



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*

แจ่มศรี เสมาเพชร พย.ม.**

วิพร เสนารักษ์ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับการรักษาด้วยยาที่แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงเดือน 1 เมษายน 2555 – 31 สิงหาคม 2555 จำนวน 50 ราย สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายกลุ่มละ 25 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89 และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89 ดำเนินการศึกษาโดยให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการให้การพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการศึกษาครบ 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติทดสอบที ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วยสถิติ paired t-test และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย เสนอแนะว่า ควรมีการนำรูปแบบโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นรูปแบบการสอนเพื่อเป็นแนวทางเดียวกันเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการครั้งแรกสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์เฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิต และควรมีการวิจัยต่อเนื่องถึงผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับตัวแปรอื่นๆ เช่น การเกิดเหตุการณ์โรคหัวใจกำเริบ เช่น เจ็บหน้าอก เป็นลม หัวใจหยุดเต้น เป็นต้น

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตมากที่สุดสาเหตุหนึ่งในทุกประเทศทั่วโลก¹⁻⁴ ส่วนในประเทศไทยนั้น โรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 รองจากมะเร็ง อุบัติเหตุ และโรคหลอดเลือดสมอง⁵ โดยศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นเป็น 682 ราย ในขณะที่ปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วย 586 ราย และ 544 ราย ตามลำดับ⁶ ซึ่งเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบว่า จะดูแลตนเองต่อไปอย่างไร ไม่กล้าออกกำลังกาย ไม่กล้าทำงาน เพราะกลัวเจ็บหน้าอก มีการซื้ออาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงกำลังที่ไม่ผ่านการรับรอง มารับประทานเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ เพราะเห็นจากโฆษณาชวนเชื่อ ซึ่งเป็นพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดอาการโรคหัวใจกำเริบได้ง่าย เช่น กระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ แน่นหน้าอก เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น

การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม⁷⁻⁹ และแนวทางการรักษาเป็นเพียงวิธีช่วยลดความรุนแรงของโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสมจึงมีโอกาสดังกล่าวกำเริบได้ตลอดเวลาและเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเองได้เพราะมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่พอ ก็จะเกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพ ทั้งนี้ ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency, SCA) หมายถึงความสามารถของบุคคลที่จะทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ประกอบด้วย ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อความสามารถในการดูแลตนเองและมีอิทธิพลต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลด้วย

ดังนั้น แนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีจึงควรมีกิจกรรมในทุกบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งตัวผู้ป่วยเอง ญาติที่ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ให้การดูแลให้ความเชื่อถือไว้วางใจให้การสนับสนุนความคิด การตัดสินใจ เกิดจากการยอมรับนับถือ และเห็นความมีคุณค่ารวมทั้งการให้การช่วยเหลือด้านต่างๆ แก่บุคคลได้ดี โดยการสนับสนุนทางสังคมจะไปส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคม¹⁰ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการที่ผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง เห็นคุณค่า ได้รับความไว้วางใจ กำลังใจและรับฟังปัญหาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการดูแลตนเอง การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) เป็นการที่ผู้ป่วยได้รับการเห็นพ้อง การรับรอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลอื่นๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการประเมินตนเองและเปรียบเทียบกับพฤติกรรมของตนเองกับผู้ป่วยคนอื่นๆ เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำข้อเสนอแนะหรือการได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์สามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในเรื่อง เงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ แรงงานและเวลา ซึ่งจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการดูแลตนเองสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ ($r=.42$, $P<.001$)

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม¹² ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของตน 2) ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่สนับสนุนพัฒนาการและกระบวนการของชีวิตและป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ และ 3) ความจำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเจ็บป่วย

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษา กล่าวคือ ต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับสภาพการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมโรค การลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การงดรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การลดความเครียด ดังนั้นเมื่อมีการวิเคราะห์และประมวลผลความจำเป็นในการดูแลตนเองของบุคคลตามความจำเป็นทั้ง 3 ด้านเข้าด้วยกัน ในลักษณะเป็นองค์รวมเราจะเรียกความจำเป็นในการดูแลตนเองในภาพรวมว่า ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand, TSCD)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จำเป็นต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่กล่าวมาข้างต้น การสนับสนุนทางสังคม¹⁰ ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง ทำให้เห็นคุณค่า และรู้สึกได้รับความไว้วางใจ กำลังใจ และมีผู้รับฟังปัญหาในการดูแลตนเอง 2) การสนับสนุน

ด้านการประเมินค่า เป็นการให้การเห็นพ้อง การรับรอง การได้ข้อมูลป้อนกลับจากบุคคลอื่น ๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการประเมินตนเอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ หรือการได้รับข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินสถานการณ์ และตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่วางแผนไว้ได้ และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นการที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในเรื่อง เงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ แรงงานและเวลา ซึ่งจำเป็นในการดูแลตนเองโดยแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยนั้นมีหลากหลาย ซึ่งนอกจากทีมสุขภาพแล้ว ยังมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่ให้การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

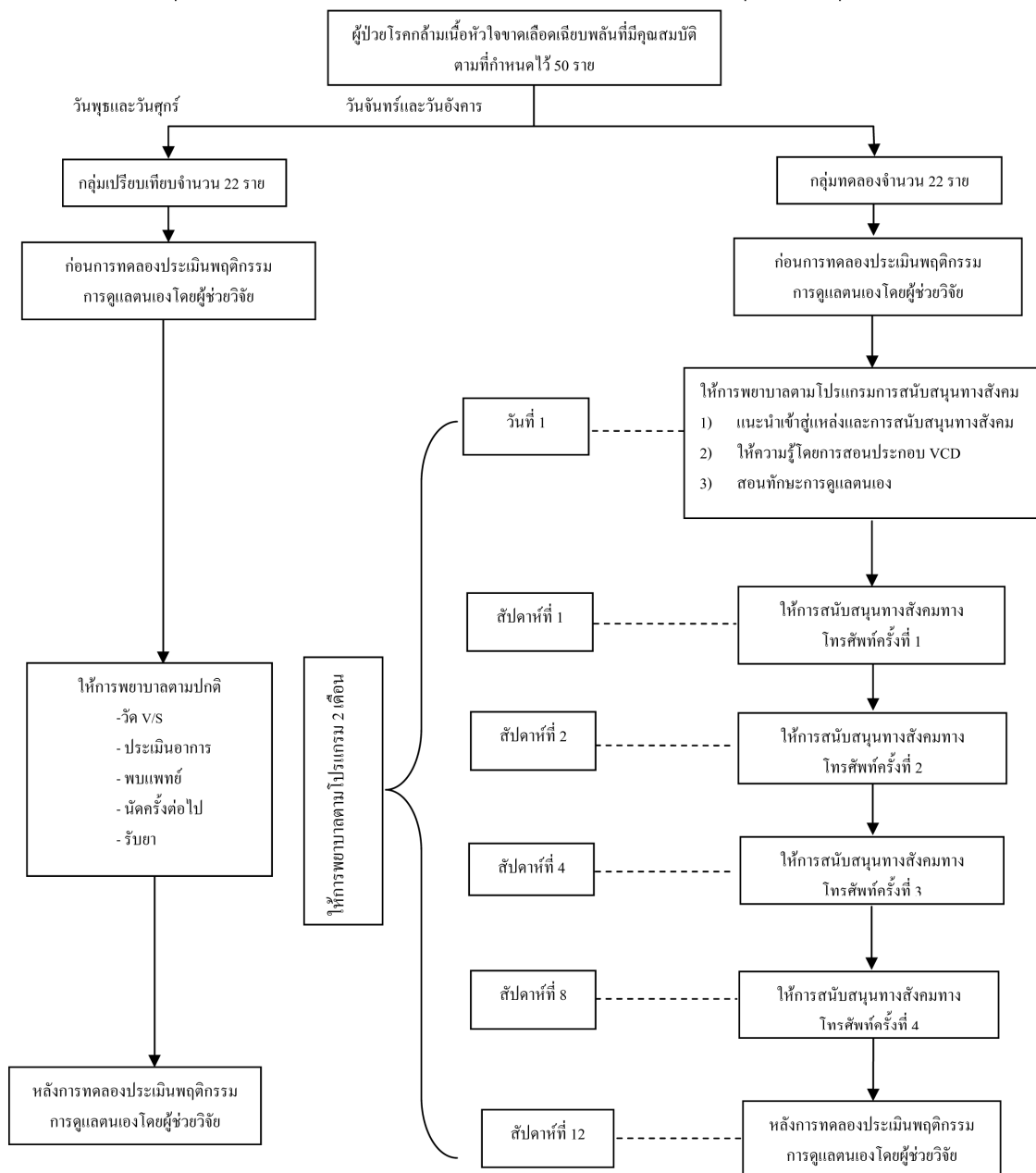
การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาที่แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2555 – 31 สิงหาคม 2555 โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจว่าเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายใหม่ ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยการรับประทานยาและมีสัญญาณชีพปกติ 2) อายุระหว่าง 20 – 65 ปี 3) การรับรู้ปกติ สามารถอ่านออกเขียนได้ 4) มีสมาชิกในครอบครัวดูแล ได้แก่ สามี/ภรรยา/บุตร 5) มีโทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารได้สะดวก และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ค่าอิทธิพล¹³ (Effect Size) ปรับขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม¹⁴ (Dropout) ได้จำนวนตัวอย่างจำนวน



กลุ่มละ 25 คนและเลือกตัวอย่างจากประชากรโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยวิธีการสุ่มวันโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก (sample sampling) แต่ในระหว่างดำเนินการทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองมีการสูญเสียตัวอย่างไปกลุ่มละ 3 ราย เนื่องจากได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจจนเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ค่า CVI = 0.89 ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.82 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ House ได้ค่า CVI = 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทดสอบการแจกแจงปกติโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov (K-S) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบแบบที่ (Independent t-test)

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบพิทักษ์สิทธิ์ที่ได้ผ่านการรับรองเชิงจริยธรรมการท่วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้จัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและการเก็บข้อมูลมอบให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาโดยผู้วิจัยเขียนและเผยแพร่ข้อมูลตามความเป็นจริงจากการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 25 ราย แต่ในระหว่างดำเนินการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองมีการสูญเสียตัวอย่างไปกลุ่มละ 3 ราย เนื่องจากได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ คงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย โดยพบว่าทั้งสองกลุ่มมีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัวญาติผู้ดูแลหลักอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ไม่แตกต่างกันทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ย 130.77 คะแนน (SD = 15.58) กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ย 128.9 คะแนน (SD = 3.30) จากคะแนนเต็มทั้งหมด 225 คะแนน ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ย 129.73 คะแนน (SD = 13.12) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มทดลองที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ย 177.1 คะแนน (SD = 11.30) จากคะแนนเต็มทั้งหมด 225 คะแนน เมื่อนำคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองมาทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มโดยสถิติ Paired t-test ในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p > .05$) ($p = 0.826$) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p < .05$) ($p = .000$)

พฤติกรรมการดูแลตนเองแต่ละด้านของผู้ป่วยในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งอากาศ อาหาร น้ำและการขับถ่าย การออกกำลังกาย การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตามแผนการรักษาการป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต การรับรู้สนใจและดูแลผลข้างเคียงของการรักษา และการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p > .05$) แต่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การจัดการความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ และการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัย



สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งอากาศอาหาร น้ำ และการขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงาน การจัดการความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต การรับรู้ สนใจและดูแลผลข้างเคียงของการรักษา การยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง และด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพก่อนทดลองและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

มีเพียงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p > .05$) พฤติกรรมการดูแลตนเองแต่ละด้านของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองเมื่อพิจารณารายด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งอากาศอาหาร น้ำ และการขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต การรับรู้ สนใจและดูแลผลข้างเคียงของการรักษา การยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง และการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p > .05$) มีเพียงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดเท่านั้น ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) พฤติกรรมการดูแลตนเองแต่ละด้านของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการทดลองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

เมื่อพิจารณารายด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งอากาศ อาหาร น้ำ และการขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงาน การจัดการความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและ

การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต การรับรู้ สนใจและดูแลผลข้างเคียงของการรักษา การยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง และการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพก่อนทดลองและหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) มีเพียงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้นที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p > .05$)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด 5 ครั้ง แต่ระหว่างดำเนินการทดลองมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองไป 3 ราย เนื่องจากได้ รับการทำการเดินเลือดใหม่ขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Percutaneous transluminal coronary angioplasty) คงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 22 ราย ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม จากผลการศึกษาค้นนี้ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 128.95 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 177.18 (คะแนนเต็ม 225 คะแนน) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า



ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อประโยชน์ให้ผู้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากขึ้น การสนับสนุนเหล่านี้ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีพลังความสามารถ 10 ประการโดยเฉพาะความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถในการแสวงหาความรู้และการนำความรู้ไปใช้ทักษะในการปฏิบัติการดูแลตนเองในด้านความนึกคิด การรับรู้การกระทำ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการกระทำที่พึงใจเพื่อการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จากการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมดตามที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการให้การประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Matthew et al¹⁵ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายอัตราการตายและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับให้การรักษาเพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและไม่ทุกข์จากความเครียดทำให้มีกำลังใจในการดูแลตนเองมากขึ้น

2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลองเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเฉลี่ย 129.73 (คะแนนเต็ม 225 คะแนน)

กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเฉลี่ย 177.18 (คะแนนเต็ม 225 คะแนน) เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อธิบายได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะไปส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตั้งแต่ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation capabilities and disposition) และส่งเสริมผู้ป่วยมีพลังความสามารถ 10 ประการ (Powercomponent: Enabling capabilities for self-care) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง¹² สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มาลิน มาลาอี⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการวิจัยพบว่า ผลต่างเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้และการศึกษาของไพลิน ปรัชญคุปต์¹⁶ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและการรักษาที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข การสอดคล้องกับการศึกษาของนวรรตน์ สุทธิพันธ์¹⁷ ที่พบว่าการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Almerud et al¹⁸ ที่เสนอแนะให้เน้นการสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้จริง



ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้รับบริการจำนวนมากควรมีรูปแบบการให้ความรู้ที่เป็นแนวทางเดียวกันและมีสื่อการสอนที่ทันสมัยเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการครั้งแรกสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์เฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิต

2. โรงพยาบาลในระดับปฐมภูมิ สามารถนำรูปแบบการจัดกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้โดยบูรณาการให้สอดคล้องกับบริบทและการให้บริการของโรงพยาบาล

3. สามารถนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษาพยาบาลในเนื้อหาวิชาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยการนำรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมมาใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

4. ควรมีการวิจัยต่อเนื่องถึงผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว เช่น BMI ระดับไขมันในเลือด คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ เป็นต้น

References

1. World Health Organization. World health statistics 2004. 2004. [cited 2010 June 13]. Available from: http://www.who.int/whostat2004_10highlights.pdf
2. Theroux P. (Eds.). Acute coronary syndromes a companion to braunwald's heart disease. 2nd ed. United States of America: Elsevier Science; 2011.
3. Anand SS, Islam S, Rosengren A, Franzosi MG, Steyn K, Yusufali AH. et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. European Heart Journal 2008; 29 (January): 932–940.
4. Bureau of non-communicable diseases department of disease control ministry of public health. Practice healthy behaviors to reduce risk factors for heart disease and stroke. [cited 2010 June 19]. Available from: www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CADGuideline.pdf
5. Srimahachota S, Kanjanavanit R, Boonyaratavej S et al. Demographic, Management Practices and In-Hospital Outcomes of Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TASCR). Journal Med Assoc Thai 2007; 90(1): 1–11.
6. Units medical records and statistics Queen Sirikit Heart Center of the Northeast Khon Kaen University. Statistics with myocardial infarction patients. Queen Sirikit Heart Center of the Northeast Khon Kaen University 2007 – 2009; 2010.
7. Treesukosol D. Acute coronary syndrome without ST- elevation segment. In wanachewin W, Sriasaporn S, Deksomritruthaiwan W. (editors). Internal medicine textbook system 2. Bangkok: Folk doctor foundation; 2009.
8. Mala EM. Effect of family social support program on perceived family social support and health promoting behaviors in ischemic heart patients. Journal of nursing science family nursing graduate school Burapha University; 2006.
9. Bhattacharyya MR, Perkins-Porras L, Wikman A, Steptoe A. The long-term effects of acute triggers of acute coronary syndromes on adaptation and quality of life. International Journal of Cardiology 2006; 138(2): 246–252.
10. House JW. Work stress and social support. MA: Addison, Wesley; 1981.
11. Chaiwat S, Klinkhajorn Y, Lasuka D, Wonghongsakul T. Social support by relative's self-care agency and quality of life of chronic diseases elderly patients. Nursing Journal 2000; 27 (April): 29–40.



12. Orem D. Nursing: Concepts of practice. St. Louis: Mosby Year Book; 1995.
13. Srisatitnarakurn B. Regulation Research Methods in Nursing. 4th edition. Faculty of Nursing. Chulalongkorn University, Bangkok: U & I International Media Limited; 2007.
14. Jirawatkun O. Biostatistics for the Health Sciences Research. 3rd edition. Khon Kaen: Faculty of Public Health khonkaen University; 2008.
15. Matthew M, John B, Lisa B, Diane J, Susan C, Patrice S, Marc H, et al. Low perceived social support and post-myocardial infarction prognosis in the enhancing recovery in coronary heart disease clinical trial: the effects of treatment. *Journal Psychosomatic medicine* 2005; 67(6): 879-888.
16. Pratkup P. The social support of the family in caring for schizophrenic patients at home. Master of arts thesis department of social development graduate school Khon Kaen University. 5th International Conference on Mental Health, at. Prince palace hotels Bangkok, the red roofs of the community. During 3-5 July 2005, page 141.
17. Suthiphand N. Effects of self-efficacy with social support on self-care behavior of heart valve replacement surgery patients institute of Nonthaburi chest diseases. Master of Science thesis (Public health) Department of health education and behavioral sciences. Graduate school Mahidol University; 2007.
18. Almerud S, Baigi A, Hildingh C, Jogle I, Lyrstrom L, Fridlund B. Acute coronary syndrome: social support and coping ability on admittance. *British Journal of Nursing* 2008; 17(8): 527-531.



The Effect of Social Support Program on Self-care Behavior of Acute Coronary Syndrome Patients*

Jamsri Semapetch M.N.S.**

Wiporn Senarak PhD***

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research, two group pretest – post tested design, was to study the effect of social support program on self-care behaviors of patient with acute coronary syndrome, ACS. The sample consisted of 50 patients with ACS who had medical treatment at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Khon Kaen University, during April–August 2555. Those patients had been randomized assigned to the comparison and experimental group, 25 patients each. Patients in comparison group got the usual care, while as, those in experimental group got both the usual care and the social support program. Research tool for assessing the outcome of the study was a self – care behaviors questionnaires for ACS patient (CVI 0.89, Cronbach's alpha coefficient 0.82). It had developed based on Orem's self – care deficit nursing theory. The experimental tool was a social support program, developed based on the House's concept of social support. It had been validated by experts and got content validity index of 0.89. Nurse and relatives spent 8 weeks to implement the program via both direct and telephone contacts. Descriptive statistics, independent t-test, and paired t-test were used to analyze data.

The results of the study can be summarized as the following. Patients in comparison group and experimental group were not different in term of age, sex, religious, marital status, education, income as well as primary care giver. 1) After receiving the social support program, the patients with ACS had self-care behaviors score ($\bar{X}$ = 177.18) significantly higher than those of score before receiving the program. ($\bar{X}$ = 128.95) ($p < 0.05$). 2) After receiving the social support program, the patients with ACS had self-care behaviors score ($\bar{X}$ = 177.18) significantly higher than those of score ($\bar{X}$ = 129.73) in the comparison group ($p < 0.05$).

The results of this study suggested that nurses who give nursing care for the patient with ACS should add the social support program into their usual care to improve self-care behaviors of these patients. However, the outcome of the study was limited to self-care behaviors. Therefore, further research is needed to explore clinical outcomes of the social support program such as cardiac events and readmission rates.

Keywords: acute myocardial infarction, social support, self-care behaviors

*Thesis of Master of Nursing Science, Adult Nursing, Faculty of nursing. Khon Kaen University

** Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of nursing. Khon Kaen University

***Associate Professor, Faculty of nursing. Khon Kaen University