

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม สุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับ การขยายหลอดเลือดหัวใจ

เอกพลพลเดช เดชแก้ว, พย.ม.¹ นิภาวรรณ สามารถกิจ, Ph.D.^{2*} เขมารตี มาสิงบุญ, D.S.N.³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 6-12 เดือน ที่มาตรวจติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดมหาวิทยาลัย จำนวน 107 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดช่วงเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความเครียดในการดำเนินชีวิต ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ที่ .85, .87, .95 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .714, p < .001$; $r = .639, p < .001$ ตามลำดับ) และความเครียดในการดำเนินชีวิตสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.658, p < .001$)

ผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลควรออกแบบการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และลดความเครียดในการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: nsamartkit@gmail.com

Relationships of Perceived Self-Efficacy, Lifestyle Stress, and Social Support to Health Behaviors in Adults with Acute Coronary Syndrome Post Percutaneous Coronary Intervention

Aeckapholholladet Detkaew, M.N.S.¹, Niphawan Samartkit, Ph.D.^{2*}

Khemaradee Masingboon, D.S.N.³

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationships of perceived self-efficacy, lifestyle stress, and social support to health behaviors in adults with acute coronary syndrome post percutaneous coronary intervention. The sample was 107 adults who routinely followed up at the heart clinic in the outpatient department of a tertiary hospital, Bangkok. Data were collected from December 2020 to March 2021. Instruments included a demographic record form, the Thai version of the Cardiac Health Behavior Scale, the Thai version of the General Perceived Self-Efficacy Scale, the Thai version of the Social Support of People with Coronary Heart Disease Scale, and the Thai version of the Perceived Stress Scale. Reliability coefficients were .85, .87, .95, and .85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The research results showed that perceived self-efficacy and social support had positive, significant relationships to health behaviors ($r = .714, p < .001$; $r = .639, p < .001$ respectively), while lifestyle stress had a negative, significant relationship to health behaviors ($r = -.658, p < .001$). The findings suggest that nurses should develop nursing programs for this type of patient to help them beneficially modify health behaviors by increasing perceived self-efficacy and social support and by reducing lifestyle stress in order to prevent recurrent coronary syndrome.

Keywords: Health behaviors, acute coronary syndrome, self-efficacy, lifestyle stress, social support

¹ Student of Master student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: nsamartkit@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก ในประชากรอเมริกัน พบความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 35.00 ส่วนปี พ.ศ. 2563 พบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 48.00 (American Heart Association, 2015, 2020) ส่วนประชากรไทย พบความชุกดังกล่าวเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน แม้ว่าส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะเป็นวัยสูงอายุ แต่จากรายงานในปี พ.ศ. 2560 พบความชุกของโรคหัวใจขาดเลือดในวัยผู้ใหญ่อายุ 15-59 ปี 1,857.48 คน ต่อแสนประชากร ส่วนในปี พ.ศ. 2561 พบแนวโน้มความชุกดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็น 3,655.59 คน ต่อแสนประชากร ด้วยความชุกที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นประเด็นสำคัญที่ระบบบริการสุขภาพควรตระหนักถึง เนื่องด้วยวัยผู้ใหญ่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศและเป็นสิ่งที่พึงพิงของครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการกลับเป็นซ้ำหรือการเสียชีวิตย่อมส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวและประเทศชาติทั้งสิ้น (Department of Disease Control, Ministry of Public Health Thailand, 2017, 2018)

ด้วยเหตุที่ผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้ว มักจะเป็นกลุ่มที่ยังสามารถกลับไปทำงานและใช้ชีวิตดั้งเดิม และด้วยวัยนี้จะมีการดำเนินชีวิตภายใต้ความเครียดโดยต้องรับผิดชอบชีวิตครอบครัวและหน้าที่การงาน โดยเฉพาะการดำเนินชีวิตในบริบทสังคมเมืองที่ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว หัวหน้าครอบครัวจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อภาระต่าง ๆ ภายใต้การใช้ชีวิตที่เร่งรีบ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารจานด่วน ไม่ออกกำลังกาย นอนหลับไม่เพียงพอ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ต้องทำงานล่วงเวลาเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว รวมไปถึงการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสมด้วยการสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการต้องกลับไปดำเนินชีวิตภายใต้ความเครียดเพื่อรับผิดชอบต่อภาระต่าง ๆ นี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหัวใจขาดเลือดซ้ำ (Song et al., 2019)

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน มีอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำ ถึงร้อยละ 42.60 ซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพ โดย ร้อยละ 23.08 ไม่ออกกำลังกาย

ร้อยละ 22.06 ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 18.89 ยังคงสูบบุหรี่อยู่ (Oliveira et al., 2019) ร้อยละ 33.00 หยุดรับประทานยาในช่วง 6 เดือน หลังจำหน่ายกลับบ้าน (Mathews et al., 2015) และ Dibao-Dina et al. (2018) พบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตนเหมาะสมตามคำแนะนำลดลง ในช่วง 6 เดือน จากร้อยละ 38 ลดเหลือร้อยละ 30 ในช่วง 12 เดือน และลดลงเป็น ร้อยละ 10.00 ในช่วง 72 เดือน หลังจำหน่ายกลับบ้าน จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจะพบได้ตั้งแต่ 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน และมีแนวโน้มจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมลดลงหลังจำหน่ายกลับบ้านตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ จากการชี้แนะของทฤษฎีการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในมิติด้านกระบวนการ ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อได้รับความรู้จนพัฒนาเป็นความเชื่อ ซึ่งความรู้และความเชื่อ มีผลให้เกิดสมรรถนะแห่งตนที่นำไปสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องเป้าหมาย จนพัฒนาเป็นความสามารถในการกำกับตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเองและการสะท้อนคิด การตัดสินใจ การวางแผนปฏิบัติพฤติกรรม การประเมินตนเอง และการจัดการทั้งทางร่างกาย อารมณ์หรือความเครียดในการดำเนินชีวิต และความคิดที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยหากได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะยิ่งส่งเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมเหมาะสมมากขึ้น (Ryan & Sawin, 2009) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยในมิติกระบวนการ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 6-12 เดือน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยในมิติกระบวนการด้านความรู้และความเชื่อ ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลจนเกิดเป็นความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ ที่นำไปสู่ความสามารถในการกำกับพฤติกรรมของตน ที่มีผลโดยตรงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Ryan & Sawin, 2009) จากการศึกษาของ Chaiwong, Duangpaeng, and Masingboon (2014) พบว่า การรับรู้

สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = .70$) สอดคล้องกับ Khodaminasab, Reisi, Vahedparast, Tahmasebi, and Javadzade (2019) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป ($r = .57$) และ Sukrueangkul, Vannarit, and Tachaudomdach (2019) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 3-12 เดือน ($r = .62$)

ความเครียดในการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยในมิติกระบวนการด้านการควบคุมอารมณ์ ซึ่งอยู่ในกระบวนการกำกับตนเองที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Ryan & Sawin, 2009) Zawadzki, Sliwinski, and Smyth (2018) พบว่า ความเครียดสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ ($r = -.24$) และความผาสุกทางจิตใจ ($r = -.30$) ในบุคคลวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับ Milicic et al. (2016) ที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = -.24$)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่คอยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการกำกับตนเองให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมมากขึ้น (Ryan & Sawin, 2009) Chaiwong et al. (2014) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r = .61$) สอดคล้องกับ Alizadeh et al. (2018) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r = .511$) Khodaminasab et al. (2019) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = .40$)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ และทุกช่วงเวลาหลังจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งลักษณะ

การดำเนินชีวิตของทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รวมไปถึงพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละช่วงเวลาหลังจำหน่ายกลับบ้านนั้นมีความแตกต่างกัน อีกทั้งส่วนมากยังคงศึกษาในผลลัพธ์ระยะยาวทางสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการประเมินเนื่องด้วยพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ระยะสั้นที่สำคัญต่อการประเมินและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ อายุ 20-60 ปี ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 6-12 เดือน ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแล และการออกแบบกิจกรรมการพยาบาล โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรก หลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม และป้องกันการกลับเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดซ้ำ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในผู้ใหญ่ที่มีภาวะดังกล่าวและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

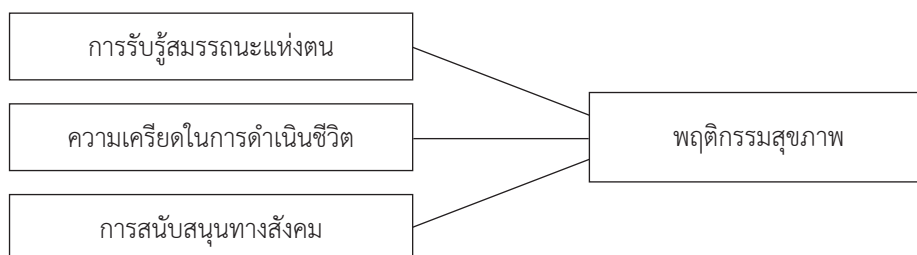
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 6-12 เดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ศึกษาภายใต้ทฤษฎีการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว (The Individual and Family Self-Management Theory [TIFSMT]) ของ Ryan and Sawin (2009) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทฤษฎีการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว กล่าวว่า การจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้นั้น ต้องได้รับความรู้จนพัฒนาเป็นความเชื่อ ซึ่งความรู้และความเชื่อมีผลทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อันนำไปสู่ความสามารถในการควบคุมอารมณ์หรือความเครียดในการดำเนินชีวิต รวมถึงการกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตน โดยมีปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมเข้ามาส่งเสริมทางบวกให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยหลังจากผ่าน

เข้าสู่มิติด้านกระบวนการดังกล่าวแล้ว จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Sukrueangkul et al., 2019; Milicic et al., 2016; Alizadeh et al., 2018; Khodaminasab et al., 2019) เขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 6-12 เดือน ที่มาตรวจติดตามอาการ ณ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร สุ่มตัวอย่างโดยกำหนดช่วงเวลา (Jirawatkul, 2014) ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) มีประวัติเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรก 2) อายุระหว่าง 20-60 ปี 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 4) ไม่มีโรคร่วมหรือความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันหรือแตก โรคกระดูกเป็นต้น 5) มีความสามารถในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์ New York Heart Association Functional Classification (NYHA) ในระดับที่ 1 หรือ 2 และกำหนดเกณฑ์การยุติการศึกษา คือ ขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่สบายทางกาย เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย หน้ามืด เจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตร

ของ Tabachnick and Fidell (2007) คือ $N \geq 104 + M$ เมื่อ N = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง M = จำนวนตัวแปรต้น (การศึกษานี้มีจำนวนตัวแปรต้นทั้งหมด 3 ตัวแปร) ดังนั้นได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคือ ≥ 107 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองความสามารถในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์ NYHA

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และบทบาทในครอบครัว 2) แบบสอบถามข้อมูลภาวะสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ประวัติการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม การรับรู้ประวัติการเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดของตน การรับรู้โอกาสการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจขาดเลือด และการมาตรวจติดตามอาการตามนัด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ (The Cardiac Health Behavior Scale) ซึ่งพัฒนาโดย Song, Oh, Ahn, & Moorhead (2018) ผู้วิจัยแปลแบบสอบถามนี้ เป็นภาษาไทย ด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ (Detkaew, 2021) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 5 มิติ คือ การรับผิดชอบต่อสุขภาพของตน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการไม่สูบบุหรี่ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็น

แบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ โดยที่ 1 คะแนน หมายถึงไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเลย ส่วน 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นประจำทุกวัน การแปลความหมายคะแนนคือ ค่าคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (The General Perceived Self-Efficacy Scale) พัฒนาโดย Schwarzer and Jerusalem (1995) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย ด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับโดย Sukmak, Sirisoonthon, and Meena (2001) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ แบบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่ตรงกับความเป็นจริงในสถานการณ์ของผู้ตอบ ถึง 4 คือ ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดกับสถานการณ์ของผู้ตอบ การแปลความหมายของคะแนน คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนสูง หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Social Support of People with Coronary Heart Disease) พัฒนาโดย Kähkönen, Kankkunen, Miettinen, Lamidi, and Saaranen (2017) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย ด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ โดย Olanwat (2018) ประกอบด้วย 3 มิติ คือ การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการทำบทบาทหน้าที่ มีข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด 14 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่ตรงกับ การรับรู้ในสถานการณ์ของผู้ตอบ ถึง 5 คือ ตรงกับการรับรู้ในสถานการณ์ของผู้ตอบมากที่สุด การแปลความหมายของคะแนนคือ ค่าเฉลี่ยคะแนนสูง หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความเครียดในการดำเนินชีวิต (The Perceived Stress Scale) พัฒนาโดย Cohen (1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2010) ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ การให้คะแนน ตั้งแต่ 0 คือ ไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย ถึง 4 คือ เกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำทุกวัน ข้อคำถามเชิงบวกจะแปลงคะแนนกลับด้าน การแปลความหมายของคะแนนคือ ค่าเฉลี่ยคะแนน

สูง หมายถึง รับรู้ถึงความเครียดในการดำเนินชีวิตสูง

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของป่วยโรคหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความเครียดในการดำเนินชีวิต ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85, .87, .95 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (G-HS 052/2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. MURA2020/1641)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานเข้าพบพยาบาลหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และนำไปสเตอร์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยไปตั้ง ณ บริเวณจุดคัดกรองหน้าแผนก เพื่อให้พยาบาลเป็นผู้ประชาสัมพันธ์และคัดกรองกลุ่มเป้าหมายโดยส่งต่อกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวให้ผู้วิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ กิจกรรม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่ใช้ เมื่อกลุ่มเป้าหมายเข้าใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 25-30 นาที ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่ามีการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ (Normality) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับ

ความสัมพันธ์ ดังนี้ $r > 0.50$ = ความสัมพันธ์สูง, r อยู่ระหว่าง $0.30 - 0.50$ = ความสัมพันธ์ปานกลาง และ $r < 0.30$ = ความสัมพันธ์ต่ำ (Burns & Grove, 2005)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์ NYHA ระดับที่ 1 ร้อยละ 98.13 เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.37 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ร้อยละ 93.46 มีอายุเฉลี่ย 52.95 ปี ($SD = 6.48$) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.77 ส่วนมากมีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 39.25 รองลงมาคือมีระดับการศึกษาปริญญาโท ร้อยละ 22.34 ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 46.94 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน $> 67,500$ บาท ร้อยละ 45.79 มีบทบาทในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 79.44 ส่วนใหญ่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประเภท

Non ST-segment elevation myocardial infraction ร้อยละ 84.11 มีประวัติระยะเวลาที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาแล้ว 12 เดือน ร้อยละ 41.12 ระบุว่าไม่มีประวัติการเป็นภาวะหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 77.57 และระบุว่าภาวะหัวใจขาดเลือดกลับเป็นซ้ำได้ ร้อยละ 92.57 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม ร้อยละ 92.52 ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด ร้อยละ 38.27 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 35.71 และมีการมาตรวจติดตามอาการตามนัดอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 95.33

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง ($r = .714, p < .001; r = .639, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนความเครียดในการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง ($r = -.658, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในการดำเนินชีวิตกับพฤติกรรมสุขภาพ ($n = 107$)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพ	
	r	p
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.714	< .001
ความเครียดในการดำเนินชีวิต	-.658	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.639	< .001

การอภิปรายผล

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 6-12 เดือน Ryan and Sawin (2009) กล่าวว่าบุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ตามคำแนะนำ ต้องได้รับข้อมูลจนเกิดเป็นองค์ความรู้และพัฒนาเป็นความเชื่อ ซึ่งความรู้และความเชื่อนั้น มีผลทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับเป้าหมายและนำไปสู่การพัฒนาเป็นความสามารถในการกำกับตนเอง เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากถึงร้อยละ 95.33 มาตรวจติดตามอาการตามนัด

อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน โดยร้อยละ 77.57 ระบุว่าตนมีประวัติการเป็นภาวะหัวใจขาดเลือด และระบุว่าตนมีโอกาสเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 92.57 นอกจากนี้ด้วยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 39.25 และปริญญาโท ร้อยละ 22.34 ทำให้สามารถสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้จนพัฒนาเป็นความเชื่อที่นำไปสู่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiwong et al. (2014) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง และ Sukrueangkul et al., (2019) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพตนเอง เช่นเดียวกับ Khodaminasab et al., (2019) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง

2. ความเครียดในการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังจากได้รับการขยายหลอดเลือด หัวใจ 6-12 เดือน Ryan and Sawin (2009) กล่าวว่า ความสามารถที่จะกำกับตนเองนั้น รวมไปถึงความสามารถที่จะจัดการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และความคิด ซึ่งความเครียดนี้ ถือเป็นอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงร้อยละ 93.46 ซึ่งเป็นวัยที่ความเครียดถูกสะสมมาสู่ระยะหนึ่งของชีวิต ทั้งจากภาระครอบครัว ที่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.77 โดยเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 79.44 และความเครียดจากหน้าที่การงานที่ส่วนมากประกอบอาชีพ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 46.94 ที่มีภาระต้องรับผิดชอบสูง โดยเฉพาะการเป็นผู้บริหาร ด้วยความเครียดในการดำเนินชีวิต และหน้าที่การงานดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเครียดในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลเชิงลบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zawadzki et al., (2018) ที่พบว่า ความเครียดของบุคคลวัยผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับและความผาสุกทางจิตใจ และ Milicic et al. (2016) ที่พบว่า ความเครียดในกลุ่มผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ

3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังจากได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 6-12 เดือน Ryan and Sawin (2009) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการกำกับตนเอง ให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมมากขึ้น ด้วยเหตุที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ที่ต้อง

ใช้ชีวิตตามภารกิจเชิงพัฒนาการทั้งชีวิตครอบครัว ที่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 74.77) ซึ่งทำให้ได้รับการดูแลสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งด้านชีวิตการทำงานที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 46.94 ที่มีความมั่นคงทั้งด้านรายได้และระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนให้สามารถมาตรวจติดตามอาการได้อย่างต่อเนื่อง ถึงร้อยละ 95.33 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจขาดเลือด ตลอดจนมีโอกาสสอบถามบุคลากรทางการแพทย์ถึงประเด็นที่ตนมีข้อสงสัยหรือวิตกกังวลอยู่ มีการให้กำลังใจกันระหว่างตัวผู้ป่วยเองกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อร่วมงาน หรือผู้ป่วยโรคหัวใจคนอื่น ๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiwong et al. (2014) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง และ Alizadeh et al. (2018) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำ และ Khodaminasab et al. (2019) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ปฏิบัติที่พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ ไปออกแบบการพยาบาลที่มุ่งเน้นส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และสอนการจัดการความเครียดในการดำเนินชีวิตในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังจากได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และลดความเครียดในการดำเนินชีวิต

References

- Alizadeh, M., Feizollahzadeh, H., Abdollahzadeh, F., Hasankhani, H., Dadashzadeh, A., & Rezaei, T. (2018). The relationship between self-efficacy and compliance with self-care behaviors in patients with acute coronary syndrome after coronary angioplasty in Shahid Madani hospital, 2016: A health belief model. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 6(3), 415-420.
- American Heart Association. (2015). Heart disease and stroke statistics-2015 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 131(4), e29-e322.
- American Heart Association. (2020). Heart disease and stroke statistics-2020 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 141(9), e139-e596.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). Missouri: Elsevier Saunders.
- Chaiwong, N., Duangpaeng, S., & Masingboon, K. (2014). Factors influencing self-management behaviors among acute myocardial infarction patients. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 9(3), 112-119. [In Thai]
- Cohen, S. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In *The Social Psychology of Health*. (pp. 31-67). Thousand Oaks, CA, US : Sage Publication, Inc.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health Thailand. (2017). *Annual report 2017*. Retrieved From <http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=12986&gid=1-015-008>. [In Thai]
- Department of Disease Control Ministry of Public Health Thailand. (2018). *Coronary artery disease (CAD) situation in 2018*. Retrieved From <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227091554.pdf>. [In Thai]
- Detkaew, A. (2021). *Factors influencing health behaviors in adults with acute coronary syndrome post percutaneous coronary intervention*. Thesis. Chonburi: Burapha University. [In Thai]
- Dibao-Dina, C., Angoulvant, D., Lebeau, J. P., Peurois, J. E., Abdallah El Hirtsy, K., & Lehr-Drylewicz, A.-M. (2018). Patients' adherence to optimal therapeutic, lifestyle and risk factors recommendations after myocardial infarction: Six years follow-up in primary care. *PLOS ONE*, 13(9), e0202986.
- Jirawatkul, A. (2014). *Statistics in research: Appropriate selection*. Bangkok: Wittayapat publisher. [In Thai]
- Kähkönen, O., Kankkunen, P., Miettinen, H., Lamidi, M. L., & Saaranen, T. (2017). Perceived social support following percutaneous coronary intervention is a crucial factor in patients with coronary heart disease. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1264-1280.
- Khodaminasab, A., Reisi, M., Vahedparast, H., Tahmasebi, R., & Javadzade, H. (2019). Utilizing a health-promotion model to predict self-care adherence in patients undergoing coronary angioplasty in Bushehr, Iran. *Patient Preference and Adherence*, 13, 409.

- Mathews, R., Peterson, E. D., Honeycutt, E., Chin, C. T., Effron, M. B., Zettler, M., . . . Wang, T. Y. (2015). Early medication nonadherence after acute myocardial infarction: Insights into actionable opportunities from the Treatment with ADP receptor inhibitors: Longitudinal assessment of treatment patterns and events after acute coronary syndrome (TRANSLATE-ACS) study. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 8(4), 347-356.
- Milicic, D., Brajković, L., Ljubas Maček, J., Andrić, A., Ardalić, Ž., Buratović, T., & Marčinko, D. (2016). Type a personality, stress, anxiety and health locus of control in patients with acute myocardial infarction. *Psychiatria Danubina*, 28(4), 409-414.
- Olanwat, K. (2018). *Selected factors related to depression in patients with acute coronary syndrome, general hospital*. Master's thesis. Bangkok: Chulalongkorn University. [In Thai]
- Oliveira, L. M. S. M. d., Costa, I. M. N. B. d. C., Silva, D. G. d., Silva, J. R. S. S., Barreto-Filho, J. A. S., Almeida-Santos, M. A., . . . Sousa, A. C. S. (2019). Readmission of patients with acute coronary syndrome and determinants. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(1), 42-49.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217-225. e216.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). *Generalized self-efficacy scale*. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK : NFER - NELSON.
- Song, H., Fang, F., Arnberg, F. K., Mataix-Cols, D., de la Cruz, L. F., Almqvist, C., . . . Valdimarsdóttir, U., A., (2019). Stress related disorders and risk of cardiovascular disease: Population based, sibling controlled cohort study. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 365, l1255. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1255>.
- Song, R., Oh, H., Ahn, S., & Moorhead, S. (2018). Validation of the cardiac health behavior scale for Korean adults with cardiovascular risks or diseases. *Applied Nursing Research*, 39, 252-258.
- Sukmak, V., Sirisoonthon, A., & Meena, P. (2001). Validity of the general perceived self-efficacy scale. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 47(1), 31-37.
- Sukrueangkul, A., Vannarit, T., & Tachaudomdach, C. (2019). Factors predicting health promoting behaviors among persons with coronary artery disease and undergone percutaneous coronary intervention. *Nursing Journal* 43(6), 118-129. [In Thai]
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Allyn and Bacon: Boston, MA.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(1), 6.
- Zawadzki, M. J., Sliwinski, M. J., & Smyth, J. M. (2018). Perseverative cognitions and stress exposure: Comparing relationships with psychological health across a diverse adult sample. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(2), 1060-1072.