

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับระดับความสุข ของผู้สูงอายุโรคหัวใจ ชุมชนจังหวัดเพชรบุรี

The Correlation Between Self-Management and Happiness Levels of Heart Disease in The Community-Dwelling Old Population of Phetchaburi Province

นงลักษณ์ กลิ่นพุดตาล

Nonglak Klinpudtan

คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เพชรบุรี ประเทศไทย 76000

Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi, Thailand 76000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองและระดับความสุขของผู้สูงอายุโรคหัวใจที่อยู่ในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี โดยประชากรที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุโรคหัวใจที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี โดยการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจ ระดับความสุข ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ไคสแควร์ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขและการจัดการตนเองโรคหัวใจโดยสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคหัวใจภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย 34.93 คะแนน (S.D. = 8.21) ระดับความสุขอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 91.87 คะแนน (S.D. = 10.66) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า การจัดการตนเองทุกรายด้านมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และคะแนนจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .624$) ดังนั้นการจัดการตนเองที่ดีจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจได้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุ ระดับความสุข โรคหัวใจ

Abstract

The purpose of this study to analyze the relationship between self-management and happiness levels of heart disease in the community-dwelling old population of Phetchaburi Province.

The subjects of this study were older people with heart disease who have been diagnosed by doctors, both male and female, who live the community-dwelling of Phetchaburi province by random sampling in 88 cases. The participants were asked about demographics, medical histories, self-care management of heart disease, level of happiness. Descriptive statistics, chi-square, Pearson correlation were used for analysis.

Finding: Self-management of the older people with heart disease was a fair level (mean = 34.93, S.D. = 8.21) and the happiness was a moderate level (mean = 91.87, S.D. = 10.66). For each component of self-management, the result revealed that every component significantly correlated with happiness at .001 level. Self-management was a significantly positive relationship with the happiness in older with heart disease

*งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยและส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

Corresponding Author: * E-mail: Nonglak.kli@mail.pbru.ac.th.

วันที่รับ (received) 22 เม.ย. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 พ.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 2 มิ.ย. 2563

at p .01 level (r = .624). Therefore, effective self-management will help the older with heart disease improve the quality of life.

Keyword: Self-management, Older people, Happiness level, Heart disease

บทนำ

โรคเรื้อรังในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควร และมีอุบัติการณ์สูงขึ้นทุกปีทั้งในไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลกพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 31¹ จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และพบความเสี่ยงสูงขึ้นในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจมักมีอาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ทั้งต่อผู้สูงอายุเอง และกระทบต่อบริบทรอบตัวของผู้สูงอายุด้วย² การดำเนินของโรคหัวใจจะค่อยๆ แย่ลง จนเข้าสู่ระยะท้ายของโรค ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ รัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จำนวนมาก จากข้อมูลสถิติการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี แยกตามแผนกปีงบประมาณ 2557-2559 พบว่า แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจสูงขึ้นทุกปีและเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 1 ของผู้ป่วยอายุรกรรม จากพยาธิสภาพของโรค ผู้สูงอายุโรคหัวใจต้องเผชิญกับผลกระทบต่างๆ อาทิ อาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร รวมทั้งภาวะดิ่งเครียดทางอารมณ์³ ทั้งยังต้องการดูแลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลจัดการตนเอง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรีมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง⁴ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ถูกจำกัดกิจกรรมทางกายหรือกิจวัตรประจำวัน การสูญเสียบทบาททางสังคมและคุณภาพชีวิต⁵ จากที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลให้มีความสุขในชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจลดลงด้วย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาเรื่องความสุขในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งในไทยและต่างประเทศพบไม่มาก เช่น ในจังหวัดเพชรบุรี มีการศึกษาโปรแกรมการใช้สมาธิตามวิถีพุทธบำบัด ต่อความสุข ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ความสุขในชีวิตสูงขึ้น ระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง⁶ และผู้สูงอายุที่มีความสุขจะสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลตนเองด้านจิตใจและจิตวิญญาณได้ดี⁷ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศส่วนใหญ่ศึกษาในมุมมองเรื่องความสุขจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด

โรคหัวใจในผู้สูงอายุ⁸ และปัจจัยที่มีผลทางบวกต่อความสุขในผู้สูงอายุคือ ความรู้ด้านสุขภาพ⁹

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า การศึกษาเรื่องความสุขในผู้สูงอายุนั้นยังไม่ครอบคลุมในโรคหัวใจ ซึ่งความสุขเป็นสิ่งสำคัญที่มนุษย์ทุกคนต้องการ และเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประชากรของประเทศ นอกจากนี้ยังเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยของบุคลากรสุขภาพอีกด้วย แม้ปัจจุบันวิวัฒนาการด้านการแพทย์จะก้าวหน้าไปมาก สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจให้มีชีวิตยืนยาวกว่าในอดีต แต่สิ่งที่สำคัญคือ การทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยเฉพาะเกี่ยวกับโรคหัวใจ¹⁰ ซึ่งเป็นวิธีการหรือกระบวนการที่บุคคลจัดการกระทำกับตนเองด้วยตนเองอย่างตั้งใจ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การจัดการตนเองจึงเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติ เพื่อควบคุมและลดผลกระทบที่มีต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งหากผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองในเรื่องสุขภาพได้อย่างถูกต้องก็จะส่งผลให้มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจและระดับความสุขของผู้สูงอายุโรคหัวใจ เพื่อศึกษาระดับการจัดการตนเอง และระดับความสุขในผู้สูงอายุโรคหัวใจ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองและระดับความสุขในผู้สูงอายุโรคหัวใจ เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับการจัดการตนเอง ระดับความสุข และความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองโรคหัวใจและระดับความสุขในผู้สูงอายุโรคหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองและมีความสุขในผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจ โดยการจัดการตนเอง ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้

(cognitive theory) ที่ว่าด้วยการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแสดงออกของมนุษย์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย 2) การประเมินการเปลี่ยนแปลง 3) การลงมือปฏิบัติ 4) ประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติ ผู้ป่วยที่จัดการตนเองได้จะเตือนตนเองและรับรู้ได้แบ่งได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ การจัดการตนเอง เพื่อจัดการอาการ และความมั่นใจในการจัดการตนเอง¹¹ การวัดระดับความสุข ใช้เครื่องมือที่ สร้างโดยพลอยชมพู มณีสุขเกษม ความสุขประกอบด้วย 5 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านการเงิน¹² โดยผู้วิจัยเชื่อว่า เมื่อบุคคลมีการจัดการตนเองได้ดี จะทำให้มีความสุขในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้นตามไปด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อศึกษาการจัดการตนเอง ความสุข และความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองและความสุขในผู้สูงอายุโรคหัวใจที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุโรคหัวใจ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทั้งเพศชายและหญิงทุกระยะการดำเนินโรค ที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มเลือกอำเภอมา 3 อำเภอ จาก 8 อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขต อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี อำเภอท่ายางและอำเภอบ้านแหลมและสุ่มเลือกรพ.ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อำเภอละ 2 ตำบล แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจมากกว่า 6 เดือน มีระยะการดำเนินของโรคตั้งแต่ระยะที่ 1-3 แบ่งระดับความรุนแรงตาม New York Heart Association classification โดยจำแนกตามระดับความสามารถในการทำกิจกรรมดังนี้ ระดับที่ 1 หมายถึง การทำกิจกรรมทั่วไปไม่ทำให้เกิดอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับที่ 2 หมายถึง การทำกิจกรรมทั่วไปทำให้เกิดอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น เหนื่อยหรือแน่นหน้าอกแต่ไม่มีอาการในขณะพัก ระดับที่ 3 หมายถึง มีอาการเหนื่อยใจสั้นหรือแน่นหน้าอกทั้งที่ทำกิจกรรมน้อยกว่ากิจกรรมทั่วไป แต่เมื่อพักอาการจะหายไป กลุ่มตัวอย่างสามารถในการช่วย

เหลือตัวเองได้ มีการรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคลปกติ และสามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเอง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่าอำนาจจำแนกการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.30 โดยพิจารณาการจากเปิดตาราง¹³ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 คน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษารายได้เฉลี่ย ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัวอื่น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจ ชนิดของโรคหัวใจ ระดับความรุนแรงของโรคแบ่งตาม The New York Heart Association (NYHA) โดยข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจเก็บจากแฟ้มประวัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการสอบถามประวัติเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่าง

ชุดที่ 2 แบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว¹⁴ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จอม สุวรรณโณ เครื่องมือประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ทสเกล 4 ระดับ (4-point Likert Scale) แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ การจัดการตนเอง เพื่อจัดการอาการและความมั่นใจในการจัดการตนเอง การคิดคะแนนโดยนำผลรวมของคะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับ นำคะแนนมาปรับเป็นฐานร้อย ทั้งรายด้าน คะแนนรวมของเครื่องมือทั้งฉบับ 300 คะแนน ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงค่าคะแนนออกเป็น 4 ระดับ¹⁵ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนการจัดการตนเองในภาพรวมดังนี้ คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 76 หมายถึง มีการจัดการตนเองในระดับที่ต้องปรับปรุงแก้ไข คะแนนเฉลี่ย 76-150 หมายถึง มีการจัดการตนเองระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย 151-225 หมายถึง มีการจัดการตนเองระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 226-300 หมายถึง มีการจัดการตนเองระดับดี และการแปลผลคะแนนรายด้าน โดยนำ

คะแนนรายด้านมาปรับเป็นฐานร้อย คะแนนรวมของแต่ละด้าน เป็น 100 คะแนน คิดเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 26 หมายถึง มีการจัดการตนเองที่ต้องปรับปรุงแก้ไข คะแนนเฉลี่ย 26-50 หมายถึง มีการจัดการตนเองระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย 51-75 หมายถึง มีการจัดการตนเองระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 76-100 หมายถึง มีการจัดการตนเองระดับดี

ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับความสุขของผู้สูงอายุโรคหัวใจ ผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือวัดระดับความสุขของพลอยชมพู สุขเกษม ประกอบไปด้วย 5 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านการเงิน¹² ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ คำถามที่มีความหมายทางบวกทั้ง 24 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบแต่ละข้อเกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยความสุขออกเป็น 3 ระดับ โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน¹⁶ ค่าคะแนนที่อยู่ในช่วง $\bar{X} + 1S.D.$ กำหนดให้เป็นระดับปานกลาง ค่าคะแนนที่น้อยกว่า $\bar{X} - 1S.D.$ กำหนดให้เป็นระดับน้อย และค่าคะแนนที่มากกว่า $\bar{X} + 1S.D.$ กำหนดให้เป็นระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของข้อคำถาม จากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหัวใจ 1 ท่านและด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหัวใจที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คนและนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.94 และ 0.88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่หนังสือ คมจ.พบ. 016/2560 เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2560 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการทำวิจัย ก่อนการเก็บข้อมูลและให้กลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมในการเก็บข้อมูลด้วย

ความสมัครใจ ซึ่งหากระหว่างการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการวิจัยได้ โดยข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และการนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือจากสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย หลังได้รับอนุญาตจากหัวหน้างาน ผู้วิจัยติดต่อเจ้าหน้าที่ประจำการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้ช่วยคัดเลือกเพิ่มประวัติผู้สูงอายุที่มีประวัติโรคหัวใจ หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่รับผิดชอบปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่มีผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่างพักอาศัยอยู่ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือ ในการประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากผู้ป่วยไม่สามารถอ่านข้อคำถามด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามและตอบให้กลุ่มตัวอย่างที่ละข้อและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกข้อความที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนระดับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคหัวใจและระดับความสุขของผู้สูงอายุโรคหัวใจ โดยการหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. หลังจากผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ การจัดการตนเอง

และความสุขแยกตามรายด้าน และความสัมพันธ์ของการจัดการตนเองและความสุขในภาพรวม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 88 คน เพศชายและเพศหญิงร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปีคิดเป็นร้อยละ 55.7 รองลงมาอยู่ในช่วง 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 33 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 79.5 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 70.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 94.3 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่อยู่กับสมาชิก

ในครอบครัวจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 โรคหัวใจที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดคิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมาคือโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ คิดเป็นร้อยละ 15.9 โรคร่วมที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 48.9 และ 31.8 ตามลำดับ ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1 และระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 46.6 และ 38.9 ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ (18.5-24.9) คิดเป็นร้อยละ 58 รองลงมาดัชนีมวลกายอยู่ในระดับ 25-29.9 คิดเป็นร้อยละ 29.5 ตามลำดับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.4 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 2.06 ครั้ง

ตารางที่ 1 ระดับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคหัวใจในภาพรวมและแยกตามรายด้าน

การจัดการตนเองแยกตามรายด้าน	ระดับการจัดการตนเอง n (%)			
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ปานกลาง	ดี
การจัดการตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ	3(3.4)	14(58)	43(35.2)	28(31.8)
การจัดการตนเองเพื่อจัดการอาการ	3(3.4)	51(58)	31(35.2)	3(3.4)
ความมั่นใจในการจัดการตนเอง	10(11.4)	32(36.4)	34(38.6)	12(13.6)
การจัดการตนเองในภาพรวม	0	27(30.7)	53(60.2)	8(9.1)

ค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองในภาพรวม (mean ± S.D.) 34.93 ± 8.21

จากตารางที่ 1 ระดับการจัดการตนเองแยกตามรายด้านพบว่า การจัดการตนเองเพื่อรักษาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 58 การจัดการตนเองเพื่อจัดการอาการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 58 และความมั่นใจในการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.6 และการจัดการตนเองในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.2

ตารางที่ 2 ระดับความสุขของผู้สูงอายุโรคหัวใจในภาพรวมและแยกตามรายด้าน

ความสุขแยกตามรายด้าน	ระดับความสุข n (%)		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
ความสุขด้านร่างกาย	19(21.6)	69(78.4)	0(0)
ความสุขทางจิตใจ	11(12.5)	63(71.6)	14(15.9)
ความสุขทางอารมณ์	14(15.9)	60(68.2)	14(15.9)
ความสุขทางสังคม	15(17.0)	63(71.6)	10(11.4)
ความสุขทางการเงิน	11(12.5)	64(72.7)	13(14.8)
ความสุขภาพรวม	13(14.8)	59(67.0)	16(18.2)

คะแนนความสุขภาพรวม (mean ± S.D.) 91.87 ± 10.66

จากตารางที่ 2 ระดับความสุขแยกตามรายด้านพบว่า ความสุขด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 78.4 ความสุขทางด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.6 ความสุขทางด้านอารมณ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.2 ความสุขทางด้านสังคมและความสุขทางด้านการเงินส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.6 และ 72.7 ตามลำดับ และระดับความสุขของผู้สูงอายุโรคหัวใจส่วนใหญ่ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการจัดการตนเองและความสุขแยกตามรายด้านของผู้สูงอายุโรคหัวใจ (n = 88)

การจัดการตนเองรายด้าน	ความสุขด้าน				
	ร่างกาย	จิตใจ	อารมณ์	สังคม	การเงิน
เพื่อรักษาสุขภาพ	0.302**	0.533***	0.288**	0.252*	0.322**
เพื่อจัดการอาการ	0.030	0.333**	0.217*	0.226*	0.170
ความมั่นใจในการจัดการตนเอง	0.318**	0.258*	0.228*	0.157	0.432***

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

จากตารางที่ 3 พบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในทุกด้าน โดยเมื่อคะแนนการจัดการตนเองในด้านต่างๆเพิ่มขึ้น ก็จะทำให้คะแนนความสุขเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาแยกตามรายด้านพบว่า การจัดการตนเองเพื่อรักษาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งด้านที่มีระดับความสัมพันธ์มากที่สุดได้แก่ ด้านจิตใจ (r = 0.533)

รองลงมาได้แก่ ด้านการเงิน (r = 0.322) ตามลำดับ การจัดการตนเองเพื่อจัดการอาการมีความสัมพันธ์ต่อความสุขด้านจิตใจมากที่สุด (r = 0.333) รองลงมาได้แก่ ความสุขด้านสังคม (r = 0.226) ตามลำดับ ความมั่นใจในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อความสุขทางด้านการเงินมากที่สุด (r = 0.432) รองลงมาได้แก่ ความสุขทางด้านร่างกาย (r = 0.318) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการจัดการตนเองและระดับความสุขของผู้สูงอายุโรคหัวใจ (N = 88)

	คะแนนความสุข	ระดับความสัมพันธ์
การจัดการตนเอง	.624**	ปานกลาง

** p< .01

จากตารางที่ 4 การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = 0.624) ในระดับปานกลาง

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 34.93$, S.D. = 8.21) และเมื่อพิจารณา

ตามรายด้านพบว่า ด้านการรักษาสุขภาพ และการจัดการอาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจมาเป็นระยะเวลาไม่นาน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปีและนอนโรงพยาบาลด้วยสาเหตุของโรคหัวใจจำนวน 2 ครั้ง ซึ่งประสบการณ์ในการเจ็บป่วยยังไม่นานพอ ประกอบกับระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษาอาจส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจ¹⁷ ส่วนความมั่นใจในการจัดการตนเอง

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นผลจากประสบการณ์ในการเจ็บป่วยยังค่อนข้างน้อย หรือขาดแหล่งสนับสนุน เช่น จากบุคลากรด้านสุขภาพ จากแหล่งความรู้อื่นๆ ที่น่าเชื่อถือ เป็นต้น รวมทั้งระยะเวลาการเจ็บป่วยก็เป็นประสบการณ์เรียนรู้ที่จะทำให้ความมั่นใจในการดูแลตนเองได้¹¹ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวเพียง 1-2 คน อาจเป็นเพราะในสังคมปัจจุบัน หนุ่มสาวในวัยทำงานส่วนใหญ่เดินทางเข้าไปทำงานในเมือง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ซึ่งตามปกติแล้วอายุที่มากขึ้นก็มีผลต่อระดับการดูแลตนเอง และเมื่อต้องอยู่กันตามลำพังอาจทำให้ระดับการจัดการเรื่องสุขภาพหรือความใส่ใจด้านสุขภาพลดลงได้ หากไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม¹⁸ นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 54.5) ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันก็มีมากขึ้น แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในการเข้าตรวจตามนัดแต่ละครั้ง จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมทั้งทางตรงและทางอ้อม² เช่นค่าเดินทาง ค่าอาหาร รวมทั้งยังเกิดการสูญเสียรายได้ในวันที่ต้องมาตรวจตามนัด เพราะต้องใช้เวลาเกือบทั้งวันในการรอเพื่อรับการตรวจรักษา โดยส่วนใหญ่อาศัยเป็นหลักส่วนใหญ่ของชาวจังหวัดเพชรบุรีคือ อาชีพเกษตรกรรม ดังนั้นเมื่อเป็นโรคหัวใจ จึงทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายที่นำมาเป็นส่วนในการดูแลสุขภาพลดลง ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับการจัดการตนเองได้

2. ระดับความสุขของผู้สูงอายุโรคหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 91.87 \pm 10.66$ และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่า ระดับความสุขในทุกรายด้านของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน การที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสุขอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของมนุษย์ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรังเช่นโรคหัวใจ ซึ่งผลกระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยอาจเกิดอาการกำเริบ ไม่ว่าจะป็นอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก ใจสั่น หรืออาการอื่นที่คุกคามชีวิต ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ หรือต้องคอยระมัดระวังอาการที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน จึงส่งผลกระทบต่อความสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ได้ จากผลการวิจัยที่พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสุขทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะระดับความรุนแรงของโรคหัวใจส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ 1-2 ซึ่งไม่รุนแรงมาก ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองหรือดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ จึงไม่ส่งผลต่อระดับความสุขในด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์มากนัก นอกจากนี้ลักษณะสังคมและวัฒนธรรมของครอบครัวในจังหวัดเพชรบุรี ยังเป็นสังคมกึ่งชนบท เป็นสังคมที่มีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะสังคมต่างจังหวัด มักจะมีการไปมาหาสู่กันระหว่างเพื่อนบ้าน และอาการทางร่างกายไม่ส่งผลต่อการเข้าสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้ระดับความสุขทางด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁹ ที่ทำการศึกษาความสุขในผู้สูงอายุในบราซิลพบว่าความพึงพอใจในชีวิต การเข้าสังคม และความเครียดมีผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยจะเห็นว่า ความสุขในแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงกัน และในฐานะบุคลากรด้านสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงควรมีการประเมินความสุขให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเงิน เพื่อจะได้เป็นแนวทางช่วยเหลือหรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองและระดับความสุขของผู้สูงอายุโรคหัวใจในภาพรวมพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .624$) ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการจัดการตนเองในระดับสูงจะมีระดับความสุขในระดับที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการจัดการตนเองในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษา²⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความมั่นใจในตนเองมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์แยกตามรายด้านพบว่า หากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองด้านการรักษาสุขภาพเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้คะแนนความสุขเพิ่มขึ้นในทุกด้าน ซึ่งเกิดจากเมื่อบุคคลมีสุขภาพที่ดี อาการกำเริบที่เกิดจากโรคหัวใจน้อยลง จึงส่งผลให้เกิดความเครียดจากการเจ็บป่วยลดลง ทำให้ความทุกข์ด้านจิตใจและอารมณ์ลดลงไปด้วย สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้มากขึ้น และไม่ต้องสูญเสียเงินหรือรายได้ไปกับความเจ็บป่วย และเมื่อมีความมั่นใจในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น มีผลต่อการเพิ่มของความสุขเกือบครบทุกด้าน เว้นความสุขด้านสังคมอาจเนื่องมาจากความมั่นใจในการจัดการตนเอง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเฉพาะตน จึงอาจไม่มีผลโดยตรงต่อความสุขด้านสังคม

ส่วนการจัดการตนเองเพื่อการจัดการอาการส่งผลต่อความสุขในด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมซึ่งเมื่อบุคคลสามารถจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ย่อมส่งผลดีทั้งต่อทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าการจัดการตนเองในด้านการรักษาสุขภาพ และด้านการจัดการอาการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้นบุคลากรสายสุขภาพในชุมชนควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรค โดยคอยติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยอาจมีการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ และที่สำคัญผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการพึ่งพาสูงเมื่อเกิดโรคเรื้อรัง ดังนั้นการให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลจะทำให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีและมีความยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาแบบติดตามระยะยาวเพื่อหาข้อมูลเชิงสาเหตุของระดับความสุขในผู้สูงอายุโรคหัวใจ
2. ศึกษาตัวแปรซึ่งอาจมีผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุโรคหัวใจเพิ่มขึ้น เช่น การดูแลตัวเองในด้านการติดตามการรักษา หรือการจัดการตนเอง และมีการประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความสุขและการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจ เช่น ความเร็วในการเดินหรือตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้อง เช่น ความดันโลหิต เป็นต้น

References

1. World Health Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization. 2015.
2. Yazdanyar A, Newman AB. The Burden of Cardiovascular Disease in the Elderly: Morbidity, Mortality, and Costs. Clinics in Geriatric Medicine. 2009; 25(4):563-77.
3. DeVon, H. A, Vuckovic, K, Ryan, C. J, Barnason, S, Zerwic, Pozehl, B, et al. Systematic review of symptom clusters in cardiovascular disease. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2017; 16(1):6-17.
4. Pitsadee Minsiri and Achara Suksamran. Perceived Self-Efficacy among Elderly People with a Chronic Disease in Phetchaburi Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2019; 6:69-79. (in Thai)
5. Rich MW. Heart disease in the elderly. In: Essential Cardiology: Principles and Practice. 2013.
6. Ruedej R, Nimit-arnun N and Roojanavech S. The Effects of Buddhist Meditation Therapy Program on Life Happiness of the Elderly with Hypertension at a Community in Phetchaburi Province. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2018; 190:289-298. (in Thai)
7. Sukanya W. Roles of Older Adults Who are Happy-living with Their Families in Suburban Communities, Nakhon Ratchasima Province. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. 2010; 16(1): 50-59. (in Thai)
8. Ma L, Li Y, Feng M. Positive emotion and cardiovascular disease in elderly people. International Journal of Clinical and Experimental Medicine. 2015; 8(5): 6682-6686.
9. Angner E, Miller MJ, Ray MN, Saag KG, Allison JJ. Health literacy and happiness: A community-based study. Social Indicators Research. 2010; 95(2):325-338.
10. Bosworth HB, Powers BJ, Oddone EZ. Patient Self-Management Support: Novel Strategies in Hypertension and Heart Disease. Cardiology Clinics. 2010; 28(4):655-663.
11. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. Advances in Nursing Science. 2012; 35(3): 194-204.
12. Maneesukkasem P. Happiness assessment tool for elderly people. (thesis). Chulalongkorn University, Thailand. 2013. (in Thai)

13. Denise F. Polit Bernadette P. Hungler. Nursing Research: Principles and Methods. 6thed. Lippincott. 1999.
14. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, and Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiac Failure*. 2004; 10(4):350-360.
15. Suwanno J, Petpichetchian W, Riegel B, Issaramalai SA. A model predicting health status of patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009; 24(2):118-126.
16. Cook A, Netuveli G, Sheikh A. *Basic Skills In Statistics : A Guide For Healthcare Professionals*. Bridgwater: Class Publishing; 2006.
17. Brown JP, Clark AM, Dalal H, Welch K, Taylor RS. Patient education in the management of coronary heart disease. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017; 6(6):4-23.
18. Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA, Kaslow NJ. Family Influences on Heart Failure Self-care and Outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2008; 23(3):258-265.
19. Luchesi BM, de Oliveira NA, de Moraes D, de Paula Pessoa RM, Pavarini SCI, Chagas MHN. Factors associated with happiness in the elderly persons living in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2018; 74:83-87.
20. Britz JA, Dunn KS. Self-care and quality of life among patients with heart failure. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2010; 22(9):480-487.