 (7.8)	19 (9.5)	$\chi^2 = 0.24$	0.62
รูมาตอยด์	24 (8.0)	9 (8.8)	15 (7.5)	$\chi^2 = 0.15$	0.69
โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้	47 (15.6)	15 (14.7)	32 (16.1)	$\chi^2 = 0.10$	0.76
โรคตับที่ไม่รุนแรง	11 (3.6)	4 (3.9)	7 (3.5)	$\chi^2 = 0.03$	0.86
เบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	56 (18.7)	14 (13.7)	42 (21.1)	$\chi^2 = 2.43$	0.12
เบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน	26 (8.7)	5 (4.9)	21 (10.6)	$\chi^2 = 4.73$	0.09
อัมพาตครึ่งซีก	15 (5.0)	8 (7.8)	7 (3.5)	$\chi^2 = 3.71$	0.16
โรคไต	24 (8.0)	2 (1.9)	22 (11.1)	$\chi^2 = 7.60$	<0.01
มะเร็งเม็ดเลือด	3 (1.0)	2 (1.9)	1 (0.5)	$\chi^2 = 1.45$	0.23
มะเร็งชนิดก้อนในระยะกระจายตัว	1 (0.3)	0 (0)	1 (0.5)	$\chi^2 = 0.51$	0.47
วิธีการวินิจฉัยโรค	(n = 256)	(n = 89)	(n = 167)		
จากอาการและอาการแสดง	136 (45.2)	40 (44.9)	96 (57.5)	$\chi^2 = 3.67$	<0.05
มีการตรวจพิเศษร่วมด้วย	120 (39.9)	49 (55.1)	71 (42.5)		
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	45 (14.9)				

ค่าสถิติ  $\chi^2 =$  ไคสแควร์, t = t-test, F = ANOVA-test

ตามลำดับ พบสาเหตุของหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 52.5 โดยเป็นหัวใจล้มเหลวชนิด left ventricular (LV) dysfunction (ejection fraction,  $EF \leq 40\%$ ) มากที่สุด ร้อยละ 25.6 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยกลุ่มยาขับปัสสาวะ ร้อยละ 71.1 รองลงมาคือ กลุ่ม angiotensin converting enzyme-inhibitor ร้อยละ 61.1 และ digitalis ร้อยละ 41.5

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีอายุต่างกันโดยเฉลี่ย 24 ปี ( $48.3 \pm 8.1$  กับ  $72.6 \pm 7.8$  ปี) ผู้สูงอายุเรียนหนังสือจบชั้นประถมศึกษาภาคบังคับตอนต้น แต่กลุ่มผู้ใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษาภาคบังคับตอนปลาย (เฉลี่ย  $4.0 \pm 3.0$  กับ  $6.4 \pm 3.7$  ปี) แต่ไม่พบความแตกต่างกันในปัจจัยด้านเพศ การอยู่อาศัย ผู้ดูแลที่บ้าน ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และโรคร่วมอย่างใดก็ตาม ผู้สูงอายุมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคหัวใจชนิดอื่นและโรคไตมากกว่า พบสาเหตุของหัวใจล้มเหลวจากโรคหัวใจขาดเลือด เป็นหัวใจล้มเหลวชนิด LV dysfunction และได้รับการรักษาด้วยกลุ่มยาขับปัสสาวะมากกว่าผู้ใหญ่ ในการวิเคราะห์ทางสถิติไม่ได้ควบคุมตัวแปรเหล่านี้ เนื่องจากไม่พบหลักฐานว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง

### สมรรถนะการดูแลตนเอง

ตารางที่ 3 พบว่า สมรรถนะการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ คะแนนการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ย  $57.9 \pm 15.6$  และเฉลี่ยรายด้านที่น้อยที่สุดคือ การลดและควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนหรือผอมเกิน ( $45.5 \pm 25.9$ ) มากที่สุดคือ ด้านการป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัด ( $70.2 \pm 25.5$ ) ทั้งนี้ ผู้สูงอายุมีสมรรถนะการดูแลโดยรวมไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่ ( $57.0 \pm 14.9$  และ  $59.8 \pm 16.8$ ,  $t = 1.52$ ,  $p < 0.13$ ) แต่ผู้ใหญ่

ดูแลตนเองได้ดีกว่าในด้านการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย (เฉลี่ย  $72.8 \pm 26.3$  และ  $57.9 \pm 23.6$ ,  $t = 4.97$ ,  $p < 0.001$ )

### ความเหมาะสมในการดูแลตนเอง

ตารางที่ 4 แสดงอัตราส่วนของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมทั้งโดยรวม และรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 16.9 มีการดูแลตนเองโดยรวมได้เหมาะสม ทั้งนี้ มีผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมในรายด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 21.3 คือการชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน จนถึงร้อยละ 67.1 ในด้านการป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัด เมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่ พบว่า มีผู้ที่สามารถดูแลตนเองโดยรวมได้เหมาะสม ร้อยละ 24.5 ทั้งนี้ มีผู้ใหญ่ที่สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมในรายด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 20.6 คือการชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน จนถึงร้อยละ 67.6 ในด้านการทำกิจกรรมออกกำลังกายเคลื่อนไหว เมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้ที่สามารถดูแลตนเองโดยรวมได้เหมาะสม ร้อยละ 13.1 ทั้งนี้ มีผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมในรายด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 21.6 คือการชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน จนถึงร้อยละ 67.3 ในด้านการป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัด

การวิเคราะห์อัตราส่วนผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลตนเองได้เหมาะสมเปรียบเทียบกับวัยสูงอายุ โดยใช้ค่าไคแอสควร์, OR และ 95%CI พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะการดูแลตนเองได้ในระดับเหมาะสมเป็นสัดส่วนที่ไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่ ( $\chi^2 = 6.28$ ,  $p = 0.08$ ,  $OR = 2.16$ ,  $95\%CI = 1.17-3.98$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้ใหญ่สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมมากกว่าผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมออกกำลังกายเคลื่อนไหว ( $\chi^2 = 26.81$ ,  $p < 0.001$ ,  $OR = 3.69$ ,  $95\%CI = 2.22-6.11$ ) แต่ไม่พบความแตกต่างในการดูแลตนเองด้านอื่นๆ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

การดูแลตนเองด้าน	รวม (n = 301) เฉลี่ย ± SD	ผู้ใหญ่ (n = 102) เฉลี่ย ± SD	ผู้สูงอายุ (n = 199) เฉลี่ย ± SD	t-test	p
ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน	47.3 ± 23.2	43.3 ± 23.3	47.2 ± 23.1	0.02	0.98
รับประทานอาหารที่ไม่เค็ม	63.8 ± 25.6	63.0 ± 25.8	64.2 ± 25.5	-0.39	0.70
ทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหวอยู่เสมอ	63.0 ± 25.5	72.8 ± 26.3	57.9 ± 23.6	4.97	<0.001
ลดและควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้ววนหรือผอมเกิน	45.5 ± 25.9	47.1 ± 27.3	44.7 ± 25.0	0.74	0.47
ป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัด	70.2 ± 25.5	69.1 ± 27.1	70.7 ± 24.8	-0.52	0.61
<b>การดูแลตนเองโดยรวม</b>	<b>57.9 ± 15.6</b>	<b>59.8 ± 16.8</b>	<b>57.0 ± 14.9</b>	<b>1.52</b>	<b>0.13</b>

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับการดูแลตนเองที่เหมาะสม (คะแนน ≥ 70) ของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

การดูแลตนเองด้าน	รวม (n = 301) จำนวน (ร้อยละ) <sup>a</sup>	ผู้ใหญ่ (n = 102) จำนวน (ร้อยละ) <sup>b</sup>	ผู้สูงอายุ (n = 199) จำนวน (ร้อยละ) <sup>c</sup>	χ <sup>2</sup> -test	p	Odds Ratio	95% Confidence Interval
ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน	64 (21.3)	21 (20.6)	43 (21.6)	0.04	0.84	0.94	0.52-1.69
รับประทานอาหารที่ไม่เค็ม	158 (52.5)	48 (47.1)	110 (55.3)	1.83	0.17	0.72	0.44-1.16
ทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหวอยู่เสมอ	141 (46.8)	69 (67.6)	72 (36.2)	26.81	<0.001	3.69	2.22-6.11
ลดและควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้ววนหรือผอมเกิน	70 (23.3)	27 (26.5)	43 (21.6)	0.89	0.34	1.31	0.75-2.27
ป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัด	202 (67.1)	68 (66.7)	134 (67.3)	0.01	0.91	0.97	0.58-1.61
<b>การดูแลตนเองโดยรวมที่เหมาะสม (คะแนน ≥ 70)</b>	<b>51 (16.9)</b>	<b>25 (24.5)</b>	<b>26 (13.1)</b>	<b>6.28</b>	<b>0.08</b>	<b>2.16</b>	<b>1.17-3.98</b>

a สัดส่วนร้อยละของผู้ดูแลตนเองได้เหมาะสมเทียบกับผู้ที่ดูแลตนเองไม่เหมาะสม จากทั้งสองกลุ่ม  
b สัดส่วนร้อยละของผู้ดูแลตนเองได้เหมาะสมเทียบกับผู้ที่ดูแลตนเองไม่เหมาะสม เฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่  
c สัดส่วนร้อยละของผู้ดูแลตนเองได้เหมาะสมเทียบกับผู้ที่ดูแลตนเองไม่เหมาะสม เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ



## วิจารณ์

การศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีสมรรถนะการดูแลตนเองระดับพอใช้และส่วนใหญ่ยังดูแลตนเองไม่เหมาะสมในทุกด้าน โดยภาพรวม ผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะการดูแลตนเองไม่ต่างจากผู้ใหญ่ ยกเว้นด้านการทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหวร่างกาย ผลการศึกษาชี้สะท้อนให้เห็นว่าอายุไม่ใช่ปัจจัยอุปสรรคต่อสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษานี้ ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีสมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพโดยรวมไม่ต่างจากผู้ใหญ่ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาในต่างประเทศที่ประเมินสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวด้วยเครื่องมือเดียวกัน พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยวัยสูงอายุมีสมรรถนะการดูแลตนเองโดยรวมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่<sup>19</sup> แม้ความรู้เชิงทฤษฎีในปัจจุบันมีข้อสมมติฐานเกี่ยวกับสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ลดลงตามอายุว่าเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลงตามวัย ร่วมกับผลโดยตรงจากโรคหัวใจล้มเหลวที่ทำให้ลดปริมาณเนื้อสมองเทาในตำแหน่งที่ทำหน้าที่ด้านการรู้คิด จากการได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ<sup>15</sup> จากการศึกษาที่ไม่พบอิทธิพลของอายุต่อระดับความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมนั้น อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (เฉลี่ย 64.4 ปี) จึงอาจยังไม่ปรากฏการเสื่อมหน้าที่ของสมองที่สามารถสังเกตได้ทางคลินิก แต่มีได้หมายความว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมองส่วนความจำและกระบวนการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง ดังนั้น จึงต้องศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรคต่อหน้าที่การทำงานของสมอง กระบวนการเรียนรู้ การตัดสินใจ และพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อให้เข้าใจชัดเจนถึงความสัมพันธ์ของอายุ และปัจจัยร่วมอื่นๆ ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

เป็นที่ชัดเจนว่าปัจจัยด้านอายุ มีผลต่อสมรรถนะการดูแลตนเองด้านการทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหว

ร่างกายเท่านั้น แต่ไม่มีผลต่อการดูแลตนเองในด้านอื่นๆ โดยผู้ป่วยสูงอายุมีการทำกิจกรรมการออกแรงน้อยกว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ถึงแม้ว่าความรู้ในเชิงทฤษฎีจะอธิบายว่าการที่ผู้ป่วยวัยสูงอายุมีการออกแรงทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงนั้น เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ที่มีปริมาณจำนวน ความถี่ และความหนักของกิจกรรมการออกกำลังกายในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายลดลงเมื่ออายุมากขึ้นร่วมกับระดับความรุนแรงของโรคที่ทำให้มีข้อจำกัดในการออกแรง<sup>26-27</sup> ข้อสังเกตอีกประการหนึ่ง อาจเนื่องจากวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวที่ผู้ดูแลมักให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ แทน ผู้สูงอายุ และมักเป็นการดูแลในลักษณะการปกป้อง ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสออกแรงเคลื่อนไหวน้อยลง

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้มีการเปรียบเทียบปัจจัยด้านผู้ป่วย ทั้งลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะความเจ็บป่วยที่มีรายงานในการศึกษาอื่นๆ ว่าเป็นปัจจัยร่วมที่มีผลต่อสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และระดับความรุนแรงของโรคร่วมก็ไม่พบว่าผู้ป่วยวัยสูงอายุมีปัจจัยร่วมดังกล่าวแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่แต่อย่างใด ยกเว้นปัจจัยด้านการศึกษา หนึ่ง แม้ผลการวิเคราะห์ทางสถิติจะพบว่าผู้ป่วยวัยสูงอายุมีระดับการศึกษาต่ำกว่าวัยผู้ใหญ่ประมาณ 2 ปี แต่มีข้อเท็จจริงที่ต้องพิจารณา คือ ทั้งสองกลุ่มนั้นล้วนสำเร็จการศึกษาในระดับภาคบังคับ ประถมศึกษา 4 ปี หรือ 6 ปี จึงน่าจะสรุปได้ว่าระดับการรู้หนังสือของทั้งสองกลุ่มนั้นไม่แตกต่างกัน และไม่น่าจะมีผลต่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

จากหลักฐานดังกล่าว สรุปได้ว่า การที่ผู้ป่วยวัยสูงอายุมีสมรรถนะการดูแลตนเองในการทำกิจกรรมการออกแรงเคลื่อนไหวน้อยกว่าผู้ใหญ่นั้น อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ส่วนจะเกิดร่วมกับปัจจัยด้านลักษณะความเจ็บป่วยด้วยหรือไม่นั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าในการศึกษานี้ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปได้ แต่ต้องการหลักฐานความรู้เพิ่มเติมว่าลักษณะความเจ็บป่วย โดยเฉพาะระดับความรุนแรงของโรค และ

ความรุนแรงของโรคควรมีผลหรือไม่อย่างไรต่อการตัดสินใจดูแลตนเองในการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย เคลื่อนไหวร่างกาย รวมถึงการดูแลตนเองในด้านอื่นๆ นอกจากปัจจัยด้านลักษณะความเจ็บป่วยแล้ว ปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลในการออกกำลังกาย และการเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบเมื่อออกกำลังกาย อาจทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจลดการทำกิจกรรมการออกกำลังกายลง

หนึ่ง การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยวัยสูงอายุที่ดูแลตนเองโดยรวมได้เหมาะสม มีสัดส่วนไม่ต่างจากวัยผู้ใหญ่ เป็นข้อสะท้อนว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอาจมีความยุ่งยากในการดูแลตนเอง ต้องใช้เวลามากเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และต้องพยายามอย่างมากเพื่อกระทำการดูแลตนเองให้เกิดต่อเนื่องในระยะยาว<sup>12,20</sup> ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่า แม้อายุผู้ป่วยสูงอายุจะมีอายุเฉลี่ยมากกว่าถึง 34 ปี แต่ก็มีระดับความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของโรครวม และความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมไม่ต่างจากวัยผู้ใหญ่ โดยคะแนนการดูแลตนเองเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยรวมทั้งสองกลุ่มบ่งชี้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีสมรรถนะการดูแลตนเองได้ครบถ้วนพอใช้ และผู้ป่วยร้อยละ 16.9 เท่านั้นที่ดูแลตนเองเหมาะสม ซึ่งน้อยกว่าในรายงานการศึกษาของ Riegel และคณะ<sup>12</sup>

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือ ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยเหล่านี้มีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาแล้วโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3 ปี และส่วนใหญ่มีโรคร่วมของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดอยู่แล้วก่อนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติตัวในการดูแลเพื่อรักษาสุขภาพเช่นเดียวกันกับการดูแลตนเองเพื่อรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะในการดูแลตนเองน้อยมาก สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจึงไม่น่าจะเป็นผลโดยตรงมาจากปัจจัยด้านผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเกิดจากปัจจัยด้านการบริการสุขภาพอีกด้วย

แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยาตามแนวทางมาตรฐาน และโดยภาพรวมพบว่าผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษาด้วยกลุ่มยาที่ไม่ต่างจากผู้ใหญ่

แต่ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่า การบำบัดรักษายังขาดแนวทางชัดเจนในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีโอกาสน้อยในการเข้าถึงข้อมูลที่เพียงพอสำหรับตัดสินใจดูแลตนเอง แม้อายุต้องปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหารเค็ม ควบคุมน้ำหนักตัว แต่ก็ไม่ทราบว่าจะปฏิบัติอย่างไรจึงจะเหมาะสมเพียงพอในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าจะต้องจำกัดการออกกำลังกายเพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคกำเริบ แม้จะได้ข้อมูลจากแพทย์ผู้รักษาว่าต้องออกกำลังกายแต่ก็ไม่มั่นใจว่าจะปลอดภัย ไม่รู้วิธีการและขนาดของการออกกำลังกายที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติตัวน้อยและขาดความต่อเนื่องในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนักตัว<sup>12, 28</sup> ยิ่งมีอายุมากขึ้นก็ยิ่งมีความยากลำบากมากในปฏิบัติตัวเพื่อดูแลรักษาสุขภาพตนเองและยังต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง<sup>29-31</sup>

นอกจากปัจจัยด้านอายุ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และระบบบริการสุขภาพแล้ว ปัจจัยอื่นๆ โดยเฉพาะความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-care confidence) แหล่งพึ่งพิงทางสังคม (social support) และการดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแลที่บ้าน อาจเป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาที่มีผลต่อสมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะยาวของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ซึ่งยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอีกมาก

## สรุป

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีสมรรถนะการดูแลตนเองได้ไม่ดีและส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม ผู้ป่วยวัยสูงอายุดูแลตนเองโดยรวมได้ไม่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ ยกเว้นในด้านการทำกิจกรรมออกกำลังกายเคลื่อนไหวที่ ผู้สูงอายุมีสมรรถนะน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ การส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult-executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *J Am Coll Cardiol* 2005;38:2102-13.
2. Blackledge HM, Tomlinson J, Squire IB. Prognosis for patients newly admitted to hospital with heart failure: survival trends in 12,220 index admissions in Leicestershire 1993-2001. *Heart* 2003;89:615-20.
3. Cowie MR, Fox KF, Wood DA, et al. Hospitalization of patients with heart failure: a population-based study. *Eur Heart J* 2002;23:877-85.
4. Roger VL, Weston SA, Redfield MM, et al. Trends in heart failure incidence and survival in a community-based population. *J Am Med Assoc* 2004;292:344-50.
5. Stewart S, MacIntyre K, Capewell S, et al. Heart failure and the aging population: an increasing burden in the 21<sup>st</sup> century? *Heart* 2003;89:49-53.
6. Jaagosild P, Dawson NV, Thomas C, et al. Outcomes of acute exacerbation of severe congestive heart failure: quality of life, resource use, and survival. *Arch Intern Med* 1998;158:1081-9.
7. Philbin EF, DiSalvo TG. Prediction of hospital readmission for heart failure: development of a simple risk score based on administrative data. *J Am Coll Cardiol* 1999;33:1560-6.
8. Feenstra J, Grobbee DE, Jonkman FAM, et al. Prevention of relapse in patients with congestive heart failure: the role of precipitating factors. *Heart* 1998;80:432-6.
9. Jaarsma T, Halfens R, Abu-Saad HH, et al. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *Eur Heart J* 1999;20:673-82.
10. Michalsen A, König G, Thimme W. Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. *Heart* 1998;80:437-41.
11. Mosterd A, Hoes AW. Reducing hospitalizations for heart failure. *Eur Heart J* 2002;23:842-5.
12. Riegel B, Carlson B, Moser DK, et al. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *J Card Fail* 2004;10:350-60.
13. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, et al. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:810-9.
14. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, et al. Multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *New Engl J Med* 1995;333:1190-5.
15. Woo MA, Macey PM, Fonarow GC, et al. Regional brain gray matter loss in heart failure. *J Appl Physiol* 2003;95:677-84.
16. Zuccal G, Cattel C, Manes-Gravina E, et al. Left ventricular dysfunction: a clue to cognitive impairment in older patients with heart failure. *J Neurol Neurosurg Psych* 1997;63:509-12.
17. Beebe DW, Gozal D. Obstructive sleep apnea and the prefrontal cortex: towards a comprehen-

- sive model linking nocturnal upper airway obstruction to daytime cognitive and behavioral deficits. *J Sleep Res* 2002;11:1-16.
18. Dickson VV, Tkacs N, Riegel B. Cognitive influences on self-care decision making in persons with heart failure. *Am Heart J* 2007; 154:424-31.
  19. Chriss PM, Sheposh J, Carlson B, et al. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart Lung* 2004;33:345-53.
  20. Rockwell J, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart Lung* 2001;30: 18-25.
  21. American Thoracic Society. The Joint Statement of the American Thoracic Society (ATS)/the American College of Chest Physicians (ACCP) Statement on Cardiopulmonary Exercise Testing. *J Respir Crit Care Med* 2003;167:211-77.
  22. Bennett JA, Riegel B, Bittner V, et al. Validity and reliability of the NYHA classes for measuring research outcomes in patients with cardiac disease. *Heart Lung* 2002;31:262-70.
  23. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-83.
  24. Sachdev M, Sun JL, Tsiatis AA, et al. The prognostic importance of comorbidity for mortality in patients with stable coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2004;43:576-82.
  25. จอม สุวรรณโณ, เวรดี เพชรศิริวัฒน์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, และคณะ. การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล* 2551; 23:35-46.
  26. Hundley WG, Kitzman DW, Morgan TM, et al. Cardiac cycle-dependent changes in aortic area and distensibility are reduced in older patients with isolated diastolic heart failure and correlate with exercise intolerance. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:796-802.
  27. Smart N, Marwick TH. Exercise training for patients with heart failure: a systematic review of factors that improve mortality and morbidity. *Am J Med* 2004;116:693-706.
  28. Gary R. Self-care practices in women with diastolic heart failure. *Heart Lung* 2006;35:9-19.
  29. Evangelista E, Doering LV, Dracup K, et al. Compliance behaviors of elderly patients with advanced heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2003; 18:197-206.
  30. Jaarsma T, Strömberg A, Mörtensson J, et al. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail* 2003;5:363-70.
  31. Neily JB, Toto KH, Gardner EB, et al. Potential contributing factors to noncompliance with dietary sodium restriction in patients with heart failure. *Am Heart J* 2002;143:29-33.