ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

สุนันทา ตนกลาย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2556

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

.....

นางสาวสุนันทา ตนกลาย

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชุมพล ว่องวานิช,
พ.บ., ว.ว. (ศัลยศาสตร์),
อ.ว. (ศัลยศาสตร์หลอดเลือด),
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี,
ค.ม. (วิจัยศึกษา)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

อาจารย์เกศศิริ วงษ์คงคำ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร ดนัยดุษฎีกุล,
พย.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิคส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จงจิต เสน่หา,
Ph.D. (Nursing)
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ)
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2556

.....

นางสาวสุนันทา ตนกลาย
ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร คนัยดุษฎีกุล,
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุษาวดี อัศดรวิเศษ,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชุมพล ว่องวานิช,
พ.บ., ว.ว.(ศัลยศาสตร์),
อ.ว.(ศัลยศาสตร์หลอดเลือด),
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี,
ค.ม. (วิจัยศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

อาจารย์เกศศิริ วงษ์คงคำ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภาพร จินันทุยา,
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2556

.....	.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,	รองศาสตราจารย์ฟองคำ ติลกสกุลชัย,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิคส์	Ph.D. (Nursing)
คณบดี	คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยาพินธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ทุ่มเทพลังกายใจ ถ่ายทอดความรู้ ชี้แนะแนวทางให้คำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ และแก้ไขข้อบกพร่อง ตลอดจนมอบความรัก ความเมตตา ความห่วงใย และคอยเสริมสร้างพลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีแรงบัลดาลใจในการหมั่นเพียรและมุ่งมั่นมาตลอดการศึกษาจนประสบความสำเร็จได้ในวันนี้ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความกรุณานี้เป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร ดนัยดุษฎีกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชุมพล ว่องวานิชและอาจารย์เกศศิริ วงษ์คงคำ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะ ช่วยแก้ไขข้อบกพร่อง และช่วยเหลือสนับสนุน ตลอดจนให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์อุษาวดี อัศดรวิเศษ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภาพร จินันทุยา ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปิยนุช พูตระกูล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ภิเษก บุญธรรม อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิทยานิพนธ์ หัวหน้าสาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือด หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้าหน่วยและเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล ตึกสยามมินทร์ชั้น 1 หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยความสะดวกในการเข้าเก็บข้อมูลด้วยดีเสมอมา และขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

ขอกราบขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่ให้โอกาสในการศึกษาและอนุมัติทุนสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้จากกองทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และหัวหน้าหอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 หญิงใต้ ที่ให้โอกาสในการเข้ามาศึกษา และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่เอื้ออำนวยเวลาและให้กำลังใจในการศึกษาด้วยดีเสมอมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบุญคุณอันยิ่งใหญ่ของพระพุทธศาสนา พระมหากษัตริย์ที่ทำให้ผู้วิจัยตั้งมั่นอยู่ในสติ ยึดมั่นในคุณความดี ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่มอบความรักแท้อันยิ่งใหญ่ ขอกราบขอบพระคุณครู-อาจารย์ผู้เคยประสาทประสิทธิ์วิชาความรู้ทุกท่าน และขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต รหัส 53 และรุ่นพี่ที่ได้ให้การช่วยเหลือ แนะนำและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันเสมอมา คุณประโยชน์อันเกิดจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

Copyright by Mahidol University

สุนันทา ตนกลาย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

FACTORS PREDICTING SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS OF PATIENTS WITH PERIPHERAL ARTERIAL OCCLUSIVE DISEASE POST-ENDOVASCULAR THERAPY

สุนันทา ตนกลาย 5337940 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุวิมล กิมปี, ค.ม. (วิจัยการศึกษา), สุพร ดนัยดุษฎีกุล, พย.ด., ชุมพล ว่องวานิช, พ.บ.,ว.ว. (ศัลยศาสตร์), อ.ว. (ศัลยศาสตร์หลอดเลือด), เกศศิริ วงษ์คงคำ, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง โดยใช้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan และ Sawin เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันและได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ที่มาติดตามการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก และหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล ณ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 78 ราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการอ่อนล้า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ วิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี (mean = 3.85, SD = 0.37) อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ได้ร้อยละ10 ($R^2 = .10$, $p < .05$) ซึ่งอาการอ่อนล้าสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.303$, $p < .05$)

ดังนั้น พยาบาลต้องให้ความสำคัญในปัญหาด้านอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ควรประเมินอาการอ่อนล้าและส่งเสริมการจัดการกับอาการอ่อนล้า รวมถึงส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทั้งในระยะก่อนและหลังการรักษา ตลอดจนถึงช่วงที่มาติดตามการรักษา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการตนเอง / อาการอ่อนล้า / โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน / การรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

177 หน้า

Copyright by Mahidol University

FACTORS PREDICTING SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS OF PATIENTS WITH PERIPHERAL ARTERIAL OCCLUSIVE DISEASE POST-ENDOVASCULAR THERAPY

SUNUNTHA TONKLAI 5337940 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUVIMOL KIMPEE, M.Ed. (RESEARCH), SUPORN DANAIDUTSADEEKUL, D.N.S., CHUMPOL WONGWANIT, M.D., KESSIRI WONGKONGKAM, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This descriptive research aimed to study the factors predicting self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease, post-endovascular therapy. The Individual and Family Self-Management Theory of Ryan and Sawin was used as the conceptual framework. The sample consisted of 78 patients who were peripheral arterial occlusive disease patients and had post-endovascular therapy. The patients followed up at the out-patient department, and the Special Medical Instrument for Treatment and Follow-up unit, Siriraj Hostpital. The researcher collected data by using interviews. The interview instruments were demographic characteristics, self-management behaviors, the Revised Piper Fatigue Scale, patient-provider communication, and the Brief Illness Perception Questionaire. The data were analyzed by using multiple regression analysis.

The results revealed that self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease, post-endovascular therapy, were good (mean = 3.85, SD = 0.37). Fatigue, illness perception, and patient-provider communication could be used to predict self-management behaviors in 10 % (R^2 = .10, $p < .05$). Fatigue was the factor that could predict self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease, post-endovascular therapy, with statistical significance (β = -.303, $p < .05$).

Therefore, nurses have to recognize the important problem of fatigue in peripheral arterial occlusive disease patients. The nurses should assess for fatigue level and promote fatigue management, including promote illness perception and patient-provider communication during pre-post therapy and follow-up period, so that the effective self-management behaviors can be provided.

KEY WORDS: SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS / FATIGUE / PERIPHERAL ARTERIAL OCCLUSIVE DISEASE / ENDOVASCULAR THERAPY

177 pages

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ง**
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)		**จ**
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)		**ฉ**
สารบัญตาราง		**ญ**
สารบัญแผนภูมิ		**ฎ**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	1.2 คำถามการวิจัย	6
	1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
	1.4 สมมติฐานการวิจัย	7
	1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
	1.6 ขอบเขตการวิจัย	10
	1.7 นิยามตัวแปร	12
	1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
บทที่ 2	**ทบทวนวรรณกรรม**	**14**
	2.1 ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน	15
	2.1.1 กลไกและปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน	16
	2.1.2 การรักษาและผลลัพธ์ของการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง	20
	2.1.3 ผลกระทบภายหลังการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง	22

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	2.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ	28
	2.2.1 ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว	28
	2.2.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ	32
	2.2.3 การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ	40
	2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ	42
	2.3.1 อาการอ่อนล้า	42
	2.3.2 การรับรู้ความเจ็บป่วย	46
	2.3.3 การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	52
	2.4 สรุป	56
บทที่ 3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	**57**
	3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	57
	3.2 แหล่งเก็บข้อมูล	58
	3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
	3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	65
	3.5 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	67
	3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	69
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	**71**
บทที่ 5	**การอภิปรายผล**	**83**
บทที่ 6	**สรุปผลการวิจัย**	**94**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย		**98**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ		**117**

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
รายการอ้างอิง		**138**
ภาคผนวก		**157**
ภาคผนวก ก	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	158
ภาคผนวก ข	หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	159
ภาคผนวก ค	เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	162
ภาคผนวก ง	หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	166
ภาคผนวก จ	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	168
ประวัติผู้วิจัย		**177**

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	72
4.2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ จำแนกตามข้อมูลสุขภาพก่อนการรักษา และการรักษาที่ได้รับ	74
4.3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ จำแนกตามข้อมูลสุขภาพภายหลังการรักษาฯ	76
4.4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ จำแนกตามด้านสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง	77
4.5	ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการตนเอง	78
4.6	ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	79
4.7	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ จำแนกตามการรับรู้ถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค	80
4.8	ความสัมพันธ์ระหว่างอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน	81
4.9	อำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ	82

Copyright by Mahidol University

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการศึกษาทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง	11
2.1	กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว	31

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน (Peripheral Arterial Occlusive Disease-PAOD) เป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาทางระบบหลอดเลือดที่พบได้บ่อย สาเหตุสำคัญเกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) จากเยื่อบุผนังหลอดเลือดแดงชั้นในมีพังผืดหรือแผ่นไขมันพอก (atherosclerosis obliterans) ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นและท่อของหลอดเลือดตีบแคบลงเรื่อยๆ (Porth & Matfin, 2009; ประมุข มุทิรางกูร, 2553) จนกระทั่งเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลายเท้าได้น้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดขาขณะเดิน (intermittent claudication) เมื่อการตีบตันมีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้เกิดภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติ (critical limb ischemia-CLI) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดขาแม้ขณะพัก (rest pain) มีเนื้อเยื่อเน่าตาย และเกิดเป็นแผลขาดเลือดเรื้อรัง และทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการถูกตัดขาและเสียชีวิตได้ (Hirsch et al., 2006) และอาการแสดงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเดินและการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจลดลง มีพฤติกรรมถอยห่างจากสังคม บทบาททางสังคมลดลง และเกิดการพึ่งพิงที่สูงขึ้น (Treat-Jacobson et al., 2002) ความรุนแรงของโรคที่มากขึ้นมีแนวโน้มส่งผลให้คุณภาพชีวิตยิ่งต่ำลง (Sprengers et al., 2010) นอกจากนี้อายุที่เพิ่มขึ้น ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันได้สูงขึ้น ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ มีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว โดยคาดว่าจะเพิ่มจากเดิมร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2563 (ศิริวรรณ ศิริบุญ และชเนตตี มิลินทางกูร, 2551) นอกจากนี้อายุที่เพิ่มขึ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายโดยเฉพาะหลอดเลือดแดงจะมีสมรรถภาพลดลง รวมถึงผลสะสมจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้มีแนวโน้มพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันมากขึ้นได้

อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันในประเทศที่พัฒนาแล้ว อาทิ ประเทศสหรัฐอเมริกาพบ 8 - 12 ล้านคน (Levy, 2002; Varu, Hogg & Kibbe, 2010) คิดเป็นร้อยละ 4.3 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.5 - 20 ของประชากรที่อายุมากกว่า 70 ปี (Federman & Kravetz, 2007; Vita, & Hamburg, 2010) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาการระบาดของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันโดยสาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือด ภาควิชาศัลยศาสตร์

Copyright© by Mahidol University

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2549 พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช คิดเป็นสัดส่วน 1.02 ต่อ 1,000 รายของผู้ป่วยทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาล และมีอายุเฉลี่ย 66.9 ปี (ประมุข มุทิรางกูร และคณะ, 2549) ต่อมาพบผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆในปี พ.ศ. 2551 - 2555 มีทั้งหมด 278, 402, 464, 531 และ 499 ราย ตามลำดับ (ฝ่ายสารสนเทศโรงพยาบาลศิริราช, 2556) นอกจากนี้ร้อยละ 78.7 ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่มาพบแพทย์มีระดับของโรคอยู่ขั้นรุนแรงและเสี่ยงต่อการสูญเสียขา จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษาถึงร้อยละ 52.4 (ประมุข มุทิรางกูร และคณะ, 2549)

การรักษาโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่ออวัยวะส่วนปลายให้มากขึ้น สามารถรักษาได้ทั้งด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (bypass graft surgery/open revascularization) และด้วยวิธีการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (endovascular therapy) ร่วมกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค ปัจจุบันการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงเป็นวิธีการรักษาที่แพทย์ให้การยอมรับและพบผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะขาขาดเลือดเรื้อรังขั้นวิกฤติที่มีความซับซ้อนของโรคและมีความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัดแบบเปิด (Akopian & Katz, 2006; ประมุข มุทิรางกูร, 2553) ซึ่งพบว่า เพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป สำหรับกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่มีอาการปวดขา (claudication) พบว่าได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นเช่นกันโดยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 40 (Vogel, Su, Symons, & Flum, 2007) และจากสถิติโรงพยาบาลศิริราชพบผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่ได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2555 มี 74, 90, 91, 146 และ 123 ราย และนับตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ.2556 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2556 มีจำนวน 44 ราย (ฝ่ายสารสนเทศโรงพยาบาลศิริราช, 2556) ซึ่งการรักษาด้วยวิธีนี้มีแผลผ่าตัดขนาดเล็ก จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว และมีระยะเวลาการพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นลง (อรรถพร ปริวงศ์ไพศาล และกฤตยา กฤตยากีรณ, 2009; Egorova et al., 2010) ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้นด้วย

ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นอีกช่วงของการฟื้นตัวในระยะเฉียบพลันสู่ระยะเรื้อรัง (Wann-Hansson, Rahm Hallberg, Klevsgård, & Andersson, 2008) และจำเป็นต้องมีปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพขณะนั้น โดยเฉพาะการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคซึ่งเป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญภายหลังการรักษาเพื่อชะลอการดำเนินโรค และเป็นการป้องกันการเกิดโรคในระดับตติยภูมิ (ประมุข มุทิรางกูร, 2553) ซึ่งผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันมีความซับซ้อนของโรคค่อนข้างมาก โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 51.1 มีโรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป (Sawangphong, 2010) และพบว่า ผู้ป่วยที่เคยได้รับ

Copyright by Mahidol University

การรักษาแก้ไขหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน มีแนวโน้มพบโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคสูงขึ้นทุกปี (Egorova et al., 2010) สำหรับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนั้นสามารถควบคุมด้วยการใช้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องโดยเฉพาะยากลุ่มต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Hirsch et al., 2006) และสังเกตผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคร่วมมากกว่า 3 โรคและต้องรับประทานยาหลายชนิด นอกจากนี้แล้วการควบคุมปัจจัยเสี่ยงยังจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นๆ ที่สำคัญ เช่น การควบคุมอาหาร การจัดการด้านความเครียดหรือสภาวะอารมณ์ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Hirsch et al., 2006) โดยเฉพาะการออกกำลังกายด้วยการเดินจะช่วยให้ร่างกายมีการสร้างหลอดเลือดแดงฝอยขึ้นใหม่ (Figoni et al., 2009) รวมทั้งการบริหารแขนขาและร่างกายส่วนต่างๆ เพื่อช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะช่วยเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย ทำให้เนื้อเยื่ออวัยวะส่วนปลายได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอมากขึ้น (Walker et al., 2000) และภายหลังการรักษายังจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบความผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้เร็วขึ้นและเข้ารับการรักษาได้ทันท่วงที ถึงแม้การรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงจะสามารถแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันและเพิ่มเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้ ซึ่งส่งเสริมให้อาการแสดงต่างๆทุเลาลง (Wann-Hansso, Hallberg, Risberg, Lundell, & Klevsgard, 2005) แต่ภายหลังการรักษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันยังคงอยู่ และหากไม่ได้รับการควบคุมและจัดการอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้การดำเนินโรครุนแรงมากขึ้น และทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำอีกได้ (Hirsch et al., 2006; Saqib et al., 2013)

การกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการถูกตัดขาและเสียชีวิตแล้ว ยังต้องสูญเสียและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่มีภาวะขาขาดเลือดเรื้อรังขั้นวิกฤติ พบว่า ช่วง 30 วันแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (ร้อยละ 29.6) โดยร้อยละ 13.5 เข้ามารับการรักษาซ้ำเนื่องจากมีการเน่าตายของเนื้อเยื่อ และพบอัตราการสูญเสียขาร้อยละ 23.8 นอกจากนี้ยังพบอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันหลังทำหัตถการถึงร้อยละ 6.73 ส่วนสภาพการไหลเวียนเลือดที่ขาภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางหลอดเลือดแดง พบว่า ระยะ 1 เดือน ถึง 2 เดือนแรกหลังการรักษามีค่าดัชนีการไหลเวียนเลือดบริเวณข้อเท้า(Ankle brachial index-ABI) สูงขึ้น (Brosi et al., 2007) ต่อมา 3 เดือนหลังรักษา สามารถคงสภาพการไหลเวียนเลือดได้ร้อยละ 70 - 90 (Nelson, O'Malley, Feezor, Moldawer, & Seeger, 2007) หลังจากนั้นจะค่อยๆ มีค่าลดลงอย่างต่อเนื่อง (Brosi et al., 2007) จนกระทั่ง 10 เดือนพบผู้ป่วยร้อยละ 27.6 มีอัตราการตีบตันซ้ำของหลอดเลือดแดงตั้งแต่ 50 เปอร์เซ็นต์ ขึ้นไป

Copyright by Mahidol University

(Bonvini et al., 2011) เมื่อเวลาผ่านไป 1 - 3 ปี ค่า ABI จะลดลงเหลือร้อยละ 20 - 50 (Nelson et al., 2007) นอกจากนี้ภายใน 1 ปีแรก ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงตีบตันขั้นรุนแรงสามารถรักษาขาทั้งสองข้างไว้ได้ คิดเป็นร้อยละ 45 และมีอัตราการตายร้อยละ 9 (Bonvini et al., 2011) ซึ่งสภาพการไหลเวียนเลือดที่ขาและการตีบตันซ้ำนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย (Hirsch et al., 2006) รวมถึงภาวะซึมเศร้า (Cherr, Wang, Zimmerman, & Dosluoglu, 2007) และการสูบบุหรี่ ซึ่งภายหลังการรักษาพบผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 33 (Bradbury et al., 2010) ส่วนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันพบถึงร้อยละ 16 - 60 (Pratt et al., 2005; Cherr et al., 2007; Smolderen et al., 2008) จากศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงต่ำกว่าขาหนีบอุดตัน พบว่า ระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยร้อยละ 62.5 มีระดับ HbA_1C มากกว่าปกติ (มากกว่า 7%) ร้อยละ 47.3 มีระดับไขมันในเลือด (LDL) มากกว่าปกติ (มากกว่า 100 มก/ดล.) และร้อยละ 73.6 มีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 130/80 มม.ปรอท และไม่เคยออกกำลังกายร้อยละ 36.3 (รัตนา แตงรอด และคณะ, 2552) ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันทั้งสิ้น และการที่จะควบคุมปัจจัยเสี่ยงและชะลอการดำเนินโรคได้นั้น ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงที่จะเกิดประโยชน์และสามารถชะลอความรุนแรงของโรคได้นั้น ไม่เพียงแค่การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่จำเป็นต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมไปตลอดช่วงพัฒนาการของชีวิต เนื่องจากพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเป็นพลวัตตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตเช่นกัน (Grey, Knafl & McCorkle, 2006) ซึ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือด ช่วยลดระดับไขมันในกระแสเลือดและสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถชะลอการดำเนินโรคได้ (Sol et al., 2010) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Koivunen & Lukkarinen, 2006; Sol, van der Bijl, Banga, & Visseren, 2005) พฤติกรรมการจัดการตนเองนั้นเป็นเป้าหมายหลักสำหรับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องทราบถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ภายใต้กรอบทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

Copyright by Mahidol University

(Individual and Family Self-Management Theory) (Ryan & Sawin., 2009) โดยเน้นที่การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันพบว่ามีค่อนข้างน้อย จึงได้ทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ พบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้แก่ ข้อจำกัดด้านร่างกาย อาการอ่อนล้า กลุ่มอาการที่เกิดขึ้น สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวัง ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ความรู้และความเชื่อ การรับรู้ความเจ็บป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ความแตกฉานในสุขภาพ (health literacy) เป็นต้น (สุภาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ, 2553; cCleary-Jones, 2011; Dennison et al., 2011; Nwinee, 2011; Lin, Katon, & Rutter, 2004; Ryan & Sawin., 2009) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษา 3 ปัจจัย คือ อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

อาการอ่อนล้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 32 - 92 (Bol et al., 2010; Mayoux-Benhamou, 2006;Vestergaard et al., 2009) พบได้บ่อยในระยะหลังผ่าตัด (Barnason et al., 2008; DeCherney et al., 2002) ซึ่งพบได้ทั้งระยะก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลภายหลังการรักษา (Galloway, Bubela, McKibbon, Rebeyka, & Saxe-Braithwaite, 1995) ซึ่งอาการอ่อนล้านั้นแสดงออกได้ทั้งจากด้านกายและจิตใจ ส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลง และส่งผลให้ความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวันได้ลดลง รวมถึงกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย (Fritschi & Quinn, 2010) โดยเฉพาะการเดินการบริหารร่างกายนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายได้มากขึ้น เพิ่มระยะการเดิน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นอาการอ่อนล้าจึงอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านต่างๆ ของผู้ป่วยได้

การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรม โดยการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลต่อการวางแผนการกระทำและตัดสินใจแก้ปัญหาของบุคคล (Cameron & Leventhal, 2003) และส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง (แสงรวี มณีศรี, 2553) ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยประกอบด้วย การรับรู้ด้านลักษณะอาการเฉพาะของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุ ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ผลที่ตามมาจากการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุม/รักษา และการตอบสนองทางอารมณ์ (Leventhal & Cameron, 1987) ซึ่งการตอบสนองทางอารมณ์ที่แสดงออกถึงความวิตกกังวลนั้นเป็นการรับรู้ความเจ็บป่วยที่สะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักของผู้ป่วย

Copyright by Mahidol University

(Broadbent et al., 2006) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันยังขาดความตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและร้อยละ 25 ยังขาดความตระหนักถึงผลที่จะตามมาด้านความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจ (Stehouwer et al., 2009) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและอาจส่งผลให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ (Hirsch et al., 2006) ดังนั้นการรับรู้ความเจ็บป่วยจึงเป็นอีกปัจจัยที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่อาจจะมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง นอกจากนี้มีการศึกษาหลายเรื่องที่พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมของกระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย (Anderson, 2003; Abdulhadi, Al Shafaee, Freudenthal, Ostenson, Wahlstrom, 2007; สุภาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ, 2553) สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 66.9 ปี) (ประมุข มุทิรางกูร และคณะ, 2549) ซึ่งมีความซับซ้อนทางด้านเงื่อนไขของโรคที่ต้องการดูแลค่อนข้างมาก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามช่วงเวลา และภาวะสุขภาพขณะนั้น

จะเห็นได้ว่าปัจจัยดังกล่าวล้วนมีความสำคัญต่อผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงเพื่อที่จะส่งเสริมการเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งเพื่อทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองในช่วงระยะหลังการรักษานี้ และนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลสู่การดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคและการดำเนินชีวิตได้อย่างยั่งยืน เพื่อการชะลอและป้องกันการดำเนินโรคที่รุนแรงมากขึ้น ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีความผาสุก (well-being) รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

1.2 คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง เป็นอย่างไร

Copyright by Mahidol University

2. อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง เป็นอย่างไร

3. อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงได้หรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

2. เพื่อศึกษาอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

1.4 สมมติฐานการวิจัย

อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงได้

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and family self-management) ของ Ryan และ Sawin (Ryan & Sawin 2009) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยเน้นพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นพลวัต ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้

Copyright by Mahidol University

1. บริบทของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านเงื่อนไขจำเพาะ (specific condition factors) เป็นปัจจัยด้านสรีรวิทยา ลักษณะโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ตามเงื่อนไข การรักษาที่ได้รับ หรือการป้องกันเงื่อนไขที่ หรือความซับซ้อนของเงื่อนไขที่จะส่งผลกระทบต่อประเภทและลักษณะของพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการกับสภาพการณ์แต่ละช่วงเวลา

1.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม

1.3 ปัจจัยทางด้านบุคคลและครอบครัว เป็นลักษณะของบุคคลและครอบครัวที่ส่งเสริมหรือบั่นทอนความสามารถในการจัดการตนเอง

2. กระบวนการจัดการตนเอง เป็นกระบวนการที่มีการเชื่อมโยงกันระหว่างความรู้และความเชื่อ ทักษะและความสามารถของการควบคุมตนเอง ความเอื้ออำนวยทางสังคมและการเจรจาต่อรองร่วมกัน ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นพลวัต แต่ละองค์ประกอบของกระบวนการ มีดังนี้

2.1 ความรู้และความเชื่อ (knowledge and beliefs) เป็นข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงและการรับรู้ของภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) และความสอดคล้องกับเป้าหมาย (goal congruence)

2.2 การควบคุมตนเอง (self regulation) เป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ

2.3 ความเอื้ออำนวยทางสังคม (social facilitation) เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพและการส่งเสริมความสามารถของบุคคลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งประกอบด้วย อิทธิพลทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการเจรจาต่อรองความร่วมมือ

3. ผลลัพธ์ ประกอบด้วยผลลัพธ์ในระยะสั้นและผลลัพธ์ในระยะยาว โดยผลลัพธ์ระยะสั้นเป็นพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ส่วนผลลัพธ์ระยะยาวประกอบด้วยภาวะสุขภาพเป็นตัวชี้วัดแต่ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต ความผาสุก ค่าใช้จ่ายซึ่งรวมทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรงและทางอ้อม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง โดยผู้วิจัยเลือกปัจจัยด้านอาการอ่อนล้า เป็นความจำเพาะจากเงื่อนไข (specific condition factors) ที่มีความซับซ้อน (complexity of condition) ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคล ซึ่งจัดอยู่ในบริบทของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง (Ryan & Sawin, 2009)

Copyright by Mahidol University

ปัจจัยที่ 2 ที่เลือกศึกษา คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness perception) จัดอยู่ในกระบวนการจัดการตนเอง เป็นความรู้และความเชื่อ (knowledge and beliefs) ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงและความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลสร้างขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน รวมถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน(self-efficacy) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) และความสอดคล้องกับเป้าหมาย (goal congruence) และปัจจัยที่ 3 ที่เลือกศึกษา คือ ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ จัดอยู่ในองค์ประกอบด้านกระบวนการจัดการตนเอง โดยเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยความเอื้ออำนวยทางสังคม (social facilitation) ซึ่งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพและการส่งเสริมความสามารถของบุคคลนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยดังกล่าวได้นำมาศึกษาในเชิงอำนาจการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (ดังแสดงในแผนภูมิ 1.1) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยดังนี้

อาการอ่อนล้า เกิดจากความซับซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวร่างกายและความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวันได้ลดลง (Fritschi & Quinn, 2010) ซึ่งจากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 54 ราย พบว่า อาการอ่อนล้าเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเอง (Jerant, Friederichs-Fitzwater, & Moore, 2005) และเกี่ยวข้องกับความถี่ในการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารตามแนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Weijman et al., 2005) และจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองเรื้อรัง พบว่า อาการอ่อนล้าสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2= .219, p < .05) (Cantley, 2001)

การรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งเชิงลบและเชิงบวก (Methakanjanasak, 2005; Rujisatian, 2009) จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยในระดับที่ต่ำ และการรับรู้ความรุนแรงในระดับต่ำมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (r = - .475, p < .01) และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Methakanjanasak, 2005) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การรับรู้

Copyright by Mahidol University

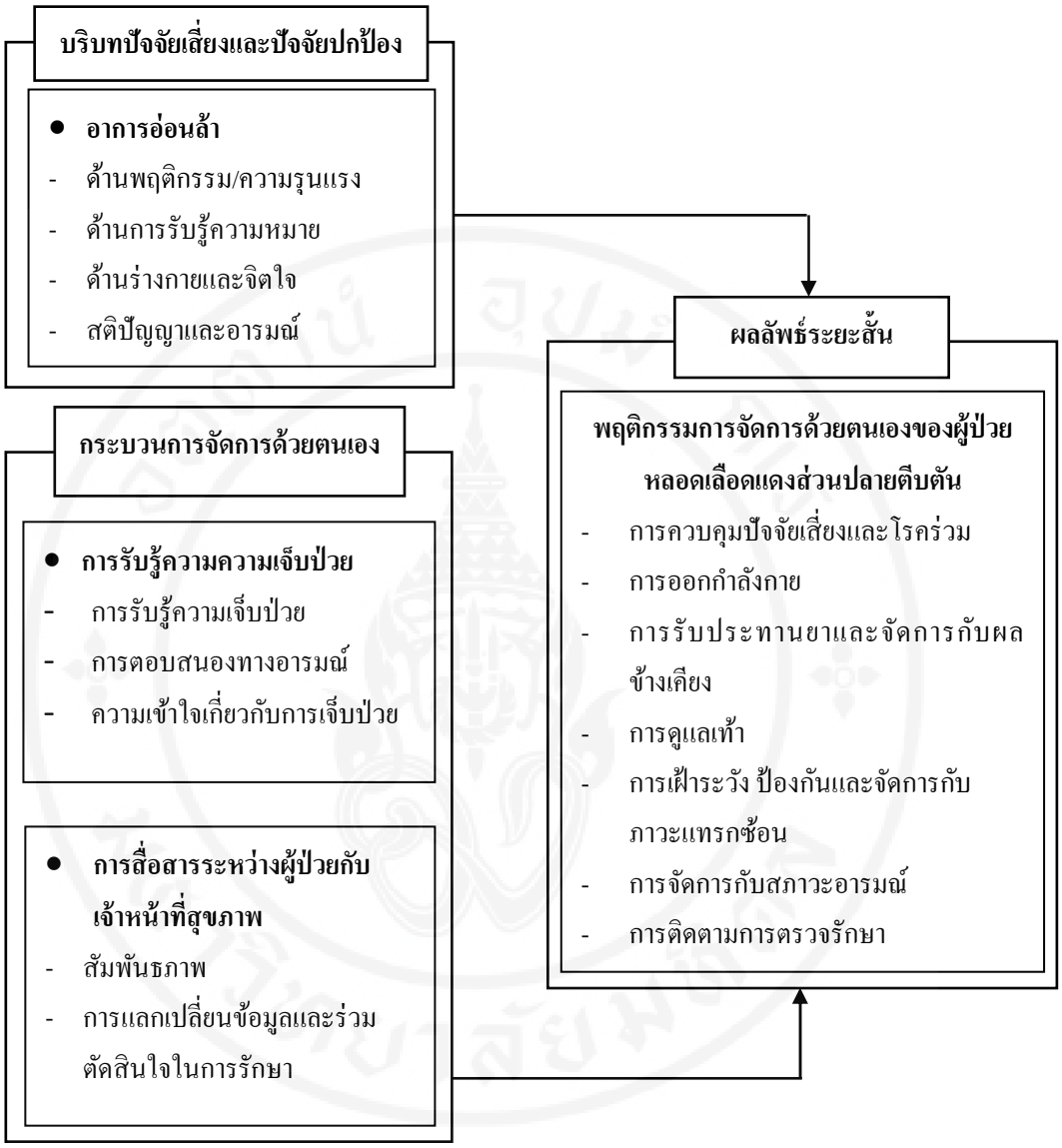
ความเจ็บป่วยด้านลักษณะของโรค (identity) และผลกระทบของความเจ็บป่วย (consequence) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.32, p < .03$ และ $r = -.36, p < .03$ ตามลำดับ) (Rujisatian, 2009) และจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 35 ($R^2 = .35, p < .001$) (แสงรวี มณีศรี, 2553)

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Anderson, 2003) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 88 ราย พบว่า ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .229, p < .05$) (สุพาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ, 2553) จากการสื่อสารของเจ้าหน้าที่สุขภาพในการให้ข้อมูลการดูแลเท้า และการออกกำลังกายสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Bundesmann & Kaplowitz, 2011)

1.6 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556

Copyright by Mahidol University



แผนภูมิ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษาทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง โดยประยุกต์ตามกรอบทฤษฎีการจัดการตนเองของ Ryan และ Sawin (2009)

Copyright by Mahidol University

1.7 นิยามตัวแปร

1. พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันและรับผิดชอบต่อสุขภาพของของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง เพื่อการป้องกัน หรือชะลอความเจ็บป่วย หรือการเอื้ออำนวยต่อการจัดการกับภาวะสุขภาพที่ความซับซ้อน (Barlow et al., 2002; Ryan & Sawin, 2009) ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้การรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อต่าง ๆ คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม การออกกำลังกาย การรับประทานยาและจัดการผลข้างเคียง การดูแลเท้า การเฝ้าระวัง ป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน การจัดการกับสภาวะอารมณ์ และการติดตามการตรวจรักษา

2. อาการอ่อนล้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ไม่มีเรี่ยวแรง ไม่สุขสบาย ขาดพลังงาน อ่อนเพลียจนถึงหมดแรง ขาดแรงจูงใจ รวมถึงการรับรู้ถึงผลกระทบและการให้ความหมายกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นภายหลังได้การรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง โดยอาการอ่อนล้าเกิดจากความซับซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีสาเหตุหลักจากโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันและการรักษาผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง (Ream & Richardson, 1996; Piper, Lindsey & Dodd, 1987; Piper, 2003; Ryan & Sawin, 2009) การประเมินอาการอ่อนล้าในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ The Revised Piper Fatigue Scale (Piper et al., 1998) ฉบับภาษาไทยของ ดวงรัตน์ มนไธสง การประเมินครอบคลุม 4 ด้าน ประกอบด้วย 1. ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรงของอาการอ่อนล้า 2. การรับรู้ความหมายของอาการอ่อนล้า 3. ด้านร่างกายและจิตใจ และ 4. ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์

3. การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงและความรู้สึกเกี่ยวกับเงื่อนไขทางสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลสร้างขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง รวมถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และความสอดคล้องกับเป้าหมาย (goal congruence) (Leventhal & Cameron, 1987; Ryan & Sawin, 2009) ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness perception Questionnaire; Brief IPQ) ของ Broadbent และคณะ (2006) ซึ่งสร้างขึ้นภายใต้กรอบทฤษฎีสามัญสำนึกของ Leventhal ฉบับภาษาไทยแปลโดย พิมพา เทพวัลย์ (2553) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1. ด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย 2. ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และ 3. ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

Copyright by Mahidol University

4. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Patient-provider communication) หมายถึง การรับรู้กระบวนการดูแลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ระหว่างผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง กับแพทย์/พยาบาล โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล (Stewart, Nápoles-Springer, & Pérez-Stable, 1999) ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก สุพาพร เพ็ชรอาวุธ (2553) ซึ่งสร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดกระบวนการดูแลระหว่างบุคคลของ Stewart และคณะ (1999) และจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพ ในการนำไปเป็นแนวทางวางแผนพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

2. เป็นการสร้างองค์ความรู้ และแนวทางสำหรับผู้ที่สนใจหรือต้องการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงต่อไป

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามประเด็นต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน

2.1.1 กลไกและปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน

2.1.2 การรักษาและผลลัพธ์ของการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

2.1.3 ผลกระทบภายหลังการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

2.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

2.2.1 ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Ryan & Sawin, 2009)

2.2.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

2.2.3 การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

2.3.1 อาการอ่อนล้า

2.3.1.1 ความหมายและการประเมินอาการอ่อนล้า

2.3.1.2 ความสัมพันธ์ของอาการอ่อนล้ากับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

2.3.2 การรับรู้ความเจ็บป่วย

2.3.2.1 ความหมายและการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย

2.3.2.2 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

2.3.3 สื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

2.3.3.1 ความหมายและการประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

2.3.3.2 ความสัมพันธ์ของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

2.4 สรุป

Copyright by Mahidol University

2.1 ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน (Peripheral Arterial Occlusive Disease-PAOD)

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน เป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาทางระบบหลอดเลือดที่พบได้บ่อย อุบัติการณ์พบผู้ป่วยรายใหม่ที่มีการตีบตันของหลอดเลือดแดงจนเกิดภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติ ประมาณ 220 รายต่อปี ต่อประชากร 1 ล้านคน เช่นเดียวกับในกลุ่มประชากรชาวยุโรปหรืออเมริกันตอนเหนือ พบผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันจนกระทั่งเกิดภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติ ประมาณ 500 - 1,000 ราย/ปี/ประชากร 1 ล้านคน (Norgren et al., 2007; Flu et al., 2010) อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันในประเทศที่พัฒนาแล้ว อาทิ ประเทศแถบอเมริกาเหนือและยุโรป พบประมาณ 27 ล้านคน (Watson et al., 2006; Allaqaband et al., 2009) และประเทศสหรัฐอเมริกาพบ 8 - 12 ล้านคน (Levy, 2002; Allaqaband et al., 2009; Egorova et al., 2010; Varu et al., 2010) คิดเป็นร้อยละ 4.3 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.5 - 20 ของประชากรที่อายุมากกว่า 70 ปี (Federman & Kravetz, 2007; Vita & Hamburg, 2010) เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชียอุบัติการณ์การเกิดโรคส่วนใหญ่พบมากในประชากรกลุ่มสูงอายุ (Hirsch et al., 2006) ซึ่งประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต รวมถึงประเทศไทยที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว โดยคาดว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้นจากเดิมร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2563 (ศิริวรรณ ศิริบุญ และชเนตตี มิลินทางกูร, 2551)

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาการระบาดของโรคหลอดเลือดแดงที่ขาตีบตัน โดยสาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือด ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2549 พบว่า มีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชคิดเป็นสัดส่วน 10.02 ต่อ 1,000 ราย ของผู้ป่วยทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาลและผู้ป่วยทีเข้ามารับการรักษาส่วนใหญ่มีความซับซ้อนของโรคสูง อายุเฉลี่ย 66.9 ปี ร้อยละ 78.7 (326 คน/414 คน) ของผู้ป่วยมีอาการขาขาดเลือดในระดับรุนแรงซึ่งเสี่ยงต่อการสูญเสียอวัยวะ (limb-threatening) จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดถึงร้อยละ 52.4 (171 คน /326 คน) (ประมุข มุทิรางกูร และคณะ, 2549) และจากสถิติของโรงพยาบาลศิริราชพบผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ. 2551 - 2555 มีทั้งหมด 278, 402, 464, 531 และ 499 ราย ตามลำดับ (ฝ่ายสารสนเทศโรงพยาบาลศิริราช, 2556)

Copyright by Mahidol University

2.1.1 กลไกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน

2.1.1.1 กลไกของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภาวะหลอดเลือดแดงขาส่วนปลายตีบตันเกิดจากสาเหตุหลายประการ สาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติ คือ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งซึ่งเกิดจากพอกพูนของแผ่นไขมันบริเวณชั้นในของผนังหลอดเลือดแดง และวัยสูงอายุ โดยกลไกการเกิดแผ่นไขมันพอกบริเวณผนังหลอดเลือดแดง (atherosclerosis) (Brevetti, Schiano, & Chiariello, 2008; Porth & Matfin, 2009; Vita & Hamburg, 2010; Vella & Petrie, 2010; ประมุข มุทิรางกูร, 2553) ดังนี้

การฉีกขาดของเยื่อบุด้านในผนังหลอดเลือดแดง (endothelial injury) ในภาวะปกติเซลล์บริเวณเยื่อบุด้านในของผนังหลอดเลือดแดง จะมีการยึดเกาะแน่นเพื่อป้องกันไม่ให้สารที่เป็นโมเลกุลใหญ่ เช่น ไขมันแทรกซึมผ่านผนังชั้นในนี้ได้ แต่เมื่อมีการบาดเจ็บและฉีกขาดของเยื่อยุชั้นในของผนังหลอดเลือดแดง สารไขมันจะสามารถแทรกซึมผ่านช่องว่างเข้าไปสะสมอยู่บริเวณด้านในของผนังหลอดเลือดแดง ตำแหน่งที่มีการฉีกขาดของเยื่อบุชั้นในผนังหลอดเลือดแดงมักเป็นบริเวณที่มีการกระทบกระแทกจากเลือดภายในระบบไหลเวียนในเกณฑ์ที่ค่อนข้างสูง เช่น บริเวณทางแยกของหลอดเลือดแดง (arterial bifurcation) และบริเวณหลอดเลือดแดงที่มีแขนงยื่นออกไป (arterial branch points) ปัจจัยที่ทำให้เยื่อบุชั้นในของผนังหลอดเลือดแดงเกิดการฉีกขาด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงและการสูบบุหรี่ เป็นต้น

การกระตุ้นปฏิกิริยาของเกล็ดเลือด (platelet reaction) เมื่อเยื่อบุชั้นในหลอดเลือดแดงมีการฉีกขาดส่งผลให้เกิดกลไกการกระตุ้นเกล็ดเลือดให้เกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ ขึ้น ได้แก่ การเกาะตัวของเล็ดเลือด (platelet adhesion) การปล่อยสารต่างออกจากเกล็ดเลือด (platelet release reaction) และการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (platelet aggregation) สารที่ปล่อยออกมาจากเกล็ดเลือด ได้แก่ serotonin, adenosine diphosphate และเอ็นไซม์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับการย่อยสลายซึ่งส่งผลต่อเซลล์เยื่อบุชั้นในผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอลง เกิดเป็นช่องว่างระหว่างเซลล์ และเกิดการแทรกซึมของไขมันเข้าไปยังบริเวณผนังหลอดเลือดมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ (smooth muscle cell) ในผนังชั้นกลางของหลอดเลือดและมีการย้ายของเซลล์มายังผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง เซลล์กล้ามเนื้อเรียบนี้จะกระตุ้นให้เกิดพังผืด (fibrosis) บริเวณนี้ต่อไป

การแทรกซึมของสารไขมัน (lipid infiltration) ในสภาวะปกติสารไขมันจะละลายอยู่ในระบบไหลเวียนเลือดได้โดยจับตัวกับโปรตีน เกิดสารประกอบที่เรียกว่า ไลโปโปรตีน (lipoprotein) สารนี้แบ่งตัวเป็นสารต่างๆ ตามความหนาแน่น (density) และความสามารถในการเคลื่อนย้าย (mobility) สารประเภทที่มีความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein; LDL)

Copyright by Mahidol University

ส่วนใหญ่มีส่วนประกอบเป็นไขมันชนิดโคเลสเตอรอล จะซึมผ่านเข้าสู่ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง ภายหลังมีการฉีกขาดของเยื่อบุชั้นในหลอดเลือดแดง และเกิดการสะสมของสารนี้ในบริเวณดังกล่าว และสารนี้จะกระตุ้นให้มีการสร้างกล้ามเนื้อเรียบซึ่งส่งผลให้เกิดพังผืดขึ้นอีกด้วย เมื่อสารไขมันนี้รวมตัวกับพังผืดที่สร้างขึ้นจะก่อให้เกิดแผ่นไขมันในที่สุด (atheromatous plaque)

2.1.1.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน มีดังนี้

การสูบบุหรี่ (Norgren et al., 2007; Vella & Petrie, 2010; Bryant &Nix, 2012) สารนิโคตินในบุหรี่ มีผลกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติคทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ความต้านทานในหลอดเลือดแดงสูงขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายลดลง และมีผลทำให้กระบวนการสลายลิ่มเลือดทำงานลดลง (impaired fibrinolysis) ส่งเสริมการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (platelet aggregation) เกิดเป็นลิ่มเลือด (clot formation) และทำให้หลอดเลือดแดงตีบตันได้ง่ายขึ้น นอกจากสารนิโคตินยังมีส่วนทำให้เซลล์ผนังหลอดเลือดแดงชั้นใน (endothelium cell) ถูกทำลาย กระตุ้นให้เกิดอนุมูลอิสระในร่างกาย (oxidative stress) ซึ่งจะมีผลทำให้กระตุ้นกระบวนการอักเสบ ส่งเสริมการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและนำไปสู่การเกิดหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันได้ในที่สุด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และมีโรคเบาหวานร่วมด้วย พบว่า จะทำให้ตับมีการสร้างไขมันเพิ่มขึ้นและไขมันนั้นจะไปเกาะบริเวณผนังหลอดเลือดแดงมากขึ้น ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 4 เท่า

อายุ อายุที่เพิ่มมากขึ้น ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงมีการยืดขยายและเกิดพังผืด มีหินปูนจับที่ผนังหลอดเลือดแดงชั้นกลางบริเวณส่วนเส้นใยอิลาสติก ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงบางและแตกจากกัน ส่วนคอลลาเจนจะรวมกันทั้งชั้นกลางและชั้นใน และเป็นสาเหตุทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว และมักมีการหดตัวของหลอดเลือดแดงสม่ำเสมอ ทำให้อวัยวะส่วนปลายมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ในการศึกษากลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 65 ปี ถึง 74 ปี พบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดแดงตีบตันจากแผ่นไขมันในเพศชายสูงถึง 61 ต่อ 10,000 ของประชากร (ประมุข มุทิรางกูร, 2553)

โรคเบาหวาน โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้เกิดภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงและไม่สามารถเผาผลาญ นำไปใช้เป็นพลังงานได้ (insulin resistance) ทำให้ต้องสลายเนื้อเยื่อไขมัน (adipose tissue) และกล้ามเนื้อตามส่วนต่างของร่างกายมาใช้ เกิด low density lipoprotein (LDL) เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (insulin resistance) และระดับอินซูลินในเลือดที่สูงขึ้น (hyperinsulinemia) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงมีการหนาตัวขึ้น (hyperthrophy) เนื่องจากอินซูลินมีผลกระตุ้นปัจจัยที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตของหลอดเลือด (growth factor) ระดับน้ำตาลสูงทำให้ผนังชั้นใน (endothelium cell)

Copyright © Mahidol University

ของหลอดเลือดแดงเกิดการบาดเจ็บ กระตุ้นกระบวนการอักเสบทำให้ระดับ C-reactive protein (CRP) ทำให้เนื้อเยื่อชั้นเอนโอธิเลียมสร้างไนตริกออกไซม์ลดลง ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดสูญเสียหน้าที่ กระตุ้นกระบวนการแข็งตัวของเลือด มีการเกาะกลุ่มและทับถมกันของไขมันเกร็ดเลือด เม็ดเลือดและเนื้อเยื่อ และทำให้ไขมันสามารถแทรกซึมผ่านเข้าเข้าไปในผนังหลอดเลือดแดงบริเวณที่มีการอักเสบ ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแดงส่วนกล้ามเนื้อเรียบหนาตัวขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง และยังส่งผลให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่ายขึ้น หลอดเลือดแดงจึงเกิดการตีบตันได้เร็วขึ้น (Marso & Hiatt, 2006; Vella & Petrie, 2010; Bryant & Nix, 2012) จากการศึกษาในคนไทยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปี มีโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคร่วม และมีดัชนีมวลกาย 25 - 29.9 กก./ม^2 สามารถทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Wongkongkam et al, 2012) ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วมจะมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบตันอย่างรุนแรงจนถึงขั้นวิกฤติได้สูงกว่าคนที่ไม่มีโรคเบาหวานร่วมถึง 10 เท่า และทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการถูกตัดขาและเกิดความพิการในที่สุด นอกจากนี้ระดับ HbA_1C ที่เพิ่มขึ้น 1 เปอร์เซ็นต์ จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตสูงขึ้นถึงร้อยละ 28 (Bryant & Nix, 2012)

ความดันโลหิตสูง เกิดจากการที่หัวใจบีบตัวแรงขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้เพียงพอ แต่ความดันในหลอดเลือดแดงที่สูงขึ้น มีผลทำให้ผนังหลอดเลือดถูกทำลาย เกิดการบาดเจ็บ ร่างกายจะมีกลไกการตอบสนองต่อการบาดเจ็บนี้จนกระทั่งทำให้ผนังหลอดเลือดแดงมีการหนาตัวขึ้นในบริเวณที่มีการบาดเจ็บ และส่งเสริมทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งในที่สุด และส่งผลให้รูหลอดเลือดแดงแคบลงและตีบตันได้ในที่สุด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตจะมีความเสี่ยงต่อการเกิด intermittent claudication (IC) 2.5 - 4 เท่า (Muir, 2009)

ภาวะไขมันในกระแสเลือดสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับสารไลโปโปรตีนชนิดที่มีความหนาแน่นต่ำ (low-density lipoprotein: LDL) และระดับไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride)ในเลือดมากกว่าปกติ และระดับสารไลโปโปรตีนชนิดที่มีความหนาแน่นสูงน้อยกว่าปกติ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน จะมีระดับคอลเลสเตอรอล (cholesterol) สูง และระดับคอลเลสเตอรอล (total cholesterol= LDL+HDL) ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 10 มก/ดล. จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันได้ร้อยละ 10 (ประมุข มุทิรางกูร, 2553; Hirsch et al., 2006; Muir, 2009; Bryant & Nix, 2012) ส่วนกลไกของภาวะไขมันในเลือดสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันดังได้กล่าวข้างต้น

Copyright by Mahidol University

ระดับสารโฮโมซีสเตอีนในเลือดสูง (homocysteine) ส่งผลมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสูงถึง 2 - 3 เท่า กลุ่มที่มีสารโฮโมซีสเตอีนในเลือดสูงมากกว่า 12.1 ไมโครโมลต่อลิตรจะมีโอกาสเกิดโรคนี้ได้สูงถึง 2 เท่า เช่นเดียวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองตีบ การศึกษาจากหลายสถาบัน พบว่า การเพิ่มขึ้นของสารนี้ทุกๆ 5 ไมโครโมลต่อลิตร จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า และร้อยละ 30 - 40 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน จะพบระดับสารโฮโมซีสเตอีนสูงขึ้นจากปกติ ส่วนกลไกที่สารนี้ทำให้หลอดเลือดแดงของขาตีบจากแผ่นไขมันยังไม่ทราบแน่ชัด (ประมุข มุทิรางกูร, 2553; Hirsch et al., 2006; Bryant & Nix, 2012)

ภาวะซี–รีแอคทีฟโปรตีนในเลือดสูง พบได้ภายหลังปฏิกิริยาการอักเสบทั่วร่างกายและในผู้ป่วยโรคนี้ คนที่มีสารซี–รีแอคทีฟโปรตีนในเลือดสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันจากแผ่นไขมันถึง 2 เท่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับสารนี้ที่เพิ่มขึ้น (ประมุข มุทิรางกูล, 2553; Hirsch et al., 2006)

จากการศึกษาติดตามการเกิดโรคในปี 1998 ถึง ปี 2007 ของกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันพบโรคร่วมที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี คือ โรคเบาหวานและโรคไต พบสูงขึ้นเป็น 2 เท่า และ 3 เท่า ตามลำดับ ส่วนโรคความดันโลหิต โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคถุงลมปอดอักเสบเรื้อรัง และโรคไขมันในเลือดสูง มีแนวโน้มพบมากขึ้นเช่นกัน (Egorova et al., 2010) นอกจากนี้จากการศึกษาความสัมพันธ์ระยะของโรคไตเรื้อรังกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันในคนไทย พบว่า โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 มีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยของ Ankle-Brachial Index (ABI) ที่น้อยกว่า 0.9 (Ungprasert & Pornratanarangsi, 2011) จะเห็นได้ว่าโรคร่วมที่พบในกลุ่มโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายส่วนใหญ่เป็นโรคที่เป็นสาเหตุ หากไม่ได้รับการดูแลจัดการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะส่งผลนำไปสู่โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันและจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น (Bradbury et al., 2010)

นอกจากนี้ภายหลังได้รับการแก้ไขหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันทั้งแบบเปิด แบบผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง และผ่าตัดร่วมกันทั้งสองแบบ (combined) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลต่อการคงสภาพไหลเวียนเลือดที่ขาลดลง โดยภาวะซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ที่สำคัญ ได้แก่ serotonin, noradrenaline, dopamine และ cortisol ซึ่งสาร serotonin จะถูกนำพาและหลั่งจากเกล็ดเลือด และมีส่วนในการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (platelet aggregation) เพื่อป้องกันการเกิดเลือดออก และมีผลต่อการทำหน้าที่ของเนื้อเยื่อเอนโดธิเลียม (endothelial function) มีผลทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและตีบแคบลง (Camus, Kraehenbühl, Preisig, Büla, & Waeber, 2004)

Copyright© by Mahidol University

ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการกลับมีการตีบตันซ้ำได้ถึง 1.77 เท่า (95% CI, 10.03 - 30.02; P = 0.04) และยังทำให้เกิดความล้มเหลวในการผ่าตัดแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงตีบตันได้ถึง 2.18 เท่า (Cherr et al., 2007)

2.1.2 การรักษาและผลลัพธ์ของการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

2.1.2.1 สถิติและแนวโน้มของการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง สำหรับในโรงพยาบาลศิริราชพบมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากปีพ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ.2555 มี 74, 90, 91, 146 และ 123 ราย และนับตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ.2556 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2556 มีจำนวน 44 ราย (ฝ่ายสารสนเทศโรงพยาบาลศิริราช, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า มีแนวโน้ม เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน จาก ค.ศ. 1998 ถึง ค.ศ. 2003 พบการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงมีมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการปวด (claudication) เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 40 (Vogel et al., 2007) ระหว่างปี ค.ศ. 1996 ถึง ปี ค.ศ. 2007 พบว่า มีการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น 4 เท่า โดยเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 45 เป็น ร้อยละ 68 ต่อจำนวนประชากร 100,000 ราย แต่การผ่าตัดแบบเปิดเพื่อแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันมีแนวโน้มลดลง จาก 192 เป็น 183 (95% CI, 162 - 204) สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่มีภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติมีแนวโน้มลดลงทั้งในผู้ป่วยสูงอายุ (≥ 80 ปี) ลดลงจาก 317 ราย เป็น 240/100,000 รายต่อปี และกลุ่มที่มีอายุ 65 - 79 ปี ลดลงจาก 199 ราย เป็น 160/100,000 รายต่อปี (Egorova et al., 2010) และสอดคล้องกับการศึกษาในรัฐฟลอริดา (Florida) ที่ศึกษาจากปี ค.ศ. 2000 ถึง ค.ศ. 2008 พบว่า การรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดง กลับมีจำนวนลดลงเป็น 3 เท่า ในปี ค.ศ. 2008 (จากเดิม 12,419 ราย ลดเป็น 3,636 ราย) ส่วนการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 113 (จากจำนวน 2,698 ราย เพิ่มเป็น 5,748 ราย ภายในระยะเวลา 5 ปี) (Hong, Butler, Fischer, & Nelson, 2010) เนื่องจากการรักษาด้วยวิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น และลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล จึงพบอัตราการจำหน่ายภายใน 1 - 2 วัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16 เป็นร้อยละ 35 และมีการผ่าตัดแบบวันเดียว (ambulatory surgery) มากขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มจาก 7/100,000 ในปี 199 เป็น 22/100,000 ในปี 2007 ส่วนระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมีแนวโน้มสั้นลงจาก 9.5 วัน เป็น 7.9 วัน ส่วนกลุ่มที่มีอัตราการนอนโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน นั้นลดลงจากร้อยละ 50 เหลือร้อยละ 38 (Egorova et al., 2010)

Copyright by Mahidol University

2.1.2.2 การรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงและผลลัพธ์

การรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (endovascular therapy) เป็นรักษาเพื่อแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน และเพิ่มเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่ออวัยวะส่วนปลาย ข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงเหมาะกับพยาธิสภาพการตีบแคบจากแผ่นไขมันพอกพูนหลอดเลือดแดงของขาที่มีช่วงสั้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์หรือไม่พร้อมต่อการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินหลอดเลือดแดงได้ การรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง แบ่งออกเป็นประเภทต่างๆ ได้แก่ การใช้สายสวนลูกโป่งถ่างขยายหลอดเลือดแดงบริเวณที่มีการตีบแคบ การสอดใส่ท่อขดลวดค้ำยัน การสอดใส่หลอดเลือดเทียมที่มีท่อขดลวดค้ำยัน การถ่างขยายหลอดเลือดแดงด้วยความเย็น การสลายแผ่นไขมันด้วยเครื่องเลเซอร์ การตัดผิวแผ่นไขมัน (ประมุข มุทิรางกูร, 2553) กรณีที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแก้ไขหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการขาดเลือดจากการตีบตันอย่างรุนแรงจนเกิดเนื้อเยื่อเน่าและตาย (gangrene) หรือเป็นแผลเรื้อรังที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic ulcer) หรือมีอาการปวดน่อง ปวดขา หรือปลายเท้าตลอดเวลาแม้ในขณะพัก (rest pain) หรืออาการปวดแบบเป็นๆ หายๆ (claudication pain) ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตหรือการประกอบอาชีพปกติแม้จะปฏิบัติตัวได้เหมาะสม และรักษาด้วยยาเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน (สุวิทย์ ศรีอัฏาพร, 2545)

เป็นการรักษาโดยการสอดใส่เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ผ่านทางจุดใดจุดหนึ่งของหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดบริเวณรักแร้ (axillary artery) หรือหลอดเลือดบริเวณขาหนีบ (femoral artery) เข้าสู่ภายในรูหลอดเลือดไปยังจุดเป้าหมายที่มีพยาธิสภาพซึ่งอยู่ไกลออกไป การรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงได้เริ่มขึ้นหลังจากปี ค.ศ. 1960 (Akopian & Katz, 2006) เป็นที่ยอมรับและนิยมใช้ในการรักษามากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดแดงตีบตัน ซึ่งสามารถแบ่งการรักษาออกเป็น 4 วิธีการ (ทั้งหมดใช้เทคนิคเบื้องต้นเหมือนกัน ต่างกันที่อุปกรณ์การแพทย์)ได้แก่ Angioplasty (percutaneous transarterial angioplasty; PTA), Atherectomy, Endovascular stent และ Endovascular stent grafting (สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปี, 2545)

ตัวชี้วัดผลสำเร็จของการรักษาด้วยวิธีนี้ตามมาตรฐานสากล คือ ลักษณะทางกายวิภาค (anatomy) การไหลเวียนเลือด (hemodynamic) ของหลอดเลือดที่ได้รับการแก้ไข และลักษณะทางคลินิก (clinical) โดยลักษณะทางกายวิภาควัดที่มีการตีบตันซ้ำบริเวณที่รักษาไม่เกิน 50 เปอร์เซ็นต์การไหลเวียนเลือดประเมินโดยใช้ค่าดัชนีการไหลเวียนเลือดที่ข้อเท้า (Ankle Brachial Index-ABI) ที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 0.15 (ABI > 0.15) ส่วนตัวชี้วัดความสำเร็จด้านลักษณะอาการทางคลินิก คือ ความทนขณะการเดิน (walking distance) สำหรับผู้ที่มีอาการปวดขาสามารถเดินได้โดยไม่มีอาการปวดมากกว่าร้อยละ 50 อาการปวดขณะพักลดลง และสำหรับผู้ที่มีแผลที่เท้าสามารถรักษาขาไว้ได้ (Davies et al., 2005; Karch et al., 2000)

Copyright by Mahidol University

ผลลัพธ์ของการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาเมื่อเทียบกับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดง ลดอัตราการสูญเสียขาและอัตราการตาย และยังช่วยลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลด้วย (Hong et al., 2010) ซึ่งการรักษาด้วยวิธีนี้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด (Egorova et al., 2010) แต่ด้านคุณภาพชีวิตหลังการรักษาจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า คุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ยังอยู่ในระดับต่ำ และไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด (Remes et al., 2010) โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติ พบว่า การรักษาด้วยวิธีนี้ช่วยให้แผลดีขึ้นภายในระยะเวลาน้อยกว่า 4 เดือนถึงร้อยละ 78 และการหายของแผลอย่างสมบูรณ์ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 7 เดือน แต่ยังพบว่า ร้อยละ 17 มีการเกิดแผลซ้ำอีก (O'Brien-Irr et al., 2011) เมื่อวัดที่ลักษณะทางคลินิกที่ไม่พบอาการแสดงเหลืออยู่ภายหลังการรักษาด้วยวิธีนี้ พบว่า ระยะเวลา 1 ปี พบร้อยละ 69 และเมื่อระยะเวลา 4 ปี พบร้อยละ 40 (Karch et al., 2000) และการศึกษาของ Wann-Hansson และคณะ (2005) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับการแก้ไขหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน (revascularization) ทั้งวิธีการผ่าตัดแบบทำทางเบี่ยงหลอดเลือด (bypass graft) จำนวน 55 ราย และวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (angioplasty) จำนวน 70 ราย และผ่าตัดเปิดหลอดเลือดแดงเพื่อลากลิ่มเลือดที่อุดตันออก (thrombendarterectomy-TEA) จำนวน 13 ราย โดยเป็นทั้งกลุ่มที่มีอาการปวดขณะเดินและมีภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติ พบว่า คุณภาพชีวิตดีขึ้นในช่วงหลังการรักษา 6 เดือน และ 1 ปี ยกเว้นด้านการเข้าสังคมและการนอนหลับส่วนอาการปวดจะกลับสู่สภาวะเดิมต้องใช้ระยะมากกว่า 4 ปี

2.1.3 ผลกระทบภายหลังการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

แม้ว่าวิธีการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง เพื่อแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงตีบตันเพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่ออวัยวะส่วนปลาย ช่วยส่งเสริมการหายของแผล ลดการสูญเสียขาและเสียชีวิต (Hong et al., 2010) แต่ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุโดยตรงของการเกิดหลอดเลือดตีบตันยังคงอยู่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวโน้มผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันมีโรคซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเพิ่มขึ้น กล่าวคือ โรคเบาหวานร่วมพบเพิ่มเป็น 2 เท่า (จากร้อยละ 28.1 เป็นร้อยละ 33.7, $p < .001$) และโรคไตเรื้อรังเพิ่มเป็น 3 เท่า (จากร้อยละ 3.3 เป็นร้อยละ 9.5, $p < .001$) ส่วนโรคความดันโลหิต โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไขมันในเลือดสูงพบมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ $p < .001$ เช่นกัน (Egorova et al., 2010) ร้อยละ 57.6 ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันมีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร่วมด้วย (Bonvini et al., 2011) ซึ่งโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสูงกว่า

Copyright© by Mahidol University

คนทั่วไป 4 - 6 เท่า (Vita et al., 2010) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้หากไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสมจะส่งผลให้การดำเนินโรคทวีความรุนแรงขึ้น นำไปสู่การกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

2.1.3.1 ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงพบได้น้อยเมื่อเทียบกับการรักษาแบบเปิด ระดับความรุนแรง ข้อบ่งชี้การทำหัตถการ (ระดับเหนือเข่า ใต้เข่า และข้อเท้าลงไป) อายุ เชื้อชาติ เพศและโรคร่วม มีผลต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงของการตีบตันมากถึงขั้นเกิดเน่าตายของเนื้อเยื่อ (gangrene) จะมีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงถึง 3 เท่า ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกที่พบได้ (Vogel et al., 2011) มีดังนี้

บริเวณรอยแผลผ่าตัด (access site complication) ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ เกิดจ้ำเลือด หรือก้อนเลือด (hematoma) ที่บริเวณ puncture site มีหลอดเลือดแดงโป่งพอง (pseudo-aneurysm) หรือมีรอยรั่วของหลอดเลือด หรือเกิดการเชื่อมต่อระหว่างหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ (AV fistula) เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวพบได้ร้อยละ 1.7 - 11.79 (Diehm et al., 2008; Balzer, Thalhammer, Khan, Zangos, Vogl, & Lehnert, 2010; Bonvini et al., 2011) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแก้ไขร้อยละ 1.4 และรักษาตามอาการร้อยละ 5 (Bonvini et al., 2011)

ระบบหัวใจ พบภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายใน 30 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 3.2 (Vogel et al., 2011) และในผู้ป่วยที่มีภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติที่มีอายุมากกว่า 80 ปี พบว่า ภายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจจำนวน 6 ราย/128 ราย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตสูง และหัวใจเต้นผิดจังหวะ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา (Salas et al., 2004)

ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารได้เนื่องจากผู้ป่วยหลังจากการรักษาแก้ไขหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันแล้ว จำเป็นต้องได้รับยากลุ่มต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด เช่น aspirin, plavix เป็นต้น ซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้ระคายเคืองทางเดินอาหารและมีเลือดออกได้ (ณัฐวุธ สิบหมู่, 2553)

ระบบอื่นๆ ของร่างกาย ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบพบได้ร้อยละ 5.1 ภาวะไตวายหรือการทำงานของไตลดลงพบได้ร้อยละ 8.1 หรืออาจจะการเกิดภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น อาการแพ้ผื่นทั่วร่างกาย ภาวะไม่สมดุลสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ (Diehm et al., 2008) และเกิดแผลติดเชื้อซ้ำภายหลังการผ่าตัดซึ่งพบได้ร้อยละ 17 (O'Brien-Irr et al., 2011)

Copyright by Mahidol University

2.1.3.2 การเกิดซ้ำหรือกลับเข้ามารักษาซ้ำ ภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง การรักษาด้วยวิธีนี้มีกลไกที่ทำให้เกิดแนวการแตกจากการขยายตัวที่ไม่มีระเบียบผนังหลอดเลือดแดงชั้น media (สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปี, 2545) และสามารถคงสภาพการไหลเวียนเลือดที่เท้าได้ในระยะเวลาสั้นๆ และมีโอกาสเกิดการตีบตันซ้ำ (restenosis) ได้ค่อนข้างสูง โดย 30 วันแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ามีกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำร้อยละ 29.6 จำเป็นต้องรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดแดงซ้ำร้อยละ 3.2 และผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดง (open bypass) ร้อยละ 2.1 (Vogel et al., 2011) ภายหลังการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง 1 เดือน ถึง 2 เดือนแรก มีการคงสภาพการไหลเวียนเลือดที่ขาซึ่งประเมินจากค่า ABI พบว่า ค่า ABI สูงขึ้น แต่หลังจาก 6 เดือนพบค่า ABI จะค่อยๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง (Brosi et al., 2007) เมื่อ 3 เดือนหลังการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดงด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดแดงและ/หรือใส่ท่อขดลวดค้ำยัน (stent) พบว่าสามารถคงสภาพไหลเวียนเลือดขาได้ ร้อยละ 70 - 90 (Nelson et al., 2007) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติจากการตีบตันของหลอดเลือดแดงบริเวณใต้เข่า (infrapopliteal arteries) พบการตับตันซ้ำร้อยละ 73 (Iida et al., 2012) และ 4 เดือน พบการตีบตันซ้ำได้ร้อยละ 41 (Saqib et al., 2013) เมื่อ 6 เดือน พบผู้ป่วยหลอดเลือดแดงบริเวณใต้ขาหนีบถึงเข่า (femoro-popliteal arteries) เกิดการตีบตันซ้ำถึงร้อยละ 53.7 (Minar et al., 2000)

เมื่อเวลาผ่านไป 9 เดือน พบผู้ป่วยหลอดเลือดแดงตีบตันบริเวณใต้เข่าที่สามารถคงสภาพไหลเวียนเลือดที่ขาไว้ได้หลังจากการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ 59 ส่วนผู้ป่วยที่มีการตีบตันซ้ำนั้นพบในผู้ป่วยที่ยังคงมีแผลขาดเลือดเรื้อรัง (ร้อยละ 32) มีแผลขาดเลือดเรื้อรังและสภาพแผลแย่ลง (ร้อยละ 42) มีอาการปวดขาขณะพัก (ร้อยละ 16) และพบทั้งในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง (ร้อยละ 10) โดยการตีบตันซ้ำส่งผลให้จำเป็นต้องทำการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดงซ้ำถึงร้อยละ 44 ถูกตัดขาร้อยละ 27 รักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงร้อยละ 21 และสังเกตอาการต่ออีกร้อยละ 8 (Saqib et al., 2013) เมื่อเวลาผ่านไป 10 เดือน พบว่า ร้อยละ 27.6 มีอัตราการตีบตันซ้ำของหลอดเลือดแดงมากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ จนกระทั่ง 1 - 3 ปี พบสภาพการไหลเวียนเลือดภายหลังการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงลดลงเหลือร้อยละ 20 - 50 (Minar et al., 2000; Nelson et al., 2007) และเมื่อครบ 1 ปี ผู้ป่วยที่มีภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติสามารถรักษาขาทั้งสองข้างไว้ได้คิดเป็นร้อยละ 45 (Bonvini et al., 2011)

การตีบตันซ้ำ พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีแผลเน่าตายมีการทำงานของไตบกพร่อง (renal insufficiency) (odds ratio, 5.57; P = .08) (Saqib et al., 2013) นอกจากนี้การคงสภาพการไหลเวียนเลือดที่ขาภายหลังได้รับการแก้ไขหลอดเลือดขึ้นอยู่กับลักษณะทางกายวิภาค

Copyright by Mahidol University

ของหลอดเลือดที่ตีบตันนั้น (anatomic) ปัจจัยทางคลินิก (clinical factors) ความรุนแรงของโรค หรือมีโรคร่วมอื่นๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไตวาย (renal failure) สูบบุหรี่ เป็นต้น (Hirsch et al., 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีผลให้การไหลเวียนเลือดที่ขาลดลงและส่งเสริมให้อาการแสดงของโรครุนแรงมากขึ้นด้วย (Cherr et al., 2007) นอกจากนี้ปัจจัยด้านโรคร่วมที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดเรื้อรัง (chronic pulmonary disease) และโรคหัวใจวาย (congestive heart failure) (Vogel et al., 2011) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดการกลับเป็นซ้ำจะส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพลดลงด้วย (รัตนา แตงรอด และคณะ, 2552) ซึ่งการตีบตันของหลอดเลือดซ้ำส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

2.1.3.3 ผลกระทบจากหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันแม้จะได้รับการรักษาแก้ไขภาวะดังกล่าวไปแล้วแต่เมื่อมีการเกิดตีบตันของหลอดเลือดแดงซ้ำ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคมากขึ้นจะมีแนวโน้มส่งผลให้คุณภาพชีวิตยิ่งลดต่ำลง (Sprengers et al., 2010) โดยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. ผลกระทบต่อด้านร่างกาย การตีบแคบของหลอดเลือดแดงส่วนปลายแบบเรื้อรังส่งผลให้อวัยวะส่วนปลายเกิดการขาดเลือดเรื้อรัง ซึ่งอวัยวะที่ได้รับผลกระทบที่พบบ่อยที่สุดคือ เท้าและขา เมื่อการตีบตันมีความรุนแรงขึ้นแม้จะมีระบบไหลเวียนรอบข้าง (collateral circulation) เกิดขึ้นก็ไม่เพียงพอต่อการขนส่งเลือดและสารอาหารไปยังอวัยวะส่วนปลายได้ จึงทำให้เกิดภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติ (critical limb ischemia) (ประมุข มุทิรางกูร, 2553) และเมื่อมีการใช้กล้ามเนื้อขา เช่น การเดิน ส่งผลให้กล้ามเนื้อขาจำเป็นต้องใช้พลังงานจากกระบวนการเผาผลาญที่เรียกว่า วัฏจักรเครป (Krep cycle) สารประกอบสุดท้ายที่ได้จากกระบวนการนี้ คือ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และน้ำ พร้อมทั้งพลังงานจำนวนมากในการทำให้กล้ามเนื้อมัดต่างๆ ของขามีการหดตัวอย่างมีประสิทธิภาพในขณะเดิน และขบวนการเผาผลาญนี้ต้องอาศัยออกซิเจนจากเลือดที่มาเลี้ยงอย่างเพียงพอ แต่เมื่อเกิดมีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงที่ขาส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนและเลือดที่ไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ทำให้การเผาผลาญเกิดขึ้นไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดการคั่งของกรดชนิดต่างๆ อาทิ กรดแลคติก (lactic acid) กรดอะแรคคิโดนิก (arachidonic acid) และกรดออกซาโลอะซิติก (oxaloacetic acid) เป็นต้น ปริมาณกรดเหล่านี้จะคั่งมากขึ้นตามระยะทางของการเดิน จึงส่งผลให้มีอาการปวดขา ซึ่งอาการปวดขาที่เกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการตีบแคบและปริมาณระบบไหลเวียนรอบข้างด้วย (ประมุข มุทิรางกูร, 2553) โดยอาการแสดงทางคลินิกของภาวะขาขาดเลือด ดังนี้

Copyright by Mahidol University

อาการปวดขาขณะเดิน (Intermittent claudication-IC) เป็นลักษณะทางคลินิกเริ่มแรกที่สำคัญ อาการปวดจะค่อยๆ เริ่มปรากฏขึ้นภายหลังการเดินในระยะทางหนึ่ง เมื่อเดินต่อไปอาการปวดขาจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจนกระทั่งผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการปวดได้จำเป็นต้องหยุดเดิน หลังจากผู้ป่วยหยุดพักประมาณ 10 ถึง 15 นาที อาการปวดขาจะทุเลาลงจนหายสนิท แต่เมื่อผู้ป่วยเริ่มเดินใหม่อาการปวดดังกล่าวจะกลับมาในลักษณะเดิมอยู่เรื่อยไป อาการปวดขาในขณะเดินจะเป็นปัญหารุนแรง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย และภาระการปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน (ประมุข มุทิรางกูร, 2553)อาการปวดดังกล่าวมักเกิดขึ้นเมื่อมีการตีบตันของหลอดเลือดแดงประมาณร้อยละ 50 (Bryant & Nix, 2012) ซึ่งตำแหน่งของขาที่มีอาการปวดในขณะเดินมีความสัมพันธ์โดยตรงกับตำแหน่งของหลอดเลือดแดงที่มีการตีบตันอย่างเรื้อรัง (ประมุข มุทิรางกูร, 2553)

อาการปวดเท้าขณะพัก (rest pain) อาการปวดนี้จะเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยพัก โดยเฉพาะในช่วงกลางคืนซึ่งเป็นช่วงเวลาที่หัวใจมีการบีบตัวเพื่อสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายน้อยกว่าปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงมากมีปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายหรือเท้าได้น้อยลงอย่างมาก จึงเกิดอาการปวดที่เท้าอย่างรุนแรงตลอดเวลา อาการปวดเท้าขณะพักเป็นสัญญาณอันตรายที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสูญเสียขาภายในระยะเวลา 6 เดือน หากไม่ได้รับการแก้ไข (Hirsch et al., 2006; ประมุข มุทิรางกูร, 2553)

แผลขาดเลือด (ischemic ulcer) เกิดจากเนื้อเยื่อขาดเลือดอย่างรุนแรง ส่งผลให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ (necrosis/gangrene) ขึ้น แผลขาดเลือดมีลักษณะที่สำคัญทางคลินิก ได้แก่ แผลเกิดขึ้นบริเวณนิ้วเท้าซึ่งเป็นอวัยวะส่วนปลายสุดของขา ขอบแผลบางก้นแผลมีสีซีด ไม่มีเลือดออก ผิวหนังโดยรอบมีสีดำจากเซลล์ที่เกิดการตายและผิวหนังรอบแผลเหี่ยวแห้ง ฉีกขาดง่าย แผลมีการลุกลามมายังส่วนต้นมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งแผลขาดเลือดนี้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและการอักเสบสามารถลุกลามได้อย่างรวดเร็ว หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาไม่ถูกวิธีในระยะแรกจะทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก (ประมุข มุทิรางกูร, 2553)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและสภาวะอารมณ์ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่มีความรุนแรงตั้งแต่มีอาการปวดขาจากการขาดเลือดในขณะเดิน (claudication) จนกระทั่งมีแผลเรื้อรังจากการขาดเลือด จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านจิตใจและสภาวะอารมณ์ โดยผลจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายและบทบาททางสังคมนั้นส่งผลกระทบโดยตรงต่อความเป็นบุคคล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวตน รู้สึกว่ามีความผิดปกติ เช่น เดินได้สักพักแล้วต้องหยุดเดิน เป็นต้น สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ไม่สามารถทำอะไรได้ตามใจปรารถนา ต้องพึ่งพาและเป็นภาระต่อครอบครัว รู้สึกไม่แน่นอน หวั่นกลัว กลัวการสูญเสียหน้าที่หรือต้องพึ่งพาผู้อื่น กลัวการถูกตัดขา

Copyright by Mahidol University

และกลัวการตาย ซึ่งเป็นอารมณ์ที่เกิดจากลักษณะเฉพาะของโรค (Treat-Jacobson et al., 2002; Egberg, Mattiasson, Ljungström, & Styrud, 2010) และผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อย คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าพบในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันได้ถึงร้อยละ 16 - 60 (Pratt et al., 2005; Cherr et al., 2007; Smolderen et al., 2008) แม้ในระยะหลังจากการรักษาแก้ไขหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันทั้งช่วงก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยยังคงมีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าอยู่ (Gallowa et al., 1995) ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายหลังได้รับการผ่าตัดแก้ไขหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันทั้งกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด (100 ราย) และรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (131 ราย) กับกลุ่มควบคุม พบ คุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขหลอดเลือดแดงทั้งสองวิธีอยู่ในระดับต่ำ โดยคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับการรักษาระหว่างทั้งสองชนิดนี้ไม่มีความแตกต่างกัน และภาวะซึมเศร้าพบในกลุ่มที่ได้รับการแก้ไขหลอดเลือดมากกว่ากลุ่มควบคุม (Remes et al., 2010)

3. ผลกระทบต่อภาวะทุพพลภาพและอัตราการตาย จากเป้าหมายของการรักษาด้วยวิธีนี้คือ ช่วยลดอัตราการสูญเสียขาและเสียชีวิต อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับระยะเวลาภายหลังได้รับการรักษาและความรุนแรงของโรคด้วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าภายใน 30 วัน พบอัตราการสูญเสียอวัยวะร้อยละ 23.8 ซึ่งพบมากในกลุ่มที่มีการเน่าตายของเนื้อเยื่อ (gangrene) คิดเป็นร้อยละ 44.2 ตำแหน่งที่ถูกตัดมากที่สุดคือ ตั้งแต่ข้อเท้าลงไป และอัตราการตายภายใน 30 วันหลังทำหัตถการพบร้อยละ 6.73 (Vogel et al., 2011) เมื่อ1 ปี หลังการรักษาพบอัตราการตายถึงร้อยละ 9 (Bonvini et al., 2011) สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง และโรคหัวใจขาดเลือด (ประมุข มุทิรางกูร และคณะ, 2549) สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ซึ่งมีภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติ พบอัตราการตายร้อยละ 31.7 ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 80 ปี พบอัตราการตายร้อยละ 23.8 และอัตราการสูญเสียอวัยวะร้อยละ 18 - 19 (Brosi et al., 2007)

จากการทบวรรณกรรมที่กล่าวข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง (Egorova et al., 2010) ทำให้หลังผ่าตัดแนวโน้มผู้ป่วยจะต้องกลับไปฟื้นตัวต่อที่บ้านและจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันซึ่งเป็นโรคที่มีความซับซ้อนที่ต้องการดูแลค่อนข้างมาก การตีบตันของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลทั้งจากการสะสมของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและโรคร่วมซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินโรคและทำให้มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำได้อีก ดังนั้นภายหลังการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง จึงไม่เพียงแค่การดูแลตนเองด้านการฟื้นตัวหรือสังเกตอาการผิดปกติเท่านั้น แต่ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องจัดการควบคุมโรคร่วมหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ให้เหมาะสมกับแต่ละ

Copyright by Mahidol University

ช่วงเวลาของการฟื้นตัวและภาวะสุขภาพขณะนั้น จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลจัดการตนเองด้านการป้องกันและควบคุมโรคร่วมเหล่านี้ให้เหมาะกับสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตของผู้ป่วย (Wann-Hansson et al., 2005) รวมทั้งการมุ่งไปยังกระบวนการคิดหรือรับรู้ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้ป่วยด้วย (Sol et al., 2005)

2.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

2.2.1 ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self-Management Theory) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan และ Sawin (2009) โดยเน้นพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคลเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดย Ryan และ Sawin ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมการจัดการตนเองไว้ว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพื่อการป้องกัน หรือชะลอความเจ็บป่วย หรือการเอื้ออำนวยต่อการจัดการกับภาวะสุขภาพที่ความซับซ้อน สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อและค่านิยมในตัวบุคคลและครอบครัว การจัดการตนเองถือเป็นหน้าที่รับผิดชอบที่จำเป็นสำหรับบุคคลและครอบครัว ซึ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เกิดขึ้นอาจจะมีหรือไม่มีการประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นพลวัต ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. บริบท ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องซึ่งเป็นปัจจัยที่จำเพาะต่อเงื่อนไขท้าทายหรือปกป้องการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านเงื่อนไขจำเพาะ (specific condition factors) เป็นปัจจัยด้านสรีรวิทยา ลักษณะโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ตามเงื่อนไข การรักษาที่ได้รับซึ่งเป็นเงื่อนไขที่จะส่งผลกระทบต่อประเภทและลักษณะของพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการ สภาพการณ์ในช่วงที่สามารถปรับตัวได้ (stability) หรือช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลง (transition) ปัจจัยด้านเงื่อนไขจำเพาะ เช่น ความซับซ้อนของเงื่อนไข (complexity of condition) ความซับซ้อนของการรักษา (complexity of treatment) และช่วงระยะเวลา (trajectory) เป็นต้น

1.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ประกอบด้วยปัจจัยการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การเปลี่ยนสถานที่บริการสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ การเดินทาง (transportation) เพื่อนบ้าน (neighborhoods) โรงเรียน การทำงาน/อาชีพ วัฒนธรรม

Copyright by Mahidol University

ต้นทุนทางสังคม (social capital) ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

1.3 ปัจจัยทางด้านบุคคลและครอบครัว เป็นลักษณะของบุคคลและครอบครัวที่ส่งเสริมหรือบั่นทอนความสามารถในการจัดการตนเอง ได้แก่ การรับรู้/การรู้คิด (cognitive status) มุมมอง (perspective) การประมวลผลข้อมูล (information processing) ระดับพัฒนาการ (developmental states) ความสามารถและความสามัคคีกันของบุคคลและครอบครัว ความแตกฉาน (literacy) ความมั่นคงทางทรัพยากรหรือความพร้อมของทรัพยากร (resourcefulness)

2. กระบวนการจัดการตนเอง เป็นขั้นกระบวนการที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งมีการเชื่อมโยงกันระหว่างความรู้และความเชื่อ ทักษะและความสามารถของการควบคุมตนเอง ความเอื้ออำนวยทางสังคมและการเจรจาต่อรองร่วมกัน เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นพลวัต แต่ละองค์ประกอบของกระบวนสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 ความรู้และความเชื่อ (knowledge and beliefs) เป็นข้อมูลเท็จจริงและการรับรู้ (perception) เกี่ยวกับเงื่อนไขของสุขภาพ (health condition) หรือพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นระดับความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมได้จนประสบผลสำเร็จภายใต้สถานการณ์ปกติหรือสถานการณ์ตึงเครียด ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) เป็นความเชื่อที่จะนำไปสู่การกระทำเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งเป็นการคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ และความสอดคล้องกับเป้าหมาย (goal congruence) ซึ่งเป็นการแก้ไขความสับสนหรือความวิตกกังวลของบุคคลที่เกิดขึ้นจากความขัดแย้งกับเป้าหมายทางสุขภาพที่ตั้งไว้

2.2 การควบคุมตนเอง (self regulation) เป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ ซึ่งประกอบด้วยทักษะและความสามารถในการตั้งเป้าหมาย (goal setting) การติดตาม/ตรวจสอบและสะท้อนความคิดตนเอง (self monitoring and reflective thinking) การตัดสินใจ (decision making) การวางแผนและการลงมือปฏิบัติ (planning and action) การประเมินตนเอง (self evaluation) และการตอบสนองต่อการจัดการ (management of responses)

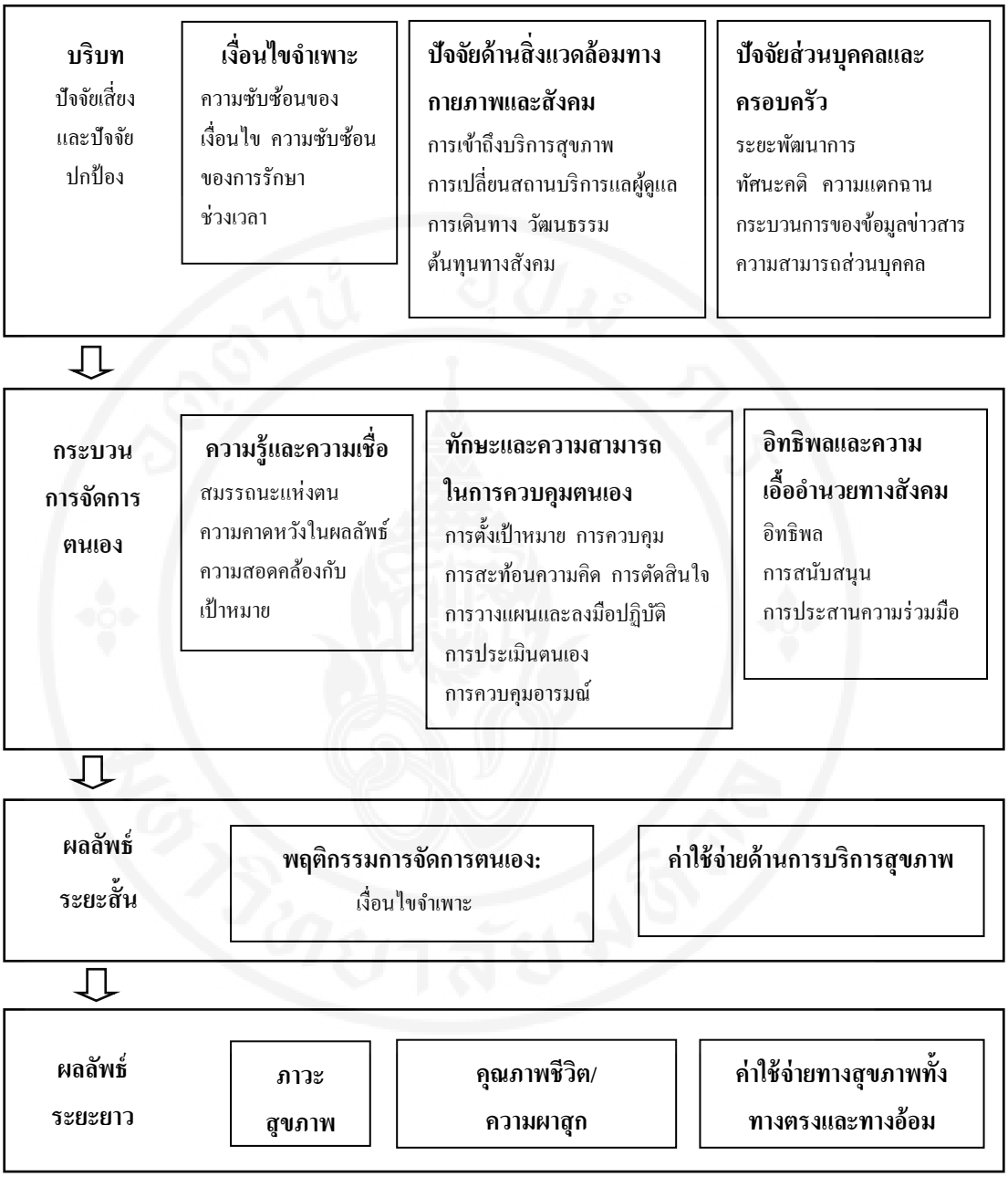
2.3 ความเอื้ออำนวยทางสังคม (social facilitation) เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพและการส่งเสริมความสามารถของบุคคลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งประกอบด้วย อิทธิพลทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการเจรจาต่อรองความร่วมมือ โดยอิทธิพลทางสังคม (social influence) เป็นบทความหรือบทสนทนาของบุคคลที่เคารพนับถือในฐานะที่รับรู้ถึงอำนาจของความความรู้ ความเชี่ยวชาญ การแนะนำและส่งเสริมให้บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมในพฤติกรรม

Copyright by Mahidol University

สุขภาพที่เฉพาะเจาะจง โดยบุคคลที่น่านับถือนั้นอาจจะเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพ ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือสมาชิกในชุมชน หรือสิ่งตีพิมพ์ หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เช่น นิตยสาร โทรทัศน์ หรืออินเตอร์เน็ต การสนับสนุนทางสังคม (social support) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สิ่งของ คำแนะนำเพื่อให้บุคคลหรือครอบครัวซึ่งมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการให้ความช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกต่อการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมสุขภาพ และการเจรจาต่อรองหรือการสื่อสารประสานความร่วมมือ (negotiated collaboration) การเจรจาความร่วมมือจะเกิดขึ้นเมื่อมี “คุณ ฉัน และพวกเรา” โดยมีการรับรู้ถึงความน่านับถือและอำนาจการชักจูง ความเชี่ยวชาญและมาตรฐานซึ่งเป็นการให้ความหมายของ แต่ละบุคคล การมีส่วนร่วมกันในบทบาทและความรับผิดชอบของครอบครัวที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการรักษา

3. ผลลัพธ์ ประกอบด้วยผลลัพธ์ในระยะสั้นหรือในระยะแรก ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จ ของผลลัพธ์ในระยะยาว โดยผลลัพธ์ระยะสั้น เป็นพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือการรักษาที่ได้รับ การจัดการอาการหรือการใช้ยา การมีส่วนร่วมในพฤติกรรมสุขภาพอาจจะมีหรือไม่มีต่อค่าใช้จ่ายในระบบการบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ระยะยาว ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดแต่ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (ระยะของการป้องกัน การเฝ้าระวัง ปรับตัวได้ และอาการแย่ลง) คุณภาพชีวิตหรือการรับรู้สุขภาวะ ค่าใช้จ่ายซึ่งรวมทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรงและทางอ้อม ดังแสดงในแผนภูมิ 2.1

Copyright by Mahidol University



แผนภูมิ 2.1 กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Model of the Individual and Family Self-Management) (Ryan & Sawin., 2009)

Copyright by Mahidol University

2.2.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นความสามารถของแต่ละคนในการจัดการอาการ (symptom) การรักษา ผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อร่างกายและจิตใจ และมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพในการจัดการตนเองนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการติดตาม (monitor) ความเจ็บป่วย กระบวนการรับรู้ พฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์เพื่อคงไว้ซึ่งความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต โดยการจัดการตนเองเป็นกระบวนการของการกำกับตนเองที่เป็นพลวัตและต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดีกับทีมสุขภาพ จึงจะสามารถประสบความสำเร็จได้ (Barlow et al., 2002)

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนค่อนข้างมาก แม้จะได้รับการรักษาไปแล้ว แต่สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคยังคงอยู่ จึงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ดังนั้นจึงได้มีการสร้างแนวปฏิบัติสำหรับการจัดการกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย The Trans-Atlantic Inter-Society Consensus [TASC] guidelines และ The ACC/AHA 2005 Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease ซึ่งเป็นการตกลงกันระหว่างสมาคมหลอดเลือด (Hirsch et al., 2006; Norgren et al., 2007) โดยภายหลังได้รับการรักษา เป้าหมายที่สำคัญ คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง เลิกสูบบุหรี่ การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด การเฝ้าระวังการตีบตันซ้ำของหลอดเลือด การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ การดูแลเท้า และการมาตรวจติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น (Sol et al., 2005; Hirsch et al., 2006; Norgren et al., 2007) นอกจากนี้ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตไปจนตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย (Wann-Hansson et al., 2008) เพื่อชะลอการดำเนินโรคและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความผาสุกในชีวิต รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อไป

เกณฑ์สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (Hirsch et al., 2006; Norgren et al., 2007; Gandhi, Weinberg, Margey & Jaff, 2011; Anderson et al., 2013) มีดังนี้

- ระดับ LDL ต่ำกว่า 100 มก./ดล. สำหรับผู้ป่วยทุกคน หรือ ระดับ LDL ต่ำกว่า 70 มก./ดล. สำหรับผู้เป็นโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันรุนแรง
- ความดันโลหิต ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท หรือ ต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตวาย
- ระดับ Hemoglobin A_1C ต่ำกว่า 7 % หรือ ไม่เกิน 6% หากสามารถทำได้

Copyright by Mahidol University

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวให้ได้ตามเกณฑ์ และป้องกันการดำเนินโรคที่รุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยควรมีการจัดการตนเองในด้านต่างๆ (Khan et al., 2005) ดังนี้

1. ด้านการควบคุมอาหารและการควบคุมน้ำหนัก สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงแข็ง ควรเลือกรับประทานอาหารไขมันต่ำหลีกเลี่ยงอาหารไขมันจากสัตว์ ปัจจุบันผู้ป่วยหลอดเลือดแดงทุกรายควรได้รับยาควบคุมระดับไขมันในกระแสเลือด เพื่อช่วยป้องกันการเกิดแผ่นไขมันตีบตันหลอดเลือดแดง ถือเป็นการป้องกันการเกิดโรคในระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับยากลุ่มนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้ระยะทางที่ไกลขึ้นด้วย อาหารที่มีความจำเพาะสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ได้แก่ อาหารจำพวกกากใย ซึ่งจะช่วยในการดูดซับคอเลสเตอรอลไม่ให้ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด และการบริโภคอาหารจำพวกกากใยจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายและเพิ่มดัชนีการไหลเวียนเลือดไปที่เท้า (ankle brachial index-ABI) ในเพศชาย การจำกัดเกลือหรือระดับโซเดียม จำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายพบอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจโตมากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตอื่นๆ ปริมาณโซเดียมที่ควรบริโภคไม่ควรเกิน 100 มิลลิโมล (6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์) ส่วนใหญ่เกลือโซเดียมมักจะอยู่ในรูปของเกลือแกงที่ผสมอยู่ในอาหารกระป๋อง สารปรุงแต่งรสอาหาร เช่น ผงชูรส ผงฟู ซุปก้อน เป็นต้น ในซอสปรุงรสต่างๆ ที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสถั่วทุกชนิด เป็นต้นแต่อย่างไรก็ตาม การควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยการรับประทานยาจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าการเลือกควบคุมอาหาร (Khan et al., 2005)

แอล-อาจีนีน (L-Arginine) เป็นกรดอะมิโนธรรมชาติ ที่ช่วยในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของเนื้อเยื่อชั้นเอนโดธิเลียมของหลอดเลือดแดง และการได้รับสารดังกล่าวจะช่วยเพิ่มความทนในการเดินและลดอาการปวดได้ด้วย ในระยะ 2 สัปดาห์หลังจากได้รับ พบว่า อาการปวดขณะเดินหายไปและเดินได้ระยะทางไกลขึ้นถึงร้อยละ 68 นอกจากนี้การรับประทานอาหารที่มีส่วนช่วยต่อต้านอนุมูลอิสระ โดยเฉพาะอาหารที่มีวิตามิน ซี อี วิตามินซีจะมีส่วนช่วยในการหายของแผลและป้องกันการเสียหน้าที่ของเนื้อเยื่อเอนโดธิเลียมของหลอดเลือดแดงในกลุ่มที่มี Intermittent claudication ได้ (Khan et al., 2005)

2. ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมอื่นๆ จากสมาคมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายที่ชื่อ ทาร์ส (Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease -TASC II) (Norgren et al., 2007) ได้มีแนวทางสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน โดยการออกกำลังกายเป็นฟื้นฟูสภาพร่างกายในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน เป็นแนวทางแรกในการรักษา (first-line therapy) และจากการทบทวนวรรณกรรม

Copyright by Mahidol University

ที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดแก้ไขหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง พบว่าการให้คำแนะนำการออกกำลังกายร่วมกับการรักษาด้วยวิธีนี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้ไกลขึ้น เมื่อเทียบกับการได้รับการผ่าตัดแก้ไขหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (percutaneous vascular intervention-PVI) เพียงอย่างเดียว (Kruidenier et al., 2011) ซึ่ง PVI เป็นอีกหนึ่งวิธีของการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง การออกกำลังกายจะเพิ่มความสามารถในการเดิน (Zwierska et al., 2005) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอัตราการตาย (Casillas, et al., 2011) ลดอัตราพิการ (Khan et al., 2005) และยังช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง (Scholz, Knoll, Sniehotta, & Schwarzer, 2006) ซึ่งอาการซึมเศร้าพบในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันร้อยละ 30 - 60 (Pratt et al., 2005; Casillas et al., 2011) นอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหลอดเลือดหัวใจและลดอัตราการตายได้ด้วย (Casillas et al., 2011) โดยทั่วไปการรักษาด้วยวิธีการออกกำลังกายส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน และติดตามผล (Bendermacher, Kruidenier, Nicolaï, Welten, & Teijink, 2007)

สำหรับผู้ป่วยที่สามารถออกกำลังกายได้ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยหลังได้รับการแก้ไขหลอดเลือดด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง และ/หรือ หลังผ่าตัดแก้ไขหลอดเลือด (surgical revascularization) มากกว่า 1 เดือน (Cousin, Popielarz, Wieczorek, Tiffreau, Mounier-Vehier, & Thevenon, 2011)โดยผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะดังนี้ คือผู้ป่วยที่สถานะทางหัวใจไม่คงที่ ซึ่งได้รับการตรวจเมื่อ 6 เดือนก่อน หรือไม่มีประวัติการตรวจ มีพยาธิสรีระของระบบหัวใจและปอดที่รุนแรงหรือไม่คงที่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถออกกำลังกายด้วยวิธีเกร็งกล้ามเนื้อได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณหลอดเลือด Aorta และ มีลิ่มเลือด หรือภาวะขาขาดเข้นวิกฤติ ซึ่งความรุนแรงโรคที่ระดับ 4 (critical lower limb ischemia ; Stage IV) ที่ยังไม่ได้รับการรักษา หรือมีการตีบตันของหลอดเลือดแดงส่วนปลายแบบเฉียบพลัน (acute lower limb ischemia) หรือกลุ่มโรค thromboembolic disease น้อยกว่า 6 เดือน มีโรคที่อยู่ในระหว่างเกิดการอักเสบหรือติดเชื้อโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง หรือกลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหาทางระบบกระดูกที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ เช่น ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีผ่านกล้องวีดีทัศน์น้อยกว่า 3 เดือน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแอออร์โต-อิลิแอค (aortoiliac bypass) (Cousin et al., 2011)

โปรแกรมในการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่มีอาการปวดขาขณะเดิน แนะนำให้เดินอย่างน้อย 30 - 45 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลาอย่างน้อย 12 เดือน (Anderson et al., 2013) นอกจากนี้การออกกำลังกายมีทั้งรูปแบบการเดิน การเกร็งกล้ามเนื้อ (Bendermacher, Willigendael, Teijink, & Prins, 2006; Casillas et al., 2011) เช่น

Copyright by Mahidol University

เกร็งกล้ามเนื้อขาความถี่ 20 - 30 ครั้งต่อนาที เป็นต้น (Casillas et al., 2011) การกระดกนิ้วเท้า (plantar flexors) กระดกเท้า (dorsiflexion) (Casillas et al., 2011) การยืนยกส้นเท้าลอย (standing heel raises) ประมาณ 60 ครั้งต่อนาที (Figoni et al., 2009) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย (Bendermacher et al., 2006; Cousin et al., 2011; Casillas et al., 2011) หรือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเดินสามารถบริหารแขนได้ (upper limp) (Casillas et al,. 2011) ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบการบริหารแขน (upper limb) และขา (lower limb) ในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายที่มีอาการปวดขณะเดิน พบว่า ทั้งกลุ่มที่บริหารแขน และกลุ่มที่บริหารขาสามารถส่งเสริมระยะการเดินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Walker et al., 2000; Zwierska et al., 2005; Saxton et al., 2011) ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมาจากผลของการออกกำลังกายนั้นไปกระตุ้นระบบหลอดเลือดหัวใจทั้งระบบทำให้ความสามารถในการบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้มากขึ้น (Walker et al., 2000; Gornik & Creager, 2006)

การฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันด้านการมีกิจกรรมทางด้านร่างกาย จากแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันแนะนำสำหรับการเดินออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Hirsch et al., 2006; Norgren et al., 2007) ส่วนกิจกรรมที่มีต้องใช้ความอดทนในระดับปานกลาง แนะนำการปฏิบัติอย่างน้อยติดต่อกัน 30 นาที 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนการเคลื่อนไหวหรือการบริหารกล้ามเนื้อในแต่ละส่วนแนะนำประมาณ 8 - 15 ครั้ง/นาที สำหรับผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 10 นาที และปฏิบัติอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (Casillas et al., 2011) ซึ่งระยะเวลาในการออกกำลังกายที่บ้านใช้เวลาระหว่าง 15 - 60 นาที โดยมีการเพิ่มระยะเวลาขึ้นเรื่อยๆเท่าที่จะสามารถทำได้ (Bendermacher et al., 2006; Figoni et al., 2009) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 เดือน (Figoni et al., 2009) ต่อมามีหลายการศึกษา พบว่า การออกกำลังกายที่ได้ประสิทธิผลต้องทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน การเดินหรือการออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายมีการสร้างหลอดเลือดแดงฝอยขึ้นใหม่ส่งเสริมให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายเพิ่มมากขึ้น ทำให้เนื้อเยื่ออวัยวะส่วนปลายได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอมากขึ้น (Figoni et al., 2009) นอกจากนี้การส่งเสริมการออกกำลังลังกายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังสามารถช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดหัวใจหรือภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Khan et al., 2005) อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายนั้นมีข้อจำกัดและระมัดระวัง จึงควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน

Copyright by Mahidol University

3. ด้านการรับประทานยา เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญในการช่วยป้องกันและชะลอความรุนแรงของโรค ชนิดและปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับหลังจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านที่สำคัญและจำเป็น คือ ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด และยาควบคุมโรคร่วมต่างๆ ของผู้ป่วย ยาที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการผ่าตัดแก้ไขหลอดเลือดแดง ได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (anti-platelet agents) เช่น aspirin, plavix เป็นต้น ซึ่งจะช่วยชะลอการดำเนินของโรคหลอดเลือดแดงแข็ง และช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหลอดเลือดแดง ลดอัตราการตาย และช่วยส่งเสริมการคงอยู่ของหลอดเลือดหลังได้รับการรักษา แต่เนื่องจากยาส่วนใหญ่เป็นยาที่มีผลข้างเคียง คือ อาจจะทำให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและมีความเสี่ยงสูง ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลควรมีความรู้เกี่ยวกับยา ขนาดของยา ผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (กำพล เลาหเพ็ญแสง, 2549; Anderson et al., 2013) สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันส่วนใหญ่มีโรคร่วมหลายโรค ทำให้ต้องรับประทานยาในปริมาณมาก

นอกจากนี้ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่สำคัญ คือ การเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่มีผลทำให้การคงสภาพของหลอดเลือดแดงลดลง ทำให้อัตราการสูญเสียอวัยวะสูงขึ้น และยังทำให้เพิ่มโอกาสของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจและสมองขาดเลือดสูงมากขึ้นทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียชีวิตในที่สุด (Norgren et al., 2007; Vella & Petrie, 2010; Bryant & Nix, 2012)

4. ด้านการดูแลเท้า การดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายลดลง หากขาดการดูแลเท้าหรือขาดความระมัดระวังในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าจะส่งผลให้แผลที่เกิดขึ้นหายยาก อาจจะเกิดการติดเชื้อได้ และอาจสูญเสียอวัยวะได้ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการดูแลเท้า รวมถึงการเลือกสวมใส่รองเท้าให้เหมาะสมกับเท้าเพื่อป้องกันแรงกดทับที่อาจจะทำให้เกิดแผลได้ โดยมีการจัดการดังนี้ (Lewis, 2000; De Berardis et al., 2005; Hallett, 2008; Bryant & Nix, 2012)

4.1 การอาบน้ำทำความสะอาดบริเวณฝ่าเท้า หลังเท้า ซอกนิ้วเท้าและซับให้แห้งเสมอ (Bryant & Nix, 2012)

4.2 หมั่นสังเกตเท้าทุกวัน (Lewis, 2000) ซึ่งอาจให้ผู้ใกล้ชิดตรวจให้

4.3 ตัดเล็บในแนวตรง ไม่ตัดสั้นชิดผิวหนังจนเกินไปไม่ควรขัดผิวหนังเพราะอาจจะทำให้เกิดแผล ควรตัดเล็บหลังล้างเท้าหรืออาบน้ำใหม่ๆ

4.4 ป้องกันการเกิดแผล โดยหลีกเลี่ยงการเดินด้วยเท้าเปล่า สวมถุงเท้าแบบหลวมๆ และสวมรองเท้าทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน รองเท้าเลือกใส่แบบหุ้มส้นขนาดพอเหมาะกับเท้า ไม่หลวมหรือคับเกิน พื้นรองเท้านุ่ม รองเท้าควรเป็นรองเท้าจากหนังสัตว์ เพราะมีการระบาย

Copyright by Mahidol University

อากาศได้ตามธรรมชาติ ก่อนใส่รองเท้าทุกครั้งต้องตรวจหาสิ่งแปลกปลอมภายในรองเท้าทุกครั้ง สำหรับรองเท้าใหม่ในวันแรกๆ ควรใส่เป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 20 นาที ก่อนสวมรองเท้าควรตรวจสิ่งแปลกปลอมในรองเท้าทุกครั้ง (Bryant & Nix, 2012) และภายหลังถอดถุงเท้าหรือรองเท้าต้องสังเกตดูความผิดปกติของเท้าเป็นประจำทุกครั้ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยขาขาดเลือดขั้นวิกฤติที่ภายหลังได้รับการรักษาได้สำเร็จแล้ว (Anderson et al., 2013)

4.5 ไม่ควรวางกระเป๋าหรือขวดน้ำร้อนที่เท้าหรือขาเนื่องจากอาจจะเกิดแผลไหม้พองได้

4.6 หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง เนื่องจากจะทำให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก เมื่อมีเวลาควรยกเท้าสูงบ้าง เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนกลับของเลือดดี ป้องกันการคั่งค้างของเลือดบริเวณขาและเท้า

4.7 เมื่อมีแผลเกิดขึ้น ควรทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสะอาด และสบู่อ่อนๆ และทำความสะอาดแผลด้วยยาเบต้าดีน ไม่ควรใช้ทิงเจอร์ไอโอดีน ยาแดงหรือไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ใส่แผล เนื่องจากจะทำลายผิวหนังและบดบังลักษณะแผลที่แท้จริง ปิดแผลที่สะอาดไม่ควรปิดพลาสเตอร์ลงบนผิวหนังเนื่องจากจะทำให้ผิวหลุดลอกได้ หากแผลไม่ดีขึ้นภายใน 1 - 2 วัน หรือมีอาการบวมแดงเกิดขึ้นต้องไปปรึกษาแพทย์ทันที

4.8 หากมีอาการแสดงของเนื้อตาย มีการฉีกขาด หรือมีรอยแตกที่นิ้วเท้าหรือมีอาการแสดงของภาวะขาดเลือด (ดังรายละเอียด การประเมินการไหลเวียนของเลือด) ควรรีบไปพบแพทย์ทันที (Anderson et al., 2013)

5. ด้านการติดตามประเมินการไหลเวียนเลือด ผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำเกี่ยวกับการประเมินการไหลเวียนของเลือดบริเวณอวัยวะส่วนปลาย โดยการคลำชีพจรของหลอดเลือดแดงส่วนปลายซึ่งสามารถคลำได้ตั้งแต่หลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ หลอดเลือดแดงใต้เข่า หลอดเลือดแดงบริเวณน่อง รวมถึงหลอดเลือดแดงบริเวณเท้า แต่อาจจะไม่จำเป็นต้องคลำครบทุกตำแหน่ง ควรทำสัญลักษณ์ตรงตำแหน่งที่พบชีพจรแรงที่สุด และให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ดูแลรับผิดชอบในการคลำชีพจรส่วนปลาย ณ ตำแหน่งนั้นทุกวัน วันละหนึ่งครั้งและรายงานให้แพทย์หรือพยาบาลทราบโดยทันที หากพบว่าไม่สามารถคลำชีพจร ณ ตำแหน่งที่เคยคลำได้ และการคลำชีพจรควรแนะนำให้คลำในอุณหภูมิห้องที่พอเหมาะ ไม่เย็นจัดจนเกินไปเพื่อป้องกันหลอดเลือดหดตัว (vasospasm) ซึ่งอาจมีผลต่อการไหลเวียนของเลือดได้

Copyright by Mahidol University

นอกจากการประเมินชีพจรแล้ว การสังเกตลักษณะของผิวหนัง หากมีอาการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายจะสังเกตเห็นผิวหนังมีสีซีดลง (pallor) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีผิวขาว

จะสังเกตเห็นได้ชัดเจนและตำแหน่งที่เห็นได้ชัด คือ บริเวณปลายนิ้วเท้า หากขาดเลือดมากขึ้น ผิวหนังจะกลายเป็นสีน้ำเงินหรือม่วง (purple or cyanosis) ผิวหนังเย็น (poikilothermia) การคลำอุณหภูมิเพื่อเปรียบเทียบกันระหว่างขาทั้งสองข้าง ควรแนะนำให้ผู้ป่วยคลำหลังจากอยู่ในห้องที่อุณหภูมิพอเหมาะประมาณ 5 นาที ควรเปิดโล่งบริเวณที่ทำการตรวจ บริเวณของผู้ตรวจที่ใช้ในการสัมผัสความอุ่นเย็นได้ดี คือ หลังนิ้วมือ ไม่ใช่ฝ่ามือหรืออุ้งมือสัมผัสที่ขาของผู้ป่วยเนื่องจากบริเวณดังกล่าวมีความชื้นและความอุ่นอยู่อาจจะทำให้การแปลผลผิดพลาดได้ การรับรู้ความรู้สึกที่เท้าของผู้ป่วย เช่น อาการชา (paresthesia) ขาอ่อนแรง (parathesia) เป็นตะคริว อาการปวด (pain) (กำพล เลาหเพ็ญแสง, 2549; Bryant & Nix, 2012) ซึ่งอาการปวดมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของการตีบตัน อาการปวดบริเวณต้นขา สะโพก หรือบริเวณเชิงกราน แสดงถึงการตีบตันของหลอดเลือดบริเวณ Illiofemeral arterial อาการปวดบริเวณน่องแสดงว่าอาจจะมีการตีบตันของหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ (superficial femoral artery) และอาการปวดที่เท้ามีความสัมพันธ์กับการตีบตันของหลอดเลือดบริเวณใต้เข่า (Bryant & Nix, 2012) อาการแสดงเหล่านี้ผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำเพื่อให้สามารถจัดการกับอาการและมาพบแพทย์ได้ทันท่วงทีหากมีอาการ และช่วยให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์เร็วขึ้นและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

6. ด้านการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ได้รับการการรักษาแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันต้องมีการติดตามการรักษาและผลการรักษาเป็นระยะ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติภายหลังการรักษาสำเร็จ ผู้ป่วยควรมาติดตามการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านหลอดเลือดประเมินอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง (Anderson et al., 2013) เพื่อประเมินการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลายและเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นซ้ำหรือเกิดขึ้นในตำแหน่งใหม่ได้ สำหรับในประเทศไทยในการมารับการตรวจนอกจากการตรวจร่างกาย แล้วยังมีการตรวจติดตามผลด้วยเครื่อง Doppler ultrasonography เพื่อวัดความดันของหลอดเลือดในแต่ละช่วง (segmental artery pressure) การดูอัตราการไหลเวียนของเลือดผ่านกราฟ (velocity waveform) และบางครั้งอาจจะจำเป็นต้องถ่ายภาพรังสี ดูการทำงานของหลอดเลือด (angiography) (กำพล เลาหเพ็ญแสง, 2549)

นอกจากนี้การเก็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อสภาวะอารมณ์ต่างๆ เช่น ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และความรู้สึกไม่แน่นอน เป็นต้น (Pratt et al., 2005; Cherr et al., 2007; Smolderen et al., 2008) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองด้านสภาวะอารมณ์ต่างๆ และเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมและจัดการในด้านดังกล่าวนี้

Copyright© by Mahidol University

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยหลังการรักษาแก้ไขหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันมากกว่าร้อยละ 33 ยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (Bradbury et al., 2010)

ร้อยละ 36.3 มีการออกกำลังกายน้อย (รัตนา แตงรอด และคณะ, 2552) และจากการศึกษาในคนไทยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงแก้ไขหลอดเลือดแดงต่ำกว่าขาหนีบอุดตันในระยะ 1 ปีแรก พบว่า ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ ร้อยละ 62.5 มีระดับ HbA_1C สูงกว่า 7 เปอร์เซนต์ ร้อยละ 47.3 มีระดับ LDL สูงกว่า 100 มก/ดล. และร้อยละ 73.6 มีระดับความดันโลหิต สูงกว่า 130/80 มม.ปรอท นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตที่ผิดปกติในช่วง 6 เดือนหลังผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยงทั้ง 3 ด้านนี้ลดลงเมื่อระยะ 9 เดือนหลังผ่าตัด แต่เมื่อเข้าสู่ระยะ 1 ปีหลังผ่าตัด พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตเริ่มกลับสู่สภาวะปกติ ยกเว้นระดับไขมันในเลือดกลับมีระดับสูงขึ้นกว่าในระยะ 1 และ 9 เดือน หลังผ่าตัด (รัตนา แตงรอด และคณะ, 2552) จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์จากการจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษาควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อหลอดเลือดแดง และระยะ 1 ปีหลังผ่าตัดยังพบการตีบตันของหลอดเลือดซ้ำส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยลดลง (รัตนา แตงรอด และคณะ, 2552) นอกจากนี้ในระยะหลังได้รับการแก้ไขหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน (revascularization) พบมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงในระหว่าง 2 ปี และ 4 ปี (Wann-Hansson et al., 2005)

พฤติกรรมการดูแลตนเองส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน (รัตนา แตงรอด และคณะ, 2552) ซึ่งการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ต้องเกิดจากพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะกับโรคและแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านต่างๆ เช่น พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาและปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต นับเป็นเป้าหมายจำเพาะโรคที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดด้วย (Sol et al., 2005) ผลลัพธ์ในระยะสั้น คือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคได้ ส่งผลต่อผลลัพธ์ระยะยาว คือ ส่งเสริมให้มีสุขภาวะที่ดี (well-being) คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ด้วย (Grey et al., 2006; Ryan & Sawin, 2009) นอกจากนี้จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังช่วยบรรเทาอาการปวด อาการอ่อนเพลีย มีความทนต่อการออกกำลังกายมากขึ้นและความสามารถในการงอเข่าได้มากขึ้น (Yip et al., 2007) การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ควบคุมระดับน้ำตาล ลดความดันโลหิต ป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Sol et al., 2010)

Copyright© by Mahidol University

จากการศึกษาเชิงกึ่งทดลองเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดแดง พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการ

ตนเองมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(95% CI = 3 - 12) และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับไขมันในกระแสเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถควบคุมระดับ LDL-cholesterol < 2.5 มิลลิโมล/ลิตร (95% CI = 1 - 16) และระดับ HDL-cholesterol > 10.0 มิลลิโมล/ลิตร (95% CI = 0 - 19) (Sol et al., 2010)

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงในด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม การออกกำลังกาย การรับประทานยาและจัดการกับผลข้างเคียง การดูแลเท้า การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการกับสภาวะอารมณ์ และการติดตามการตรวจรักษา โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and family self-management) ของ Ryan และ Sawin (Ryan & Sawin, 2009) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยโดยเน้นพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน

2.2.3 การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับเครื่องมือพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ร่วมกับการทบทวนแนวทางดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายของ The Trans-Atlantic Inter-Society Consensus [TASC] (Norgren et al., 2007) และ The ACC/AHA 2005 Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease (Hirsch et al., 2006; Anderson et al., 2013) มีแนวทางการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันในการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมเนื้อหาด้านปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลเท้า การเฝ้าระวัง ป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน การจัดการกับสภาวะอารมณ์ และการติดตามการรักษา (รัตนา แตงรอด และคณะ, 2552; รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม, 2554; Hirsch et al., 2006; Khan et al., 2005; Norgren et al., 2005; Sol et al., 2005; Anderson et al., 2013) ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองมีหลากหลายรูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรค สำหรับแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันนั้นพบค่อนข้างน้อย และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองพบแบบประเมินพฤติกรรมการจัดตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งมีเป้าหมายสอดคล้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ดังนี้

Copyright by Mahidol University

1. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภายหลังทำการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงต่ำกว่าขาหนีบตีบตัน (รัตนา แตงรอด และคณะ, 2552) พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงต่ำกว่าขาหนีบตีบตันโดยรัตนา แตงรอด (2552) ครอบคลุมเนื้อหาด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม การป้องกัน เฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยาและการจัดการผลข้างเคียงของยา การออกกำลังกายและกิจกรรมอื่นๆ และการติดตามการตรวจ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .74 มีจำนวนทั้งหมด 28 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน 3 ระดับ คะแนนของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 28 - 84 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองมาก และคะแนนต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อย

2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเรื้อรัง พัฒนาขึ้นโดย รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม (2554) เนื้อหาประกอบด้วย การลดหรือการหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้ใช้ในการประเมินผลพฤติกรรมการการจัดการตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเรื้อรัง มีทั้งหมด 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .70 (รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม, 2554)

3. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (สุพาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ, 2553) เป็นเครื่องมือที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Toobert และคณะ (2000) ซึ่งได้จากการรายงานการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยการประเมินในด้านการควบคุมอาหารทั่วไป อาหารเฉพาะโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลเท้า และการสูบบุหรี่ ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา จำนวน 28 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ การให้คะแนนถ้าเป็นคำถามเชิงบวกให้คะแนน 7 - 0 คะแนน ถ้าคะแนนเชิงลบให้ 0 - 7 คะแนน ตามระยะเวลาที่ปฏิบัติใน 7 วัน ต่อมาสุพาพร เพ็ชรอาวุธ (2553) ได้ดัดแปลงเครื่องมือให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย โดยเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมการควบคุมอาหาร (8 ข้อ) การออกกำลังกาย (2 ข้อ) การใช้ยา (3 ข้อ) การสูบบุหรี่ (1 ข้อ) และการดูแลเท้า (4 ข้อ) รวมทั้งหมด 18 ข้อ มีคะแนนรวม 0 - 126 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยโรค เบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอยู่ในระดับดีมาก และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .81

Copyright by Mahidol University

ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินด้วยแบบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้การรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม การออกกำลังกาย การรับประทานยาและจัดการผลข้างเคียง การดูแลเท้า การเฝ้าระวัง ป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน การจัดการกับสภาวะอารมณ์ และการติดตามการตรวจรักษา

2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายในระยะหลังผ่าตัดเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง (Wann-Hansson et al., 2005) ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างผาสุก มีสุขภาวะ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Khan et al., 2005; Hirsch et al., 2006; Norgren et al., 2005; Sol et al., 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยพบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายมีค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองในของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน (Ciechanowski, Katon, Russo, & Hirsch, 2003; Rujisatian et al., 2009; สุพาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ, 2553; แสงรวี มณีศรี, 2553) สำหรับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ถือเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค สภาวะสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Ryan & Sawin, 2009) อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างยั่งยืนต่อไป โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง ดังนี้

2.3.1 อาการอ่อนล้า (Fatigue)

2.3.1.1 ความหมายและการประเมินอาการอ่อนล้า

ความหมายของอาการอ่อนล้า จากการทบทวนวรรณกรรม มีการให้ความหมายของอาการอ่อนล้าไว้หลากหลาย ดังนี้

Copyright© by Mahidol University

Piper, Lindsey และ Dodd (1987) กล่าวว่า อาการอ่อนล้า เป็นการรับรู้ของบุคคลว่า มีความรู้สึกถึงความความผิดปกติ หรือรู้สึกเหน็ดเหนื่อยทางด้านร่างกาย อาจเกิดขึ้นแบบเรื้อรังหรือเฉียบพลัน ซึ่งไม่สามารถทำให้อาการอ่อนล้าหายไปหลังจากพัก รวมทั้งส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิต

Ream และ Richardson (1996) กล่าวว่า อาการอ่อนล้าเป็นสิ่งที่บุคคลรู้สึกถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ที่รับรู้ถึงอาการเหน็ดเหนื่อย (tiredness) จนกระทั่งถึงอ่อนล้าหมดแรง (exshaution) อย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ปกติ

Piper (1998) กล่าวว่า อาการอ่อนล้า เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้จากการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ บุคคลรับรู้ด้วยตนเองและรับรู้ได้จากอาการแสดงที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวขึ้นอยู่กับระยะเวลาและความรุนแรงของการเกิดความอ่อนล้านั้น โดยบุคคลสามารถประเมินอาการอ่อนล้าได้ 4 มิติ คือ 1) มิติด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการอ่อนล้าเป็นผลกระทบของอาการอ่อนล้าต่อความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านการให้ความหมายของอาการอ่อนล้า ที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 3) ด้านความรู้สึกของอาการอ่อนล้าที่มีต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ ส่วนการประเมินอาการอ่อนล้าจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เป็นการประเมินที่ได้จากด้านกายภาพ ชีวภาพและพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้อาการอ่อนล้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ไม่มีเรี่ยวแรง ไม่สุขสบาย ขาดพลังงาน อ่อนเพลียจนถึงหมดแรง ขาดแรงจูงใจ รวมถึงการรับรู้ถึงผลกระทบและการให้ความหมายกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้น ภายหลังได้การรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง โดยอาการอ่อนล้าเกิดจากความซับซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันและการรักษาผ่านทางสายสวนทางหลอดเลือดแดง

อาการอ่อนล้าเกิดขึ้นได้จากหลากหลาย ซึ่ง Piper และคณะ (1987) ได้สร้างกรอบแนวคิดอาการอ่อนล้า Integrated Fatigue Model (Piper et al., 1987) จากการสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวกับอาการอ่อนล้า จนเกิดเป็นทฤษฎีการพยาบาลเกี่ยวกับอาการอ่อนล้า โดยกล่าวถึงปัจจัยที่เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการอ่อนล้าซึ่งมีพื้นฐานจากประสบการณ์และรายงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วยปัจจัยที่ครอบคลุมปัจจัยทางด้านกายภาพ (physiological factors) ด้านจิตสังคม (psychological factors) และด้านชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วย 14 แบบแผน ได้แก่ การสะสมของของเสียจากการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารที่ให้พลังงาน การทำกิจกรรมและการพักผ่อน แบบแผนการนอนหลับและการตื่น

Copyright by Mahidol University

แบบแผนของโรค แบบแผนของการรักษา อาการแสดงของโรค ความผิดปกติทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของระบบควบคุมและการส่งผ่าน การใช้ออกซิเจน สภาพแวดล้อม เหตุการณ์ในชีวิต ปัจจัยจากตัวบุคคล และแบบแผนทางสังคม ที่ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนล้าได้

การประเมินอาการอ่อนล้า แบบประเมินอาการอ่อนล้าสามารถแยกได้ 2 ประเภท คือ แบบประเมินอาการอ่อนล้าจากการรับรู้ของบุคคล (subjective data) และแบบประเมินอาการอ่อนล้าจากการสังเกตพฤติกรรม (objective data) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ต้องการประเมินอาการอ่อนล้าจากการรับรู้ของบุคคล ซึ่งมีแบบประเมินและรายละเอียดดังนี้

1. Fatigue Severity Scale (FSS) แบบประเมินอาการอ่อนล้าและระดับอาการอ่อนล้าเป็นลักษณะข้อคำถามปลายปิด มีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 7 ระดับ ระดับคะแนนสูงบ่งบอกถึงระดับความรุนแรงของอาการอ่อนล้ามาก ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้ง่ายและรวดเร็ว ได้มีการนำมาหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเพาะเจาะจงต่อโรค ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย Multiple sclerosis (MS), โรคเอสแอลอี (SLE) กลุ่มที่มีอาการอ่อนล้าเรื้อรัง (chronic fatigue syndrome) โรคไวรัสตับอักเสบบี และในกลุ่มประชากรทั่วไป พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .81 - .94 (Lerdal et al., 2005)

2. The Piper Fatigue Scale (PFS) แบบประเมินอาการอ่อนล้าที่สร้างขึ้นโดย Piper และคณะ เป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ต่อมาได้มีการปรับปรุงแบบประเมินอาการอ่อนล้าในปี 1987 และ 1989 โดยแบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่าด้วยสายตา (Visual analogue scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ระยะเวลา ความรุนแรง การรับรู้ และความรู้สึก ซึ่ง Piper และคณะ ได้นำมาประเมินอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 35 ราย และผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับรังสีจำนวน 15 ราย มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ .85 ต่อมาได้มีการปรับปรุงแบบประเมินเป็น The Revise Piper Fatigue Scale มีทั้งหมด 27 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิดจำนวน 22 ข้อ (ข้อที่ 2 - 23) โดยมีลักษณะมาตราวัดระดับอาการอ่อนล้าเป็นตัวเลข (numerical rating scale) ซึ่งลักษณะคำตอบในแต่ละข้อเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 - 10 โดยทางซ้ายมือประกอบด้วยวลี "ไม่เลย" และทางขวามือประกอบด้วยวลี "มากที่สุด" แบบประเมินที่ปรับใหม่นี้ประเมินอาการอ่อนล้าใน 4 ด้าน คือ 1. พฤติกรรม/ความรุนแรง (behavioral/severity) เป็นคำถามที่เน้นระดับความทุกข์ทรมาน การรบกวนประสิทธิภาพการทำงาน ความสามารถในการสนทนาหรือมีกิจกรรมในสังคม การถูกรบกวนชีวิตทางเพศ ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งเป็นผลจากอาการอ่อนล้าและระดับความรุนแรงของอาการอ่อนล้าในขณะนั้น (คำถามข้อที่ 2 - 7) 2. ด้านการรับรู้ความหมาย (affective meaning) เป็นการประเมิน

Copyright© by Mahidol University

ด้านการให้ความหมายหรือลักษณะของอาการอ่อนล้าที่กำลังประสบอยู่ (คำถามข้อที่ 8 - 12) 3. ด้านความรู้สึก (sensory) เป็นคำถามที่เน้นถึงความรู้สึกขณะนั้น ประกอบด้วยความรู้สึกแข็งแรง ความตื่นตัว ความมีชีวิตชีวา ความสดชื่น การมีพลังและอดทน (ข้อที่ 13 - 17) และ 4. สติปัญญาและอารมณ์ (cognitive/mood) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกผ่อนคลาย ร่าเริง ความ สามารถในการรวบรวมสมาธิ ความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆ และความสามารถในการคิด (คำถามข้อ 18 - 23) ซึ่ง Piper และคณะ รายงานความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .97 และข้อคำถามที่เป็นคำถามเชิงคุณภาพจำนวน 1 ข้อ ซึ่งถามถึงระยะเวลาที่รับรู้อาการอ่อนล้า ส่วนคำถามอีก 4 ข้อ (ข้อที่ 24 - 27) เป็นคำถาม ปลายเปิดเกี่ยวกับสาเหตุส่งเสริมและบรรเทาอาการอ่อนล้า วิธีที่ทำให้อาการอ่อนล้าทุเลาลงและอาการแสดงอื่นๆ (Piper et al., 1998; Fu, McDaniel & Bausler, 2001)

3. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นโดย Smets และคณะ (1996) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการอ่อนล้าทั่วไป ด้านอาการอ่อนล้าทางร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการมีกิจกรรม และด้านแรงจูงใจที่ลดลง ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรส่วน 5 ระดับ แบบประเมินนี้ถูกสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีการนำแบบประเมินนี้ไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .84 (Smets, Garssen, Bonke, & De Haes, 1995)

4. Fatigue Impact Scale แบบประเมินอาการอ่อนล้ามีลักษณะข้อคำถามหมด 40 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการรับรู้จำนวน 10 ข้อ ด้านร่างกายจำนวน 10 ข้อ และด้านสังคมจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็นระดับคะแนน 0 - 4 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงระดับอาการอ่อนล้ารุนแรง ได้มีการนำมาหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาในกลุ่มผู้ป่วยโรค Multiple sclerosis (MS) จำนวน 111 ราย และกลุ่มประชากรที่มีสุขภาพดีทั่วไปจำนวน 85 ราย พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .984 - .992 (Losonczi et al., 2011)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการอ่อนล้าของ Piper และคณะ (1998) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เป็นข้อคำถามที่ผู้ป่วยสามารถตอบได้ง่าย ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 – 10 นาที ซึ่งเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ได้ดำเนินการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) แล้วนำมาประเมินอาการเหนื่อยล้าฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 30 ราย ที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .97 และร่มรัตน์ หลีสุข (2549) ได้นำแบบประเมินชุดนี้มาศึกษาในกลุ่ม

Copyright by Mahidol University

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือเครื่องล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .94 ต่อมา ดวงรัตน์ มนไธสง ได้นำเครื่องมือนี้มาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องอย่างต่อเนื่อง โดยปรับคำว่า "เหนื่อยล้า" เป็น "อ่อนล้า" แทน โดยไม่ได้เปลี่ยนเนื้อหาอื่นๆ ภายในแบบสอบถาม และนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .86 จึงมีความเหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้

2.3.1.2 ความสัมพันธ์ของอาการอ่อนล้ากับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

จากการศึกษาที่ผ่านมา ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่า อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคถุงลมปอดโป่งพองเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.290$, $p < .05$) (Cantley, 2001) ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันนับเป็นพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วย การศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่พบว่า อาการอ่อนล้าที่แสดงออกถึงความอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ร่างกาย อารมณ์และสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494$, $p < .01$) (วาสนา สุวรรณรัศมี, 2555) การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 54 ราย พบว่า อาการอ่อนล้าเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเอง (Jerant et al., 2005) โดยอาการอ่อนล้าจะส่งผลต่อการปรับตัวและจัดการตนเองเพื่อการออกกำลังกายได้น้อยลงด้วย (Casillas et al., 2006) และอาการอ่อนล้าทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในด้านความถี่ของการรับประทานอาหารตามแนวปฏิบัติ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการเลือกอาหารและการฉีดยาอินซูลิน (Weijman et al., 2005) และจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองเรื้อรัง พบว่า อาการอ่อนล้าสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .219$, $p < .05$) (Cantley, 2001)

2.3.2 การรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness perception)

2.3.2.1 ความหมายและการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย

ความหมายของการรับรู้ความเจ็บป่วย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้ให้คำจำกัดความของการรับรู้ความเจ็บป่วยไว้หลากหลาย

Copyright by Mahidol University

การรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นการให้ความหมายของการเจ็บป่วยที่บุคคลสร้างขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน บุคคลเป็นผู้มีศักยภาพในการเผชิญกับความเครียด และสามารถจัดการกับสถานการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ทั้งนี้กระบวนการแก้ไขปัญหา หรือการเผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิตนั้น มีพื้นฐานอ้างอิงจากประสบการณ์การเรียนรู้ ความคิด ความเข้าใจของบุคคล ที่จะสะท้อนภาพของความคิดต่อการเจ็บป่วยและสรุปมโนทัศน์ หรือภาพสะท้อนของความคิดต่อการเจ็บป่วยเปรียบเสมือนแผนผังความรู้ ความเข้าใจ (schema) ของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งเป็นภาพที่เกิดขึ้นในความคิดเมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะคุกคาม บุคคลจะรวม วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลที่ได้ จากการรับรู้ต่างๆ และให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยนั้นออกมาเป็นภาพความคิดต่อการเจ็บป่วยที่นำไปใช้ในการตัดสินใจในการเผชิญปัญหา (Leventhal & Cameron, 1987; Kaptein et al., 2008)

จากทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว Ryan และ Sawin (2009) ได้กล่าว ความเชื่อและความรู้จัดอยู่ในกระบวนการจัดการตนเอง โดยความรู้และความเชื่อเป็นข้อเท็จจริงและการรับรู้ (perception) เกี่ยวกับเงื่อนไขของสุขภาพ (health condition) หรือพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) และความสอดคล้องกับเป้าหมาย (goal congruence) เพื่อนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วย

ในการศึกษาครั้ง การรับรู้ความเจ็บป่วยจัดอยู่ในกระบวนการจัดการตนเอง นับเป็นความเชื่อและความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ดังนั้น การรับรู้ความเจ็บป่วย จึงหมายถึงการรับรู้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงและความรู้สึกเกี่ยวกับเงื่อนไขทางสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลสร้างขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง รวมถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) และความสอดคล้องกับเป้าหมาย (goal congruence) (Leventhal & Cameron, 1987; Ryan & Sawin, 2009) โดยการรับรู้ความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1. ด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน และการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย 2. ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และ 3. ด้านความเข้าเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความเข้าใจโดยภาพรวม (comprehesibility) เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์มีรายละเอียด ดังนี้

Copyright by Mahidol University

1. ลักษณะอาการเฉพาะของการเจ็บป่วย (identity) เป็นอาการและลักษณะอาการแสดงที่เกิดขึ้นซึ่งบ่งบอกถึงการเจ็บป่วย หรือความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Leventhal, Leventhal, & Contrada, 1998; Hale, Treharne & Kitas, 2007) ซึ่งผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61) รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายเป็นโรคที่ค่อนข้างรุนแรง (relatively serious condition) และร้อยละ 5 รับรู้ว่าเป็นโรคที่มีรุนแรงมาก (Willigendael et al., 2004) ซึ่งอาการแสดงของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของหลอดเลือดที่ตีบตัน อาการที่แสดงออกจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ การดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ลักษณะอาการแสดงของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่พบและได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาการปวดบริเวณเท้า (foot claudication) ปวดบริเวณน่อง (calf claudication) ปวดบริเวณต้นขา (thigh claudication) ซึ่งจะมีลักษณะอาการปวดแบบปวดเมื่อยปวดคล้ายเป็นตะคริวที่ขา ปวดขาขณะเดินต้องหยุดพักไม่เกิน 10 นาทีอาการปวดจะหายไปและเดินต่อได้แต่อาการจะเป็นเช่นนี้เรื่อยไป ปวดขณะพัก ปวดที่ปลายเท้าปวดนุ๊บๆ ตุ๊บๆ แปล๊บๆ ที่ปลายเท้าหรือปลายนิ้ว ปวดมากขึ้นเมื่อนอนราบหรือนอนไประยะหนึ่ง นอนหลับไม่สนิทต้องสะดุ้งตื่นเนื่องจากอาการปวดขา ขาอ่อนแรง เดินได้ระยะทางลดลง เท้าซีดลง ปลายเท้าเย็น คลำชีพจรไม่พบ ปลายเท้ามีลักษณะสีม่วงคล้ำหรือดำ มีแผลที่เท้า (McDermott et al., 2005; Hirsch et al., 2006; McDermott et al., 2011; โสภณ จิรสิริธรรม, ประเสริฐ ไตรรัตน์รกุล และระวี พิมลศานติ์, 2545; ธิดารัตน์ พานชูวงศ์ และคณะ, 2551; ประมุข มุทิรางกูร, 2553)

2. การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause) เป็นสิ่งที่บุคคลเชื่อหรือรับรู้ว่าเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ที่เกิดจากประสบการณ์หรือจากความคิด หรือจากการได้รับข้อมูลแหล่งอื่นๆ เช่น จากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ สื่อต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการรับรู้ต่างๆ อาจจะไม่ได้เป็นไปตามทางการแพทย์ก็ได้ หรืออาจจะได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ เช่น สาเหตุทางชีววิทยา (ระบบภูมิคุ้มกัน เชื้อจุลินทรีย์ เชื้อไวรัส) ด้านอารมณ์ (ความเครียด) สิ่งแวดล้อม (มลพิษ สารเคมี) และด้านจิตวิทยา (ทัศนคติ บุคลิกภาพ) เป็นต้น (Hale et al., 2007) จากการศึกษาในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน จำนวน 219 ราย อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป พบว่า ร้อยละ 21 มีความรู้ว่าโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเกิดในระบบหลอดเลือดแดง ร้อยละ 25 เป็นทั้งระบบหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ ร้อยละ 11 เป็นหลอดเลือดดำ (Willigendael et al., 2004) จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 55.6 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันมีความรู้ทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันต่ำกว่าครึ่ง (Sawangphong, 2009)

Copyright by Mahidol University

3. การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Time line) เป็นการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยว่าจะมีช่วงเวลานานเพียงใด เช่น เป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน เป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังหรือมีความรุนแรงเป็นช่วงๆ (Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992; Hale et al., 2007; Kaptein et al., 2008)

4. การรับรู้ผลที่ตามมาของการเจ็บป่วย (consequences) เป็นการรับรู้ของบุคคล หรือประสบการณ์ตรงของบุคคลว่าการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและการเข้าสังคม รวมถึงการดำเนินชีวิตหรือความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำให้เกิดความพิการหรือความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ทำให้มีบทบาททางสังคมลดลง รวมไปถึงการคาดการณ์ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Leventhal et al., 1992; Hale et al., 2007; Kaptein et al., 2008) จากการศึกษาในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่มีอาการปวดขณะเดิน (intermitted claudication) ซึ่งมีความรุนแรงของโรคไม่มาก พบว่า ร้อยละ 44 ไม่รู้ถึงผลกระทบจากโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน (Brevetti, Oliva, Silvestro, Scopacasa, & Chiariello, 2004)

5. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วย (controllability/Curabillity) เป็นความเชื่อของบุคคลหรือเป็นการเสริมพลังให้กับตนเองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง (personal control) หรือการรักษา (treatment control) จะสามารถช่วยได้ (Leventhal et al., 1992; Kaptein et al., 2008)

6. การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional representation) เป็นการรับรู้ถึงความวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือสภาวะอารมณ์อื่นๆ ที่เกิดจากการเจ็บป่วย (Leventhal et al., 1992; Hale et al., 2007; Kaptein et al., 2008) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ภาวะอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน เช่น ซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอน หวั่นกลัว กลัวการสูญเสียหน้าที่หรือต้องพึ่งพาผู้อื่น กลัวการถูกตัดขา และกลัวการตาย (Treat-Jacobson et al., 2002) วิตกกังวล (Galloway et al., 1995)

การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ได้ดังนี้

1. แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย (The Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R) ของ Moss-Morris และคณะ (2002) เป็นเครื่องมือประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยที่พัฒนาจากแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย (The Illness Perception Questionnaire; IPQ) ซึ่งสร้างขึ้นโดย Weinman และคณะ (1996) ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีสามัญสำนึกของ

Copyright by Mahidol University

Leventhal และถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในอดีตการประเมินเน้นการรับรู้ความเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว ต่อมามีการให้ความสำคัญในการด้านจิตใจร่วมด้วย โดยมีการให้ความสำคัญและประเมินการตอบสนองด้านอารมณ์ควบคู่กับการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย ซึ่งการตอบสนองทางอารมณ์เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบของทฤษฎี แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 9 หัวข้อ ได้แก่ 1. การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ว่าการเจ็บป่วยนั้นจะคงอยู่ในช่วงเวลาสั้น หรือช่วงเวลายาวนาน 2. การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยเป็นอาการของโรคที่มีความรุนแรงเป็นช่วงๆ 3. การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย 4. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคโดยบุคคล 5. การรับรู้ความสามารถของบุคคลในการควบคุมโรคโดยการรักษา 6. ความเข้าใจในความเจ็บป่วย 7. การตอบสนองทางอารมณ์ 8. การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย และ 9. การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย เมื่อนำเครื่องมือนี้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 711 ราย จาก 8 กลุ่มโรค คือ โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดแดงแข็ง โรคเอดส์ โรคหอบหืด กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง และปวดเฉียบพลัน มีการทดสอบ 2 ระยะ คือ ระยะสั้น 3 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.46 - 0.88 และระยะเวลา 6 เดือน ได้ค่าความเชื่อมั่น .35 - .82 (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, & Buick, 2002)

2. แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire; Brief IPQ) ของ Broadbent และคณะ (2006) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบทฤษฎีสามัญสำนึกของ Leventhal ซึ่งประเมินทั้งด้านด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองของอารมณ์ มีข้อคำถาม 9 ข้อ ประกอบด้วย 1. การรับรู้ลักษณะของการเจ็บป่วย 2. การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย 3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยบุคคล 4. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคโดยการรักษา 5. การรับรู้ผลกระทบที่จะตามมาของการเจ็บป่วย 6. การตอบสนองทางอารมณ์ 7. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ 8. การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ลักษณะคำตอบเป็นเส้นตรงมีคะแนน 0 - 10 คะแนน พัฒนาเครื่องมือนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีเนื้อหากระชับและครอบคลุมประเด็นสำคัญ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการนำมาใช้ ได้มีการนำเครื่องมือนี้ไปทดสอบหาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือในผู้ป่วย 6 กลุ่มโรค คือ โรคเบาหวาน (199 ราย) โรคไตเรื้อรัง (132 ราย) โรคหอบหืด (309 ราย) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (103 ราย) และกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยไม่รุนแรง ได้แก่ โรคหวัด ภูมิแพ้ และปวดศีรษะ (166 ราย) และรวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะรอตรวจสมรรถภาพหัวใจ (exercise stress testing) (62 ราย) โดยมีการทดสอบ 2 ระยะ คือ 3 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่น .48 - .70 และสัปดาห์ที่ 6 ได้ค่าความเชื่อมั่น .42 - .75 (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006)

Copyright by Mahidol University

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness perception Questionnaire; Brief IPQ) ของ Broadbent และคณะ (2006) เพื่อเป็นแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีเนื้อหากระชับและครอบคลุมประเด็นสำคัญ และเพื่อความสะดวกในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มารอรับการตรวจแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งแบบประเมินนี้ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพิมพา เทพวัลย์ (2553) ด้วยกระบวนการ Back-translated เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .697 - .708 (พิมพา เทพวัลย์ และคณะ, 2553) นอกจากนี้ยังมีการนำไปหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .67 - .99 (Rujisatian, 2009)

2.3.2.2 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61) รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายเป็นโรคที่ค่อนข้างรุนแรง และร้อยละ 5 รับรู้ว่าเป็นโรคที่มีรุนแรงมาก (Willigendael et al., 2004) ส่วนการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่ตามมา พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่มีอาการปวดขณะเดิน (intermitted claudication) ซึ่งมีความรุนแรงของโรคไม่มาก พบว่า ร้อยละ 44 ไม่รู้ถึงผลกระทบจากโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (Brevetti et al., 2004) ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านต่างๆ เช่น การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาโรค และการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย หรืออาจจะทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อสุขภาพได้ จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยในระดับที่ต่ำ แต่การรับรู้ความรุนแรงในระดับต่ำนี้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = -.475$, $p < .01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Methakanjanasak, 2005) และจากการ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความพิการ (disability) ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่า การรับรู้ลักษณะความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Graves, Scott, Lempp, & Weinman, 2009) นอกจากนี้มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะของโรค (identity) และผลกระทบของความเจ็บป่วย (consequence) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.32$, $p < .03$ และ $r = -.36$, $p < .03$ ตามลำดับ) (Rujisatian, 2009) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนาย

Copyright by Mahidol University

พฤติกรรมการควบคุมอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี, 2550) และจากการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 35 ($R^2 = .35$, $p < .001$) (แสงรวี มณีศรี, 2553)

2.3.3 การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Patient-provider communication)

2.3.3.1 ความหมายและการประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

ความหมายของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นกระบวนการดูแลระหว่างบุคคล (Schillinger et al., 2004) โดยในกระบวนการดูแลระหว่างบุคคล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การสื่อสาร การตัดสินใจ และรูปแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal style) (Stewart et al., 1999)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ หมายถึง การรับรู้กระบวนการดูแลระหว่างผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันกับแพทย์หรือพยาบาล โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล โดยกระบวนการดูแลประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมกันตัดสินใจในรักษาพยาบาล (สุพาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ, 2553) ซึ่งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยความเอื้ออำนวยทางสังคม โดยเจ้าหน้าที่สุขภาพนับเป็นบุคคลสำคัญที่ผู้ป่วยให้ความเคารพนับถือในฐานะที่รับรู้ถึงอำนาจแห่งความความรู้ ความเชี่ยวชาญ ที่สามารถให้การแนะนำและส่งเสริมให้บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมในพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงได้ (Ryan & Sawin, 2009) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพจัดอยู่ในปัจจัยด้านการเอื้ออำนวยทางสังคมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการของการจัดการตนเองที่จะนำผู้ป่วยไปสู่การเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Ryan & Sawin, 2009) โดยกระบวนการจัดการตนเองนั้นยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นผู้ที่คอยสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคที่เป็นอยู่ให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการนี้เกิดจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีเจรจาตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ในการตั้งเป้าหมายของพฤติกรรมร่วมกัน มีการสนับสนุนด้านข้อมูล (Serrano-Gil & Jacob, 2010)

Copyright by Mahidol University

การแนะนำแนวทางในการจัดการกับอาการ เทคนิคในการคิดแก้ไขปัญหา และเจ้าหน้าที่สุขภาพ ยังมีส่วนช่วยในการชักจูงให้สังคมเข้ามีส่วนร่วมได้ด้วย (Disler, Gallagher, & Davidson, 2012) นอกจากนี้รูปแบบและเนื้อหาในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ด้วย (Serrano-Gil & Jacob, 2010) จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลเกี่ยวกับประเด็นของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพเพื่อการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (Kimberlin, Brushwood, Allen, Radson, & Wilson, 2004) พบความต้องการหรือข้อเสนอแนะของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมหรือปรับปรุงในกระบวนการสื่อสาร มีดังนี้

1. การส่งเสริมกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล
2. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในกระบวนการดูแล
3. ส่งเสริมทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ อาทิ การแสดงออกถึงการดูแล (การรับฟัง การแนะนำเกี่ยวกับการประคับประคองด้านจิตใจ มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ) การแสดงถึงความเป็นตัวตนของตนเอง เช่น มีการสื่อสารที่ร่วมกันแสดงความคิดเห็นด้านความเชื่อทางศาสนา การแสดงอารมณ์ขัน เป็นต้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพึ่งตนเอง รวมถึงมีความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย
4. อุปสรรคด้านเวลา อาทิ การตอบสนองต่อผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมเพื่อลดระยะเวลาการรอ และลดแรงกดดันในระหว่างการรอเข้าพบแพทย์
5. ให้ความสนใจในเรื่องความกลัวเกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อจัดการกับอาการปวด เนื่องจากผู้ป่วยมีความกลัวเรื่องการติดยา กลัวการถูกผู้อื่นมองในทางลบ เช่น ถูกมองว่าเหมือนต้องการยา เป็นคนอ่อนแอ และผู้อื่นไม่เชื่อในอาการปวดที่เกิดขึ้น เป็นต้น ผู้ป่วยขาดประสบการณ์ในการควบคุม ภาระการทำหน้าที่ลดลง ส่วนทางด้านผู้ดูแลขาดสมรรถนะในการดูแลจัดการอาการปวด เช่น ไม่รู้ข้อจำกัดของยา ข้อจำกัดในการตัดสินใจของแต่ละบุคคล
6. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
7. ปรับปรุงการประสานงานในการดูแลระหว่างผู้ให้บริการ

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการสื่อสารที่ดี ได้แก่ การเข้าถึงบริการทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และและมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษามากขึ้น สามารถใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาลหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษามากขึ้น ส่งผลให้การรักษาพยาบาลประสบความสำเร็จได้สูงขึ้น มีพลังมากขึ้น ตัดสินใจได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น ส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวและการสนับสนุนจากสังคม และส่งเสริมให้สามารถจัดการสภาวะอารมณ์ และรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองได้ (Ong, de Haes, Hoos, & Lammes, 1995; Street Jr, Makoul, Arora, & Epstein, 2009; Disler et al., 2012)

Copyright by Mahidol University

การประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบการประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีความหลากหลายตามวัตถุประสงค์ของแต่ละการศึกษา ดังนี้

1. แบบประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พัฒนาขึ้นโดย สุภาพร เพ็ชรอาวุธ (2553) มีจำนวน 23 ข้อ สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดกระบวนการดูแลระหว่างบุคคลของ Stewart และคณะ (1999) และจากการทบทวนวรรณกรรม ประเมินในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลากรจำนวน 9 ข้อการแลกเปลี่ยนข้อมูลจำนวน 13 ข้อ การร่วมการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลจำนวน 1 ข้อ คะแนนรวม 23 - 115 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ระดับคะแนนเป็นแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ ได้มีการนำไปหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย และนำผลการทดสอบมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .95 (สุพาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ, 2553)

2. แบบประเมินรูปแบบการสื่อสารของแพทย์ (Physician communication style) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสื่อสารของแพทย์ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน (Bultman, & Svarstad, 2000) ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินการเริ่มต้นสื่อสารของแพทย์กับผู้ป่วยเมื่อเริ่มเข้าสู่กระบวนการรักษา ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม ได้แก่ มิตรภาพของแพทย์เมื่อเยี่ยมตรวจ การตอบคำถามที่สงสัยหรือตระหนักถึง การช่วยเหลือให้ได้ตระหนักถึงสิ่งที่เกี่ยวข้อง การให้คำแนะนำที่ชัดเจนและผลกระทบที่ตามมา การพูดหรือสนทนาที่ทำให้รู้สึกดีขึ้น การรับฟัง การเขียนคำแนะนำการใช้ยาและการนัดหมายติดตามผล โดย 7 ข้อแรกมีลักษณะคำถามให้ตอบ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ และอีก 2 ข้อเป็นลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 2 ระดับ (เลือก 0 คือ ไม่ใช่ และ 3 คือใช่) โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 27 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .73

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินการสื่อสารของแพทย์เมื่อมาติดตามผลการรักษา ประกอบด้วย 4 ข้อคำถามได้แก่ การกระตุ้นให้เกิดการแสดงออกของปัญหา การสอบถามถึงสิ่งที่ตระหนักหรือสงสัย การรับฟังและการช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น มีลักษณะคำถามให้ตอบ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4 - 20 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .84

Copyright by Mahidol University

3. แบบประเมินการสื่อสารทั่วไป (general communication style) เป็นแบบประเมินการสื่อสารทั่วไประหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถาม The Interpersonal Processes of Care in Diverse Populations Questionnaire (IPC) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของกระบวนการดูแลระหว่างบุคคล โดยส่วนแบบสอบถามการสื่อสารทั่วไปนี้ได้เลือก ข้อคำถามบางส่วนและตั้งหัวข้อใหม่โดยมีพื้นฐานของคำถามที่เกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อการทดสอบและการสาธิต การอธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกและตระหนัก และการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำถามให้ตอบ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสูง นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .90 (Piette et al., 2003)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยดัดแปลงจากเครื่องมือการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพของสุพาพร เพ็ชรอาวุธ (2553) เนื่องจากมีเนื้อหาและองค์ประกอบของแบบสอบถามที่ตรงกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้และกลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความใกล้เคียงกันทางด้านการดูแล ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในระดับสูง (ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .95) จึงมีความเหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงเนื้อหาในส่วนการแลกเปลี่ยนข้อมูลให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

2.3.3.2 ความสัมพันธ์ของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายพบน้อย จึงได้ทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งจากการศึกษาเชิงบรรยายในผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 1,438 ราย เกี่ยวกับการสื่อสารของเจ้าหน้าที่สุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OD = 3.225, 95% CI = 2.264, 4.595) และการได้รับข้อมูลและการสาธิตเกี่ยวกับการดูแลเท้ามีผลต่อการปฏิบัติการดูแลแลเท้าของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OD = 2.713, 95% CI = 1.929, 3.815 และ OD = 2.872, 95%CI = 1.780, 4.633) และการได้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายส่งผลต่อจำนวนนาทีการออกกำลังกายของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OD = 1.694, 95% CI = 1.387, 20.069) (Bundesmann & Kaplowitz., 2011) และการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับผลของการสื่อสาร

Copyright by Mahidol University

ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพต่อความต่อเนื่องของการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 597 ราย พบว่า ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) (Schoenthaler, Allegrante, Chaplin, & Ogedegbe, 2012) การศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 88 ราย พบว่า ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .335$, $p < .01$) โดยในการศึกษานี้องค์ประกอบของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมกันตัดสินใจในการรักษา (สุพาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ, 2553)

2.4 สรุป

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการรักษาส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจด้วยเช่นกัน เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้องและทันท่วงที หากได้รับการรักษาที่ไม่ถูกวิธีอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพและสูญเสียชีวิตได้ นอกจากการรักษาที่มีประสิทธิภาพแล้ว เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแก้ไขหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเป็นกระบวนที่เกิดขึ้นอย่างเป็นพลวัตตามการเปลี่ยนแปลงทางสุภาพที่เป็นพลวัตเช่นกัน พฤติกรรมการจัดการตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระยะการเปลี่ยนผ่านจากการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันสู่การเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างปลอดภัย และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืนตลอดระยะพัฒนาการของชีวิต จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และช่วยลดค่าใช้จ่าย รวมทั้งช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ พยาบาลจึงจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงสนใจการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง โดยศึกษาถึงอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ภายใต้กรอบทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self-Management Theory) ของ Ryan และ Sawin (2009) ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันและได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. สามารถฟังและตอบคำถามได้
2. ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงเป็นครั้งแรก
3. มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ กรณีที่ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ประเมินการรู้คิดโดยใช้แบบประเมิน Set Test กำหนดระดับการรู้คิดและจำปกติ คือ คะแนนรวมตั้งแต่ 25 คะแนน ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขาตั้งแต่ระดับเหนือข้อเท้าขึ้นไป (Major amputation) ก่อนการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงครั้งนี้
2. ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ อัมพาต หรืออัมพฤกษ์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

Copyright© by Mahidol University

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง Power Analysis for multiple regression (Polit & Beck, 2008) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ $\infty = .05$ อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลปานกลาง (Moderate effect size, R^2) เท่ากับ .13 เนื่องจากผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงได้กำหนดค่า effect size อยู่ในระดับปานกลาง (Polit & Beck, 2008) ดังนั้นผู้วิจัยคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Estimated effect size - γ) จากสูตร ดังนี้

$$\frac{\gamma}{1 - R^2} = R^2 = 0.149$$

และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร ดังนี้

$$N = \frac{L}{\gamma} + K + 1$$

N = จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่ต้องการ

L = ค่าที่ได้จากการเปิดตารางเมื่อกำหนด $\alpha = .05$ และ Power of test = .80 (L= 10.90)

K = จำนวนตัวแปรอิสระ (3)

แทนค่าสูตร $N = \frac{10.90}{0.149} + 3 + 1 = 77.15$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 78 ราย

3.2 แหล่งเก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. โรงพยาบาลศิริราช

หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก แผนกศัลยศาสตร์หลอดเลือด ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 3 ทุกวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08:00 - 15:00 น. และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการวันอังคารและวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 16:00 - 20:00 น.

หน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล แผนกศัลยศาสตร์หลอดเลือด ณ ตึกสยามมินทร์ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ในเวลาราชการตั้งแต่เวลา 08:00 - 12:00 น. และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการตั้งแต่เวลา 16:00 - 20:00 น.

Copyright by Mahidol University

หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 2 แผนกอายุรศาสตร์ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ตั้งแต่เวลา 08:00 - 15:00 น. (ในเวลาราชการ) และตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 2 และชั้น 3 แผนกอายุศาสตร์ ตั้งแต่เวลา 16:00 - 20:00 น. (นอกเวลาราชการ)

2. โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมทั่วไป ตึกอาคารสมเด็จพระเทพรัตนสุดาฯ ชั้น 2 โดยมีผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง มารับการติดตามการรักษาทุกวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08:00 - 16:30 น.

3. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก ตึกเฉลิมพระเกียรติฯ ชั้น 7 แผนกศัลยกรรมทั่วไป โดยมีผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง มารับการติดตามการรักษา ทุกวันอังคาร ตั้งแต่เวลา 08:00 - 15:00 น.

ผู้วิจัยได้เลือกสถานที่ทั้ง 3 แห่ง เนื่องจากมีลักษณะคล้ายคลึงกันโดยเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร มีบุคคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาและมีอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย รวมทั้งเป็นสถานศึกษาสำหรับนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยมีแนวทางใกล้เคียงกัน โดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนการรักษา และการปฏิบัติตัวหลังการรักษาตลอดจนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ ข้อมูลการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ป้องกัน และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลแผล/เท้าและการมาตรวจติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือในการวิจัย 2 ส่วน คือ เครื่องมือดำเนินการวิจัย จำนวน 1 ชุด และเครื่องมือเก็บรวมรวมข้อมูล จำนวน 5 ชุด ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย

แบบประเมินเกี่ยวกับการรู้คิดและการจำ (Set Test)

พัฒนาขึ้นโดย Isaacs และ Akhtar (1972) เป็นแบบประเมินการนึกคิดและการจำ โดยให้ระบุชื่อของสิ่งของในหมวดต่างๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะจำได้ สิ่งของประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ สี สัตว์ ผลไม้และจังหวัด เกณฑ์การให้คะแนน คือ ชื่อสิ่งของ 1 ชื่อ เท่ากับ 1 คะแนน แต่ละหมวดมีคะแนนสูงสุด 10 คะแนน คะแนนรวม 40 คะแนน การคิดคะแนนคิดจากจำนวนวัตถุที่กลุ่มตัวอย่างระบุ การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมิน Set Test เพื่อประเมินการนึกคิดและจำในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยเกณฑ์คัดเข้าในกลุ่มตัวอย่างตัดตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวมรวมข้อมูล ดังนี้

ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้ และข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลก่อนการรักษา ได้แก่ อาการสำคัญที่มาพบแพทย์ ระยะเวลาการมีอาการสำคัญที่มาพบแพทย์ ชนิดและตำแหน่งของการตีบตัน สภาวะของเท้าก่อนการรักษา และการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลหลังการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษา สภาพการไหลเวียนเลือดที่ขา (ผลล่าสุดของการตรวจ wave form) การหายของแผลขาดเลือดที่เท้า อาการแสดงในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา โรคร่วมร่วม และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วย พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม (ข้อ 1 - 6) การดูแลเท้า (ข้อ 7 - 10) เฝ้าระวัง การป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน (ข้อ 11 - 13) การรับประทาน ยาและจัดการผลข้างเคียง (ข้อ 14 - 17) การออกกำลังกาย (ข้อ 18 - 20) การจัดการกับสภาวะอารมณ์ (ข้อ 21 - 25) และการติดตามการตรวจรักษา (ข้อ 26 - 9) คำถามรวม 29 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ 1, 5 - 13, 15 - 21, 23 และ 26 - 29 และคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 2 - 4, 14, 22, 24 และ 25 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29 - 145 คะแนน คำถามแต่ละข้อมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง หรือประมาณ 5 - 6 วันต่อสัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง หรือประมาณ 3 - 4 วันต่อสัปดาห์
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง หรือประมาณ 1 - 2 วันต่อสัปดาห์
ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

Copyright by Mahidol University

ข้อคำถามเชิงบวก		คะแนน	ข้อคำถามเชิงลบ		คะแนน
เป็นประจำ	=	5	เป็นประจำ	=	1
บ่อยครั้ง	=	4	บ่อยครั้ง	=	2
บางครั้ง	=	3	บางครั้ง	=	3
นานๆ ครั้ง	=	2	นานๆ ครั้ง	=	4
ไม่เลย	=	1	ไม่เลย	=	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5.00 - 4.50 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก

คะแนน 4.49 - 3.50 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี

คะแนน 3.49 - 2.50 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในค่อนข้างดี

คะแนน 2.49 - 1.50 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี

คะแนน 1.49 - 1.00 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับไม่ดี

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์อาการอ่อนล้า The Revised Piper Fatigue Scale

พัฒนาโดย Piper และคณะ (1998) ผ่านกระบวนการแปลแบบย้อนกลับโดยเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ซึ่งใช้คำว่า “ความเหนื่อยล้า” ต่อมาดวงรัตน์ มนไธสง (2553) ที่ได้เปลี่ยนเป็น “อ่อนล้า” แต่เนื้อหาอื่นๆ ในแบบสัมภาษณ์ยังคงข้อความเดิม สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ใช้ฉบับภาษาไทยของ ดวงรัตน์ มนไธสง (2553) อาการอ่อนล้ามีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดจำนวน 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1. พฤติกรรม/ความรุนแรง (behavioral/severity) (จำนวน 6 ข้อ) 2. ด้านการรับรู้ความหมาย (affective meaning) (จำนวน 5 ข้อ) 3. ด้านร่างกายและจิตใจ (จำนวน 8 ข้อ) และ 4. สติปัญญาและอารมณ์ (cognitive/mood) (จำนวน 3 ข้อ) ลักษณะการตอบคำถามแต่ละข้อให้เลือกตอบเป็นตัวเลขบนเส้นตรง (numeric scale) ตั้งแต่ 0 - 10 โดยปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน ทางด้านซ้ายมือเริ่มจาก 0 กำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” ทางขวาเป็นเลข 10 กำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” ค่าคะแนนมาก แสดงว่า ระดับอาการอ่อนล้ามาก ค่าคะแนนน้อย แสดงว่ามีอาการอ่อนล้าในระดับน้อย การคิดคะแนนโดยนำคะแนนรวมทั้ง 22 ข้อ ที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด จะได้เป็นคะแนนอาการอ่อนล้าของแบบประเมินชุดนี้ มีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน

Copyright by Mahidol University

เกณฑ์การแปลผลคะแนน (Piper et al., 1998) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน 7.00 - 10.00	หมายถึง	มีอาการอ่อนล้ามาก
ช่วงคะแนน 4.00 - 6.99	หมายถึง	มีอาการอ่อนล้าปานกลาง
ช่วงคะแนน 0.01 - 3.99	หมายถึง	มีอาการอ่อนล้าเล็กน้อย
คะแนน 0.00	หมายถึง	ไม่มีอาการอ่อนล้าเลย

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

แบบสัมภาษณ์นี้ได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพซึ่งพัฒนาขึ้นโดย สุภาพร เพ็ชรอาวุธ (2553) ประกอบด้วยเนื้อหาในด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (9 ข้อ) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (13 ข้อ) และการร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (1 ข้อ) คำถามรวม 23 ข้อ โดยคำถามทั้งหมดมีลักษณะทางบวก คะแนนมาก หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คะแนนน้อย หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับน้อย คะแนนรวม 23 - 115 คะแนน ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านแต่ไม่ทั้งหมด
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลางหรือเพียงครึ่งหนึ่ง
เล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
เล็กน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้คะแนน	1	คะแนน

Copyright by Mahidol University

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5.00 - 4.50	คะแนน	หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดีมาก
คะแนน 4.49 - 3.50	คะแนน	หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดี
คะแนน 3.49 - 2.50	คะแนน	หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี
คะแนน 2.49 - 1.50	คะแนน	หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี
คะแนน 1.49 - 1.00	คะแนน	หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire; Brief IPQ)

พัฒนาโดย Broadbent และคณะ (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดยพิมพา เทพวัลย์ (2553) มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยมีทั้งข้อคำถามปลายปิด 8 ข้อ (ข้อ 1 - 8) และข้อคำถามปลายเปิด 1 ข้อ (ข้อ 9) ลักษณะคำถามปลายปิดแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0 - 10 คะแนน ข้อความทางซ้ายมือเริ่มจากเลข 0 กำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” ทางขวาเป็นเลข 10 กำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” สำหรับข้อที่ 9 ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด ไม่นำมาคิดคะแนน ดังนั้นมีคะแนนรวม 0 - 80 คะแนน การรับรู้ความเจ็บป่วยแบ่งการประเมินออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. การรับรู้ความเจ็บป่วย (Cognitive representation) เป็นคำถามที่ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย มีเนื้อหาครอบคลุมด้านการรับรู้ผลกระทบที่จะตามมาของการเจ็บป่วย (ข้อที่ 1) การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (ข้อที่ 2) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง (ข้อที่ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษา (ข้อที่ 4) การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (ข้อที่ 5) และการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (ข้อที่ 9) โดยคะแนนมาก แสดงว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมาก คะแนนน้อย แสดงว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยน้อย

2. ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นคำถามที่ประเมินความเข้าใจโดยภาพรวม (comprehensibility) เกี่ยวกับการเจ็บป่วย มี 1 ข้อคำถาม (ข้อที่ 7) โดยคะแนนมาก แสดงว่า มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระดับมาก และคะแนนน้อย แสดงว่า มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระดับน้อย

Copyright by Mahidol University

3. การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) เป็นคำถามที่ประเมินความตระหนักต่อการเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย มี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 6 และ 8 โดยคะแนนมาก แสดงว่า การตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านลบในระดับมาก และคะแนนน้อย แสดงว่า การตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านลบในระดับน้อย

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งฉบับ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน 10.00 - 6.34 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยระดับมาก

ช่วงคะแนน 6.33 - 3.34 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.33 - 0.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยระดับน้อย

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

แบบสัมภาษณ์อาการอ่อนล้า พัฒนาโดย Piper และคณะ (1998) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย เพียงใจ ดาโลปการ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ พัฒนาโดย Broadbent และคณะ (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย พิมพา เทพวัลย์ และนภาพร รุจิเสถียร เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน ซึ่งมีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มระชากรโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันในการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้ง 2 ข้างต้น

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน และแบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดประกอบด้วย

- อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลาย 1 ท่าน
- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมระบบหลอดเลือดแดงส่วนปลาย 1 ท่าน
- พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านระบบหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (APN) 2 ท่าน
- พยาบาลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระบบหลอดเลือดแดงส่วนปลาย 1 ท่าน

Copyright by Mahidol University

การหาค่าความตรงของเนื้อหา ใช้วิธีหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) จากสูตร (Polit & Beck, 2006)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ค่า CVI ของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันและแบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เท่ากับ .965 และ .95 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์อาการอ่อนล้า แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าสุภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางหลอดเลือดแดงที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยหาความสอดคล้องภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.77 แบบสัมภาษณ์อาการอ่อนล้าเท่ากับ 0.92 และแบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เท่ากับ 0.92 สำหรับแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บป่วยเท่ากับ 0.59 แต่เนื่องจากเครื่องมือชุดนี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้ใช้ในงานวิจัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ดังได้กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำไปเก็บข้อมูลและได้มีการตรวจสอบความเที่ยงอีกครั้งกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 ราย พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หลังจากได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยนำเสนอเอกสารรับรองและหนังสือขอเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

Copyright by Mahidol University

2. หลังจากได้รับการอนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าสาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือด หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้างานการ

พยาบาลผ่าตัด หัวหน้าพยาบาลหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก และหัวหน้าหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล แผนกศัลยศาสตร์หลอดเลือด ณ ตึกสยามมินทร์ชั้น 1 ของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือ และเอื้ออำนวยในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล ในวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ ดังนี้

- วันจันทร์ พุธ และศุกร์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศิริราชทั้งในและนอกเวลาราชการ
- วันอังคาร ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในเวลาราชการและเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศิริราช ที่คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ
- วันพฤหัสบดี ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลรามาธิบดีในเวลาราชการและเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศิริราชที่คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดโดยเริ่มจากการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงที่มาติดตามการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อพบผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตนเองกับผู้ป่วย และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย พร้อมทั้งเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคำนึงถึงสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย ไม่มีการบังคับใดๆ เมื่อผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในใบลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงทำการคัดเลือกกรณีที่ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมินระดับการนึกคิดและจำ (Set Test) เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ หลังจากนั้นจึงเริ่มการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (65 ราย จากจำนวนทั้งหมด 78 ราย) มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 26 คะแนน และคะแนนสูงสุด 40 คะแนน

5. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถามตามแบบสัมภาษณ์ทั้ง 5 ชุด และให้กลุ่มตัวอย่างตอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยเขียนคำตอบของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เรียงลำดับดังนี้ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน 3. แบบสัมภาษณ์อาการอ่อนล้า 4. แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ 5. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 101 ข้อ ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ ประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง สำหรับข้อมูลดังต่อไปนี้ คือ ระยะเวลาการมีอาการสำคัญ ชนิดและตำแหน่งของการตีบตัน สภาวะของเท้าก่อนการรักษา ชนิดของการรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวน

Copyright by Mahidol University

หลอดเลือดแดง สภาพการไหลเวียนเลือดที่ขาภายหลังการรักษา (ผลล่าสุดของการตรวจ wave form) และโรคร่วม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน

6. เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบในแบบสัมภาษณ์ทั้ง 5 ฉบับ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งหมด 78 ราย โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลศิริราชเพียงแห่งเดียว เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้จากโรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ผู้วิจัยได้พบนั้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้

3.5 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรม จรรยาบรรณนักวิจัย โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนขอความเห็นชอบการทำวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับอนุญาต

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ต่อกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัยโดยคำนึงถึงสิทธิและอิสระในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง เน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ และเมื่อตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ กลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยวิธีการที่เป็นมาตรฐานต่อไปเช่นเดิม และหากไม่ต้องการตอบคำถามในข้อใด ผู้วิจัยเว้นข้อคำถามนั้นไว้ โดยผู้วิจัยไม่นับเป็นกลุ่มตัวอย่างและไม่นำข้อมูลนั้นมารวมในการวิเคราะห์ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสัมภาษณ์อย่างครบถ้วน

3. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัย โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในระหว่างรอรับการตรวจหรือภายหลังจากได้รับการตรวจจากแพทย์ หรือรอรับใบนัด หรือรอรับยา โดยเริ่มเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคิวในลำดับต้นๆ ก่อน และประสานความร่วมมือกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เรียกชื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าพบแพทย์ เพื่อให้ได้รับการตรวจตามคิว ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในห้องที่มี

Copyright by Mahidol University

ความเป็นส่วนตัว เพื่อพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคล ผู้วิจัยหยุดการสัมภาษณ์เมื่อพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เดินมาบอกหรือเรียกชื่อกลุ่มตัวอย่าง และส่งกลุ่มตัวอย่างให้ได้รับการตรวจ หรือรับใบนัด หรือรับยาตามคิว หลังจากนั้นจึงเริ่มการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างต่อเมื่อกลุ่มตัวอย่างเสร็จสิ้นจากกิจกรรมดังกล่าว

4. ในระหว่างการสนทนา หากกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติ เกิดขึ้น เช่น มีอาการปวดที่ระดับคะแนนมากกว่า 3 คะแนน ผู้วิจัยดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดเดิมของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้พักและสอบถามอาการปวดซ้ำหลังจากรับประทานยาแก้ปวด 30 - 60 นาที หากอาการปวดลดลงและกลุ่มตัวอย่างพร้อมให้การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์ต่อจนเสร็จสิ้น กรณีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดไม่ลดลงหรือระดับความปวดมากกว่า 6 คะแนน ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายนั้นและไม่นำข้อมูลมารวมในการวิเคราะห์ พร้อมทั้งรายงานความผิดปกติดังกล่าวกับแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลประจำการเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป นอกจากนี้หากมีอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น วิงเวียนศีรษะ เหนื่อย หน้ามืด ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการวัดสัญญาณชีพ ให้พัก และรายงานความผิดปกติดังกล่าวกับแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลประจำการเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป หากอาการดังกล่าวลดลงหรือหายไป และกลุ่มตัวอย่างพร้อมให้การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์ต่อจนเสร็จสิ้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างรายใดถูกยุติการร่วมวิจัยก่อนการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น

5. เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยมอบแผ่นพับ คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง พร้อมให้ข้อมูลนั้นและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยแล้วตอบคำถามนั้น

6. ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ใช้การกำหนดหมายเลขแทนการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และมีการจัดเก็บหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแยกกับเครื่องมือการวิจัยที่ได้ ซึ่งมีเฉพาะผู้วิจัยและคณะบุคคลบางกลุ่มที่เข้ามาตรวจสอบเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลนี้ได้ สำหรับผลการวิจัยมีนำเสนอหรือพิมพ์เผยแพร่ โดยนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมและไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

Copyright by Mahidol University

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสัมภาษณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

1.1 การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ คือ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ อาการสำคัญที่มาพบแพทย์ สภาวะของเท้าก่อนการรักษา การรักษาที่ได้รับ สภาพการไหลเวียนเลือดที่ขาภายหลังการรักษา การหายของแผลขาดเลือดภายหลังการรักษา อาการแสดงภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โรคร่วม และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

1.2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้วิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้ คือ อายุ ระยะเวลาการมีอาการสำคัญที่มาพบแพทย์ และระยะเวลาหลังการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

2. ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง คือ อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบ Enter (enter regression) ซึ่งดำเนินตามขั้นตอน (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2550) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ซึ่งได้ดำเนินการดังนี้

1.1 ตรวจสอบการแจงแจงข้อมูล โดยพิจารณาจากกราฟ (Histogram) พบว่า ข้อมูล ทุกตัวแปรมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (normality distribution)

1.2 ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาจากภาพกระจาย (Scatter Plot) ระหว่าง Regression Standardized Predicted Value กับ Regression Standardized Residual Value พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคาดเคลื่อนกระจายบริเวณรอบๆ ศูนย์ แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของความคาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homocedasticity)

Copyright by Mahidol University

1.3 ตรวจสอบการแจกแจงค่าความคลาดเคลื่อนเป็นแบบปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ และจากการทดสอบ Normal Probability Plot ของค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานพบเป็นเส้นตรง

1.4 ตรวจสอบความเป็นอิสระกันของค่าความคาดเคลื่อน โดยใช้สถิติทดสอบ Dubin–Watson มีค่าเท่ากับ 2.038 (นั่นคืออยู่ในระหว่าง 1.5-2.5) แสดงว่า ไม่มีปัญหา autocorrelation

ขั้นที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่าตัวแปรทุกตัวที่มีค่าความสัมพันธ์กันเองไม่เกิน 0.65 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2550) แสดงว่า ไม่เกิดปัญหา Multicollinearity

ขั้นที่ 3 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบ Enter (enter regression) คือ ใส่ตัวแปรเข้าพร้อมๆ กัน ทุกตัวแปร

Copyright by Mahidol University

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ที่มารับการตรวจและติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกและหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล โรงพยาบาลศิริราช โดยผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ตารางที่ 4.1)

1.2 ข้อมูลสุขภาพก่อนการรักษา และการรักษาที่ได้รับ (ตารางที่ 4.2)

1.3 ข้อมูลสุขภาพภายหลังการรักษา และปัจจัยเสี่ยง (ตารางที่ 4.3 - 4.4)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (ตารางที่ 4.5 - 4.7)

ส่วนที่ 3 อำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (ตารางที่ 4.8 - 4.9)

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 78)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	39	50
ชาย	39	50
อายุ		
41 - 50 ปี	5	6.4
51 - 60 ปี	8	10.3
61 - 70 ปี	28	35.9
71 - 80 ปี	29	37.2
81 - 89 ปี	8	10.3
(mean = 68.9 ปี, SD = 9.95, minimum= 41 ปี, maximum= 89 ปี)		
สถานภาพสมรส		
คู่	52	66.7
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	18	23.0
โสด	8	10.3
ภูมิลำเนา		
ต่างจังหวัด	35	44.9
กรุงเทพ	27	34.6
ปริมณฑล	16	20.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	2.6
ประถมศึกษา	35	44.9
มัธยมศึกษา	21	26.9
ปวช./ปวส.	8	10.3
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	12	15.4

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 78) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาชีพก่อนการเจ็บป่วย		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	50
- ไม่ได้ทำงานเลย	34	87.2
- แม่บ้าน	5	12.8
ประกอบอาชีพ	39	50
- ค้าขาย	13	33.3
- เกษตรกรรม	9	23.1
- รับจ้าง	9	23.1
- รับราชการ	8	20.5
อาชีพภายหลังได้รับการรักษา		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	50	64.1
- ไม่ได้ประกอบอาชีพเหมือนก่อนการรักษา	33	66
- ไม่ได้ประกอบอาชีพหลังการรักษา	17	34
ประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม	17	21.8
ประกอบอาชีพได้เหมือนเดิมแต่ลดจำนวนวันลง	11	14.1
ความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวและการรักษาพยาบาล		
เพียงพอ	69	88.5
ไม่เพียงพอ	9	11.5

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50) มีอายุ 71 - 80 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.2) รองลงมา คือ 61 - 70 ปี (ร้อยละ 35.9) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 66.7) มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดมากที่สุด (ร้อยละ 44.9) มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 44.9) รองลงมา คือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 26.9) มีทั้งผู้ประกอบอาชีพและไม่ได้ประกอบอาชีพก่อนการเจ็บป่วยเท่ากัน (ร้อยละ 50) ภายหลังการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.1) และมีความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายในครอบครัวและค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 88.5)

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 1.2 ข้อมูลสุขภาพก่อนการรักษา และการรักษาที่ได้รับ

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ จำแนกตามข้อมูลสุขภาพก่อนการรักษา และการรักษาที่ได้รับ (n = 78)

สุขภาพก่อนการรักษาและการรักษาที่ได้รับ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาการสำคัญที่มาพบแพทย์		
มีอาการแสดง*	76	97.4
- มีเนื้อเยื่อเน่าตายและแผลขาดเลือดที่เท้า	45	57.7
- ปวดขาขณะเดิน	28	35.9
- ปวดขาขณะพัก	25	32.1
ไม่มีอาการ	2	2.6
ระยะเวลาการมีอาการสำคัญที่มาพบแพทย์ (n=76)		
น้อยกว่า 1 วัน	1	1.3
1 - 7 วัน	12	15.8
8 - 14 วัน	8	10.5
15 - 30 วัน	14	18.4
31- 45 วัน	0	0
46 - 60 วัน	10	13.2
มากกว่า 60 วัน	31	40.8
(mean =112.36 วัน , SD = 198.24, minimum = 3 ชั่วโมง, maximum = 1,440 วัน)		
ชนิดการตีบตันของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย		
แบบเรื้อรัง	70	89.7
แบบเฉียบพลัน	8	10.3
- Acute embolism	5	-
- Late embolism	3	-
ตำแหน่งการตีบตันของหลอดเลือดแดง*		
Aorto-iliac artery	2	2.6
Ilio-femoral artery	17	21.8
Femoro-popliteal artery	40	51.3
Tibio-peroneal artery	45	57.7

*หนึ่งคน มีได้มากกว่า 1 อาการหรือ 1 ตำแหน่ง

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ จำแนกตามข้อมูลสุขภาพก่อนการรักษา และการรักษาที่ได้รับ (n = 78) (ต่อ)

สุขภาพก่อนการรักษาและการรักษาที่ได้รับ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สภาวะของเท้าก่อนการรักษา		
มีนิ้วเท้า/หน้าเท้าครบสมบูรณ์	52	66.7
ถูกตัดนิ้วเท้า/หน้าเท้าบางส่วน (minor amputation)	26	33.3
การรักษาที่ได้รับ		
Percutaneous transluminal angioplasty with stent*	43	55.5
- Iliac stent	12	27.9
- Femoral stent	20	46.5
- Popliteal stent	3	7.0
- Tibial trunk stent	15	34.9
Percutaneous transluminal angioplasty*	32	41.0
Catheter-directed thrombolysis*	6	7.7

* หนึ่งคนได้รับการรักษามากกว่า 1 อย่าง

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.7) มีอาการสำคัญก่อนมาพบแพทย์ คือ มีเนื้อเยื่อเน่าตายและแผลขาดเลือดที่เท้ามากที่สุด (ร้อยละ 57.7) รองลงมา คือ มีอาการปวดขาขณะเดิน (ร้อยละ 35.9) และมีอาการสำคัญนานกว่า 60 วัน ก่อนมาพบแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 40.8) รองลงมา คือ มีอาการสำคัญมานาน 15 - 30 วันก่อนมาพบแพทย์ (ร้อยละ 18.4) ส่วนใหญ่มีการตีบตันของหลอดเลือดแดงแบบเรื้อรัง (ร้อยละ 89.7) โดยตำแหน่งที่พบการตีบตันบ่อยที่สุด คือ หลอดเลือดแดงบริเวณ Tibio-peroneal (ร้อยละ57.7) รองลงมาคือ หลอดเลือดแดงบริเวณ Femoro-popliteal (ร้อยละ 51.3) ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันถูกตัดนิ้วเท้า/หน้าเท้าบางส่วนออก (minor amputation) ก่อนได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (ร้อยละ 33.3) และได้รับการรักษาด้วยวิธี Percutaneous transluminal angioplasty with stent มากที่สุด (ร้อยละ 55.5) โดยพบการใส่ขดลวดค้ำยัน (stent) Femoral stent (ร้อยละ 46.5) มากที่สุด รองลงมา คือ Tibial trunk stent (ร้อยละ 34.9)

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 1.3 ข้อมูลด้านสุขภาพภายหลังการรักษา และปัจจัยเสี่ยง

ตารางที่ 4.3 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพภายหลังการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (n = 78)

สุขภาพภายหลังการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง		
1 - 6 เดือน	24	30.8
7 - 12 เดือน	16	20.5
13 - 24 เดือน	14	17.9
25 - 36 เดือน	12	15.4
มากกว่า 36 เดือน	12	15.4
(mean = 18.32 เดือน, SD = 16.18 , minimum = 1 เดือน, maximum = 57 เดือน)		
สภาพการไหลเวียนเลือดที่ขาภายหลังการรักษา (เฉพาะผู้ป่วยฯ ที่มีการตรวจ = 51 คน)		
Monophasic wave form	36	70.6
Biphasic wave form	15	29.4
การหายของแผลขาดเลือด (เฉพาะผู้ป่วยฯที่มีแผลขาดเลือดเรื้อรังก่อนการรักษา = 45 คน)		
แผลดีขึ้นไม่มีการติดเชื้อลุกลาม	23	51.1
แผลหายแล้ว	22	48.9
อาการแสดงภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา		
- มีอาการปวดแผลขาดเลือดเรื้อรัง/ชาบริเวณเท้า/ปวดขาขณะเดิน/ปวดบริเวณสะโพก	40	51.3
- ไม่มีอาการ	38	48.7

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกอยู่ในระยะเวลาภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง 1 - 6 เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 30.8) รองลงมา คือ ระยะเวลา 7 - 12 เดือน (ร้อยละ 20.5) ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ที่ได้รับการตรวจสภาพการไหลเวียนเลือดที่ขาภายหลังได้รับการรักษา ส่วนใหญ่มีลักษณะคลื่นแบบ Monophasic wave form (ร้อยละ 70.6) ผู้ป่วยที่มีแผลขาดเลือดเรื้อรังก่อนการรักษา พบว่า ภายหลังการรักษาแผลดีขึ้นไม่มีการติดเชื้อลุกลาม (ร้อยละ 51.1) และในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีอาการปวดแผลขาดเลือดเรื้อรัง/ชาเท้า/ปวดน่องขณะเดิน/ปวดบริเวณสะโพก (ร้อยละ 51.3)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.4 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ จำแนกตามข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังการรักษา (n = 78)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง*		
โรคความดันโลหิตสูง	63	80.8
โรคไขมันในเลือดสูง	56	71.8
โรคเบาหวาน	52	66.7
โรคหลอดเลือดหัวใจ	38	48.7
ไตเรื้อรัง/ไตวาย	27	34.6
หลอดเลือดแดงที่ไตตีบตัน/โป่งพอง	5	6.4
โรคลิ้นหัวใจ/โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ	5	6.4
โรคเกาส์/โรคแอสเอลอี/ผิวหนังแข็ง	3	3.8
การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ	1	1.2
โรคร่วมที่ไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยง*		
ต่อมลูกหมากโต	8	10.3
โรคต้อหิน/ต้อกระจก	4	5.1
โรคมะเร็งลำไส้/ตับ/รังไข่/มดลูก	4	5.1
โรคไทรอยด์	3	3.8
โรคข้อเข่าเสื่อม	2	2.6
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	40	51.3
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว	34	43.6
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่	4	5.1
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	40	51.3
เคยดื่มแอลกอฮอล์แต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว	33	42.3
ปัจจุบันยังดื่มแอลกอฮอล์	5	6.4

*หนึ่งคนเป็นได้มากกว่า 1 โรค

Copyright by Mahidol University

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ส่วนใหญ่มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงพบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 80.8) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 71.8) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 66.7) ตามลำดับ โรคร่วมที่ไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ ต่อมลูกหมากโต (ร้อยละ 10.3) รองลงมา คือ โรคต้อหิน/ต้อกระจก (ร้อยละ 5.1) และโรคมะเร็งลำไส้/ตับ/รังไข่/มดลูก (ร้อยละ 5.1) ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตับตันฯ ได้แก่ ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 5.1) และปัจจุบันยังดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 6.4)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

ตารางที่ 4.5 ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=78)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	Min-max	Mean	SD	แปลผล
- เฝ้าระวัง การป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน	1.67-5.00	4.30	0.80	ดี
- การรับประทานยาและจัดการกับผลข้างเคียง	2.50-5.00	4.16	0.59	ดี
- การติดตามการตรวจรักษา	2.00-5.00	4.12	0.76	ดี
- การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม	1.33-5.00	3.98	0.67	ดี
- การดูแลเท้า	1.50-5.00	3.65	0.77	ดี
- การออกกำลังกาย	1.00-5.00	3.53	1.17	ดี
- การจัดการกับสภาวะอารมณ์	1.80-5.00	3.32	0.74	ค่อนข้างดี
รวม	2.97-4.62	3.85	0.37	ดี

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean = 3.85, SD = 0.37) โดยมีด้านการเฝ้าระวัง การป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับประทานยาและจัดการกับผลข้างเคียง ด้านการติดตามการตรวจรักษา ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม ด้านการดูแลเท้า และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี (mean = 3.53 - 4.30, SD = 0.59 - 1.17) ยกเว้นด้านการจัดการกับสภาวะอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างดี (mean = 3.32, SD = 0.74)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.6 ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 78)

ตัวแปร	Min-max	Mean	SD	แปลผล
อาการอ่อนล้า	0.32-6.41	2.48	1.55	เล็กน้อย
- ร่างกายและจิตใจ	0.38-7.00	3.33	1.51	เล็กน้อย
- สติปัญญาและอารมณ์	0.00-7.33	2.68	1.67	เล็กน้อย
- พฤติกรรม/ความรุนแรง	0.00-7.50	1.91	1.91	เล็กน้อย
- การให้ความหมาย	0.00-8.00	1.70	2.13	เล็กน้อย
การรับรู้ความเจ็บป่วย	2.25-9.13	5.37	1.62	ปานกลาง
- การรับรู้ความเจ็บป่วย	1.20-8.40	6.16	1.56	ปานกลาง
- ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	0.00-10.00	3.91	3.30	ปานกลาง
- การตอบสนองทางอารมณ์	0.00-10.00	4.08	3.19	ปานกลาง
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	2.39-4.91	3.64	0.63	ดี
- สัมพันธภาพ	2.67-5.00	4.01	0.61	ดี
- การแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมตัดสินใจ	1.79-4.93	3.40	0.73	ค่อนข้างดี

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีอาการอ่อนล้าอยู่ใน ระดับเล็กน้อย (mean = 2.48, SD = 1.55) โดยมีด้านร่างกาย/จิตใจ ด้านสติปัญญาและอารมณ์ ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง และด้านการให้ความหมายอยู่ในระดับเล็กน้อย (mean = 1.70 - 3.33, SD = 1.51 - 2.13) มีการรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 5.37, SD = 1.62) โดยมีด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และด้านการตอบสนองทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.91- 6.16, SD = 1.56 - 3.30) และมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับดี (mean = 3.64, SD = 0.63) โดยด้านสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี (mean = 4.01, SD = 0.61) แต่การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างดี (mean = 3.40, SD = 0.73)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.7 จำนวน และร้อยละ ของการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ จำแนกตามการรับรู้สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค (n = 78)

การรับรู้สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทราบสาเหตุ*	43	55.1
โรคเบาหวาน	22	51.2
ไขมันในเลือดสูง	21	48.8
การสูบบุหรี่	13	30.2
ความดันโลหิตสูง	11	25.6
การดื่มสุรา	3	7.0
ขาดการออกกำลังกาย	3	7.0
โรคไต	3	7.0
การนั่งงอขาเป็นเวลานานๆ	2	4.7
อายุที่เพิ่มขึ้น	2	4.7
การรับประทานอาหาร	2	4.7
เคยได้รับอุบัติเหตุหรือผ่าตัดขามาก่อน	2	4.7
หลอดเลือดแดงแข็ง	1	2.3
ไม่ทราบสาเหตุ	35	44.9

*หนึ่งคน ตอบได้มากกว่า 1 สาเหตุ

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.1) มีการรับรู้ถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน โดยรับรู้ว่าเกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 51.2) รองลงมา คือ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 48.8) และการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 30.2) ตามลำดับ

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 3 อำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) (n=78)

ตัวแปร	1	2	3
1. อาการอ่อนล้า	-		
2. การรับรู้ความเจ็บป่วย	.366**	-	
3. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	.171	.300**	-
4. พฤติกรรมการจัดการตนเอง	-.219*	.095	.133

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

จากตารางที่ 4.8 พบว่า อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .366$, $p < .01$) การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ($r = .300$, $p < .001$) และอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.219$, $p < .05$) ส่วนตัวแปรอื่นๆ มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ แบบ Enter (enter regression) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ครั้งแรก โดยนำอาการอ่อนล้า ซึ่งเป็นตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เข้าวิเคราะห์ พบว่า อาการอ่อนล้าทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .084$, $p = .054$) แต่เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรต้นทั้ง 3 ตัว เข้าวิเคราะห์ เพื่อทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.9 อำนาจการทำนายของ อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ

ลำดับ	ตัวแปร	b	SE_b	beta	t
1.	อาการอ่อนล้า	-.096	.038	-.303	-2.547*
2.	การรับรู้ความเจ็บป่วย	.137	.102	.165	1.344
3.	การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	.100	.086	.135	1.164
Constant = 102.581, R= .316, R^2= .100, R^2adj =.063, F change = 2.736*, (*p<.05)					

จากตารางที่ 4.9 พบว่า อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ได้ร้อยละ 10 (R^2 = .10, p<.05) ซึ่งอาการอ่อนล้าสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -.303, p < .05)

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5
การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และอำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ผลการวิจัยสามารถอภิปรายผล ดังนี้

5.1 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม อยู่ในระดับดี (mean = 3.85, SD = 0.37) (ตารางที่ 4.5) โดยมีด้านการเฝ้าระวังป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับประทานยาและจัดการกับผลข้างเคียง ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม ด้านการติดตามการตรวจรักษา ด้านการดูแลเท้า และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 4.5) ยกเว้นด้านการจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่อยู่ในระดับค่อนข้างดี (ตารางที่ 4.5) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.3) เกิดอาการแสดงของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันมาก่อนการรักษา (ตารางที่ 4.2) โดยมีอาการตั้งแต่ปวดขาขณะเดิน (ร้อยละ 35.9) ปวดขาขณะพัก (ร้อยละ 32.1) จนกระทั่งมีเนื้อเยื่อเน่าตายและเกิดแผลขาดเลือดเรื้อรัง (ร้อยละ 57.7) (ตารางที่ 4.2) ส่วนที่ไม่มีอาการแสดงก่อนมาพบแพทย์มีเพียงร้อยละ 2.6 (ตารางที่ 4.2) ซึ่งอาการแสดงต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลให้มีข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะอาการปวดขาขณะพัก เป็นอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Hirsch et al., 2006) และส่งผลต่อการพักผ่อนได้ลดลง (ศิริพร เลาหสุวรรณพานิช, 2546) นอกจากนี้อาการแสดงที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนกระทั่งทำให้ต้องถูกตัดนิ้วเท้าหรือหน้าเท้า (fore foots) ออกในระยะก่อนการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง คิดเป็นร้อยละ 33.3 (ตารางที่ 4.2) จึงทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์และรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในอดีตที่ไม่ดีและไม่ต้องการให้กลับเป็นซ้ำ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตมีส่วนส่งเสริมพฤติกรรมของ

Copyright by Mahidol University

ผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษา โดยทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้นและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (สุพร พริ้งเพริศ, 2538) ร่วมกับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องเข้ามารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้พบเจอ พูดคุย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ กับผู้ป่วยในโรคเดียวกันทั้งในระหว่างเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและการมาติดตามการรักษาในช่วงรอรับการตรวจหรือพบแพทย์ เช่น แลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการ การรักษา และการดูแลตนเอง เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีข้อมูลในเรื่องนั้นๆ เพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยทุกคนได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ว่าการรักษาที่ได้รับเป็นเพียงการช่วยบรรเทาอาการและเพิ่มเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของแผลขาดเลือดเรื้อรังที่เท้าเพื่อให้แผลหาย และอาจมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้หากไม่มีการดูแลจัดการตนเองให้ถูกต้อง ซึ่งข้อมูลหรือความรู้นับเป็นปัจจัยพื้นฐานสำหรับใช้ประกอบการตัดสินใจ (Lorig & Holman, 2003) ติดตาม เฝ้าระวัง และควบคุมตนเอง รวมทั้งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Li, Jiang & Lin, 2013) และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีขึ้นได้ (Tschopp et al., 2002) นอกจากนี้ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) มีสถานภาพสมรสคู่ (ตารางที่ 4.1) และจากข้อมูลการสัมภาษณ์เพิ่มเติม ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่า “อาศัยอยู่กับลูกหลาน พวกเขาจะเป็นคนพามาหาหมอ คอยเตือนในเรื่องการดูแลตัวเอง ช่วยจัดยาและจัดหาอาหารให้กิน ซึ่งส่วนมากจะเป็นอาหารแบบจืดๆ” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวร่วมด้วย ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น (สมฤทัย เพชรประยูร, 2555) และเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (ภาวนา กีรติยุตวงษ์ และสมจิต หนุเจริญ, 2553) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงสามารถอธิบายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า มีการจัดการตนเองในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม ด้านการรับประทานยาและจัดการผลข้างเคียงของยา และด้านการติดตามการตรวจรักษาอยู่ในระดับดีได้

นอกจากนี้ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.2) มีระยะเวลาหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง มานาน 7 - 57 เดือน (ตารางที่ 4.3) ซึ่งระยะเวลาหลังการได้รับการรักษาที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และสะสมประสบการณ์ในการจัดการดูแลตนเองได้มากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นด้วย (รัตนา แตงรอด และคณะ, 2552) ร่วมกับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังมานานหลายปี เช่น มีโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 80.8) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 71.8) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 66.7) (ตารางที่ 4.4) ทำให้มีประสบการณ์ และมีความรู้ว่าการจะมีสุขภาพ

Copyright by Mahidol University

ดีขึ้นได้ไม่เพียงแค่การควบคุมโรคร่วม หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับประทานยาเท่านั้น แต่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ให้เหมาะสมกับโรคด้วย ได้แก่ การดูแลเท้า และการออกกำลังกาย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับดีด้วยเช่นกัน แต่เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.4) เป็นวัยสูงอายุที่มีอายุ 61 - 89 ปี (ตารางที่ 4.1) และเคยมีประสบการณ์ทุกข์ทรมานจากอาการปวดขาพักปวดขาขณะเดิน และมีแผลที่เท้าดังได้กล่าวข้างต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ บทบาททางสังคม และทำให้มีการถอยห่างจากสังคม (Treat-Jacobson et al., 2002; Wann-Hansson et al., 2005; Hirsch et al., 2006; ธิดารัตน์ พานชูวงษ์ และคณะ, 2551) ถึงแม้ว่าภายหลังได้รับการรักษาอาการต่างๆ ทางกายจะทุเลาลงแต่การฟื้นตัวทางด้านอารมณ์และสังคม นับเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับเปลี่ยน (Wann-Hansson et al., 2005) จึงทำให้ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีการปรับพฤติกรรม ด้านการจัดการกับสภาวะอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างดีเพียงด้านเดียว แต่อย่างไรก็ตามโดยภาพรวมของพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า อยู่ในระดับดี

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของรัตนา แตงรอด และคณะ (2552) ที่พบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงต่ำกว่าขาหนีบอุดตันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นเรื่อยๆ โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 60 นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีลักษณะการดูแลใกล้เคียงกัน เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี (สุภาพร เพชรอาวุธ และคณะ, 2553) และมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง (Searle, Norman, Thompson, & Vedhara, 2007) และในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (แสงรวี มณีศรี, 2553) พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

Copyright by Mahidol University

5.2 อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

5.2.1 อาการอ่อนล้า

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (mean = 2.48, SD = 1.55) (ตารางที่ 4.6) โดยมีด้านร่างกาย/จิตใจ ด้านสติปัญญาและอารมณ์ ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง และด้านการให้ความหมายอยู่ในระดับเล็กน้อย (mean = 1.70 - 3.33, SD = 1.51 - 2.13) (ตารางที่ 4.6) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นอาจสืบเนื่องจากปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าตั้งแต่ระยะก่อนการรักษาได้แก่ มีอาการแสดงตั้งแต่ปวดขาขณะเดิน (ร้อยละ 35.9) ปวดขาขณะพัก (ร้อยละ 32.1) จนกระทั่งมีเนื้อเยื่อเน่าตายและเกิดแผลขาดเลือดเรื้อรัง (ร้อยละ 57.7) (ตารางที่ 4.2) ซึ่งอาการดังกล่าวล้วนเป็นข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเฉพาะการเดินทำให้ผู้ป่วยเดินได้ระยะทางลดลงจนกระทั่งไม่สามารถเดินได้ นอกจากนี้ยังพบว่า อาการแสดงต่างๆ นั้นเกิดก่อนมาพบแพทย์นานกว่า 60 วัน (ร้อยละ 40.8) (ตารางที่ 4.2) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเดินมาเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้กล้ามเนื้อขาถูกใช้งานลดลง และส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและมวลของกล้ามเนื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการลดลงของมวลกล้ามเนื้อและการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนล้าได้ (Piper et al., 1987; Piper, 2003) โดยเฉพาะการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดอาการอ่อนล้าได้มากขึ้น (Cook, Molton, & Mark, 2011) นอกจากนี้อาการปวดที่เกิดขึ้นยังเป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการอ่อนล้าได้เช่นกัน (Puranasamriddhi, 2009) โดยเฉพาะอาการปวดขาขณะพัก ซึ่งจะปวดมากในช่วงกลางคืน ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการนอนหลับพักผ่อน ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (ศิริพร เลาหสุวรรณพานิช, 2546) และเป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการอ่อนล้าได้มากขึ้น (Piper et al., 1987) แต่เมื่อได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นวิธีที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายค่อนข้างน้อย จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวได้เร็ว (อรรถพร ปริวงศ์ไพศาล และกฤตยา กฤตยากีรณ, 2552; Egorova et al., 2010) รวมทั้งเป็นการรักษาเพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่ออวัยวะส่วนปลาย และช่วยบรรเทาอาการปวดขา ทำให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้ไกลขึ้น มีเรี่ยวแรง และมีพลังงานมากขึ้น ส่งผลให้อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นทุเลาลง แต่อย่างไรก็ตามภายหลังได้รับการรักษาอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นไม่สามารถลดลงไปได้ทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากยังมีปัจจัยส่งเสริมการเกิดอาการอ่อนล้าเหลืออยู่ โดยจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง ยังคงมีอาการปวดแผล

Copyright© by Mahidol University

ขาดเลือดเรื้อรัง/ชาบริเวณเท้า/ปวดขาขณะเดิน/ปวดบริเวณสะโพกอยู่ร้อยละ 51.3 (ตารางที่ 4.3) และยังคงมีแผลขาดเลือดเรื้อรังที่ขาร้อยละ 51.1 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดใน การเดินและการเคลื่อนไหวร่างกายได้ไม่เต็มที่ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าร่างกายยังไม่แข็งแรงดีพอ ยังคงมีอ่อนเพลีย ขาดเรี่ยวแรง ขาดพลังงาน และมีความรู้สึก ไม่สุขสบายทางกายอยู่บ้าง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ยังคงมีการรับรู้ถึงอาการอ่อนล้าทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง และให้ความหมายกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับเล็กน้อย นอกจากนี้อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับสาร serotonin (Swain, 2000; McGuire et al., 2003) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของสารนี้จะมีผลต่อการเรียนรู้ ความจำ และการควบคุมอารมณ์ได้ลดลง (Riedel, Klaassen, & Schmitt, 2002) จึงทำให้ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงมีอาการอ่อนล้าทางด้านสติปัญญาและอารมณ์อยู่ในระดับเล็กน้อยด้วย จากข้อมูลดังกล่าวจึงสามารถอธิบายผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับเล็กน้อยได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Galloway และคณะ (1995) ที่พบว่า ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด มีคะแนนเฉลี่ยของอาการอ่อนล้าเท่ากับ 32.5 คะแนน ซึ่งประเมินอาการอ่อนล้าด้วย Visual Analogue Scales (VAS) มีคะแนน 0-100 คะแนน จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดอื่นๆ เช่น จากการศึกษาของ Bunnag (2004) พบว่า ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62) มีอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน

5.2.2 การรับรู้ความความเจ็บป่วย

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีการรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 5.37, SD = 1.62) (ตารางที่ 4.6) โดยมีด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และด้านการตอบสนองทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.91- 6.16, SD = 1.56 - 3.30) (ตารางที่ 4.6) สามารถอธิบายได้ว่า ก่อนเข้ารับการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.4) มีอาการแสดงของโรคตั้งแต่ปวดขาขณะเดินจนกระทั่งมีเนื้อเยื่อเน่าตายและเกิดแผลขาดเลือดเรื้อรัง (ตารางที่ 4.2) อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอาการปวดขาขณะพักจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก (Hirsch et al., 2006) ซึ่งจากผลการศึกษา พบผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่มีอาการปวดขาขณะพักร้อยละ 32.1 แต่เมื่อได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยบรรเทาอาการปวดและส่งเสริมการหายของแผลขาดเลือดเรื้อรัง รวมทั้งเป็นวิธีการรักษาที่มีแผลผ่าตัดขนาดเล็ก ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อย จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวหลังผ่าตัด

Copyright by Mahidol University

ได้เร็ว (อรรถพร ปริวงศ์ไพศาล และกฤตยา กฤตยากีรณ, 2552; Egorova et al., 2010) ร่วมกับผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีแผลขาดเลือดเรื้อรังก่อนการรักษา ปัจจุบันยังมีแผลอยู่ร้อยละ 51.1 ซึ่งแผลนั้นดีขึ้นไม่มีการติดเชื้อลุกลาม และแผลหายแล้วอีกร้อยละ 48.9 (ตารางที่ 4.3) นอกจากนี้ภายหลังการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ไม่มีอาการปวดขาแล้วร้อยละ 48.7 และยังมีอาการปวดขา/ชาเท้า/ปวดแผลเรื้อรังที่เท้าอยู่ร้อยละ 51.3 (ตารางที่ 4.3) ซึ่งข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยบอกว่า “หลังรักษาแล้วอาการปวดลดลง นอนหลับได้ กินได้ เดินได้ไกลขึ้น ประมาณ 30 - 500 เมตร ทำอะไรเองได้มากขึ้น” จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีอาการแสดงต่างๆ ทุเลาลงและสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นภายหลังการรักษา จึงทำให้รู้สึกถึงความรุนแรงของอาการ และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตไม่มากหลังจากได้รับการรักษาทางสายสวนหลอดเลือดแดง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ดูแลตนเองได้มากขึ้น และมีความคาดหวังในผลลัพธ์จากการรักษาว่าจะดีขึ้น โดยมีข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยบอกว่า “คิดว่าโรคนี้ค่อนข้างเรื้อรังอาจจะไม่หายขาด แต่หลังรักษาอาการต่างๆ ค่อยๆ ทุเลาลง ก็หวังว่าอาการปวดขา/แผลที่เกิดขึ้นจะ หายได้ และถ้าควบคุมอาหาร ดูแลตัวเองตามคำแนะนำก็คิดว่าจะช่วยควบคุมโรคไม่ให้เป็นมากขึ้นได้” นอกจากนี้ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ได้ผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย และผ่านขั้นตอนการรักษามาแล้วทำให้มีข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง และการรักษามาบ้างจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงสามารถอธิบายถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลางได้

นอกจากนี้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ได้มีผลกระทบเพียงด้านร่างกาย แต่ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจด้วย (Treat-Jacobson et al., 2002; Hirsch et al., 2006) ซึ่งจากข้อมูลการสัมภาษณ์เพิ่มเติม มีผู้ป่วยร้อยละ 76.9 (60 ราย จาก 78 ราย) ที่บอกว่า “มีการตีบตันของหลอดเลือดแดงที่ขาทั้งสองข้าง” และผู้ป่วยบอกว่า “ถึงแม้อาการจะหายหรืออาการดีขึ้นแล้ว แต่ก็ยังรู้สึกกังวล กลัวจะกลับเป็นซ้ำอีก/กลัวถูกตัดขา/ กลัวเป็นภาระให้ลูกหลาน/ มีหงุดหงิด/บางครั้งรู้สึกโกรธตัวเอง/รู้สึกผิดที่ไม่ได้ดูแลตัวเองให้ดีก่อนหน้านี้/รู้สึกไม่แน่นอน/รำคาญใจ/เครียด/รู้สึกซึมเศร้า” จากข้อมูลแสดงให้เห็นได้ว่า จากการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.6) ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบในระดับปานกลางด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (แสงรวี มณีศรี, 2553) พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการตอบสนอง

Copyright by Mahidol University

ทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ รู้สึกไม่แน่นอน วิตกกังวล กลัว กระวนกระวายใจ รู้สึกเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้า และรู้สึกโกรธ

5.2.3 การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

จากผลการศึกษา พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ อยู่ในระดับดี (mean = 3.64, SD = 0.63) (ตารางที่ 4.6) โดยมีด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี (mean = 4.01, SD = 0.61) และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกันตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี (mean = 3.40, SD = 0.73) (ตารางที่ 4.6) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาตรวจและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง และรักษามานานโดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ที่มาติดตามการรักษา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.2) มีระยะเวลาหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงมานาน 7 - 57 เดือน (ตารางที่ 4.3) จึงทำให้เจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยได้รู้จักและคุ้นเคยกัน จึงทำให้สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันได้ง่ายขึ้น ร่วมกับการแสดงออกทางสัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย เช่น มีการกล่าวทักทาย แสดงกิริยาท่าทางต้อนรับอย่างเป็นมิตร มองสบตาขณะสนทนา ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามและมีการรับฟังอย่างตั้งใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องการให้เกิดขึ้น รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและรู้สึกถึงสัมพันธภาพที่ดี (Abdulhadi et al., 2007) จึงส่งผลให้ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษายังพบว่า มีสัมพันธภาพเกี่ยวกับการแนะนำตัวอยู่ในระดับค่อนข้างดีเพียงข้อเดียว ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยหลอดเลือดแดงเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาติดตามการรักษาเป็นประจำ ทำให้ทั้งเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้ป่วยได้ทำความรู้จักกันตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่มารักษาและจำกันได้ จึงไม่ได้มีการแนะนำตัวก่อนให้การรักษาเป็นประจำทุกครั้ง สำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกันตัดสินใจในการรักษา แพทย์/พยาบาลมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และมีการตัดสินใจร่วมกันในระยะตั้งแต่เริ่มมาพบแพทย์ ขั้นตอนต่างๆ ก่อนการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง และขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนช่วงที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แต่เนื่องจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะเป็นคนละกลุ่ม ซึ่งยังไม่มีการวางแผนร่วมกันอย่างครบวงจร และยังไม่มีรูปแบบการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงอาจจะทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ หรือการอธิบายไม่ครบถ้วน รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.4) เป็นวัยสูงอายุที่มีอายุ 61 - 89 ปี (ตารางที่ 4.1) จึงอาจจะทำให้จำข้อมูลหรือรายละเอียดที่แพทย์/พยาบาลแนะนำได้ไม่หมดในครั้งเดียว ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสังเกตในช่วงเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาติดตามการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่า ระหว่างการเข้าไปพบแพทย์เพื่อ

Copyright by Mahidol University

รับการตรวจส่วนใหญ่จะมีญาติหรือผู้ดูแลเข้าไปด้วย ซึ่งจะเป็นผู้ที่คอยซักถามพูดคุยและรับข้อมูลจากแพทย์ ดังนั้นจึงทำให้การสื่อสารด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกันตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดีเท่านั้น แต่โดยภาพรวมของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพแล้ว พบว่า อยู่ในระดับดี การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีลักษณะการดูแลใกล้เคียงกัน เช่น ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (สุภาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ, 2553) ที่พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดีเช่นกัน

5.3 อำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

ผลการศึกษา พบว่า อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาการอ่อนล้าสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -.303, $p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า

เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan และ Sawin (2009) ที่ผู้วิจัยใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยโดยเน้นพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคล ซึ่ง Ryan และ Sawin (2009) ได้กล่าวไว้ว่า บริบทของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง เป็นเงื่อนไขจำเพาะที่จะส่งผลต่อการจัดการตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้อาการอ่อนล้าจัดอยู่ในบริบทของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ซึ่งเป็นความซับซ้อนของเงื่อนไขจำเพาะ (complexity of condition) ทางด้านสรีรวิทยา ลักษณะโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ตามเงื่อนไข ที่จะส่งผลกระทบต่อประเภทและลักษณะของพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

อาการอ่อนล้า พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.219$, $p < .05$) (ตารางที่ 4.8) หมายถึง ถ้ามีอาการอ่อนล้ามาก ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่ดี แต่ถ้ามีอาการอ่อนล้าน้อย ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีมาก ซึ่งอาการอ่อนล้าเป็นความซับซ้อนจากปัจจัยทางด้านกายภาพ (physiology factors) ด้านชีวภาพ (biological factors) และด้านจิตใจ (psychological factors) (Piper et al, 1987) โดยอาการอ่อนล้าเกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของ Corticotropin-releasing hormone (CRH)

Copyright© by Mahidol University

และผลจากภาวะเครียดเรื้อรังซึ่งพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า โดยภาวะเครียดเรื้อรังมีผลไปกระตุ้นสมองส่วนไฮโปธาลามัส (hypothalamus) ให้เกิดการหลั่งสาร Corticotropin-releasing hormone (CRH) ซึ่งจะไปกระตุ้นสมองส่วน Anterior Pituitary ส่งผลให้ระบบประสาทไฮโปธาลามิก-พิทูอิทารี-ต่อมหมวกไต (Hypothalamic-pituitary-adrenal axis) ถูกกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร adrenocorticotropic hormone (ACTH) ซึ่งมีผลต่อการกระตุ้น cortisol hormone (Swain, 2000) ส่งผลให้เกิดกระบวนการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น มีการสลายมวลของกล้ามเนื้อมากขึ้น จนกระทั่งส่งผลให้ร่างกายเกิดอาการอ่อนล้า รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง และขาดพลังงานตามมา (Piper, 2003) นอกจากนี้อาการอ่อนล้ายังเกี่ยวข้องกับการหลั่งสาร serotonin (Swain, 2000) ซึ่งจะมีผลต่อการเรียนรู้ ความจำ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ลดลง ทำให้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Ream & Richardson, 1996) สอดคล้อง กับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อาการอ่อนล้าในประชากรผู้สูงอายุซึ่งมีอายุระหว่าง 65 - 98 ปี จำนวน 1,055 ราย ในกลุ่มที่มีอาการอ่อนล้านั้นส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ทางร่างกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Vestergaard et al., 2009) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคถุงลมปอดโป่งพองเรื้อรัง พบว่า อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีกิจวัตรประจำวัน ($r = -.219$, $p < .05$) (Cantley, 2001) และในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่พบว่า อาการอ่อนล้าที่แสดงออกถึงความอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494$, $p < .01$) (วาสนา สุวรรณรัศมี, 2555) ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมนับเป็นพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่า อาการอ่อนล้าทำให้เป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเอง (Jerant et al., 2005) นอกจากนี้อาการอ่อนล้ายังส่งผลต่อการปรับตัวและจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายได้น้อยลงด้วย (Casillas et al., 2006) จึงกล่าวได้ว่า อาการอ่อนล้าเป็นความซับซ้อนของเงื่อนไขจำเพาะที่ส่งผลกระทบต่อประเภทและลักษณะของพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงสามารถอธิบายได้ว่า อาการอ่อนล้าร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความเจ็บป่วย ซึ่งจัดอยู่ในกระบวนการจัดการตนเอง ตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan และ Sawin (2009) จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ แต่พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .366$, $p < .01$)

Copyright by Mahidol University

(ตารางที่ 4.8) ซึ่งหมายถึง ถ้ามีการรับรู้ความเจ็บป่วยน้อยจะส่งผลให้มีอาการอ่อนล้าน้อย แต่หากการรับรู้ความเจ็บป่วยมากจะทำให้อาการอ่อนล้ามาก สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการรับรู้ความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Edwards et al., 2001) ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะเครียดเรื้อรัง โดยภาวะเครียดเรื้อรังทำให้สมองส่วนไฮโปธาลามัส (hypothalamus) ถูกกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร Corticotropin-releasing hormone (CRH) (Swain, 2000) ซึ่งการหลั่งสารนี้ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนล้าดังได้กล่าวข้างต้น สอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดอาการอ่อนล้าได้ โดยเฉพาะการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (Edwards et al., 2001) จากข้อมูลดังกล่าว สามารถอธิบายการรับรู้ความเจ็บป่วยที่มีผลต่อการเกิดอาการอ่อนล้าที่เพิ่มขึ้นได้ ซึ่งอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อประเภทและลักษณะของพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง จากข้อมูลที่กล่าวข้างต้นจึงสามารถอธิบายผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีส่วนร่วมในการเข้าไปทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งจัดอยู่ในกระบวนการจัดการตนเองตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan และ Sawin (2009) จากการศึกษาพบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ (ตารางที่ 4.8) แต่พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .300$, $p < .01$) (ตารางที่ 4.8) หมายความว่า ถ้าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมาก ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยมาก แต่หากมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพน้อยจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยน้อย สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารข้อมูลข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรค จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงนั้น มาประกอบกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะเจ็บป่วย (Leventhal & Cameron, 1987; Ryan & Sawin, 2009) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงจากความเจ็บป่วยมาก ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น ซึ่งความวิตกกังวลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดการอ่อนล้าได้ (Edwards et al., 2001) และอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองดังได้กล่าวข้างต้น จากข้อมูลดังกล่าวจึงสามารถอธิบายการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมีส่วนเข้าไปร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นตัวแปรที่มีส่วนร่วมในการเข้าไปทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ โดยมีตัวแปรอื่นๆ ร่วมทำนายด้วย ได้แก่ อายุ การรับรู้

Copyright© by Mahidol University

สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว และเพศ ซึ่งตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 34.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =.000) (สุภาพร เพชรอาวุธ และคณะ, 2553)

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าจากกรอบทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self-Management Theory) ของ Ryan และ Sawin (2009) ที่ผู้วิจัยใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยสำคัญ คือ อาการอ่อนล้า ซึ่งจัดอยู่ในบริบทปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง (risk and protective factor) โดยเป็นความซับซ้อนของเงื่อนไขจำเพาะ (complexity of condition) ที่จะส่งผลกระทบต่อประเภทและลักษณะของพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยด้านกระบวนการนั้นสามารถร่วมกันในส่งเสริมการเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองได้

Copyright by Mahidol University

บทที่ 6
สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง โดยใช้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของ Ryan และ Sawin (2009) ซึ่งเน้นพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคลเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก และหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผลโรงพยาบาลศิริราช มีระยะเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2556 และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 78 ราย

เครื่องมือที่ใช้มี 5 ชุด คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสัมภาษณ์อาการอ่อนล้า แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ และเครื่องมือดำเนินการวิจัย 1 ชุด คือ แบบประเมินการนึกคิดและจำ (Set test) เพื่อคัดกรองความผิดปกติด้านการนึกคิดและจำของผู้ป่วยกรณีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.77 แบบสัมภาษณ์อาการอ่อนล้า เท่ากับ 0.92 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บป่วย เท่ากับ 0.70 และแบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression) แบบ Enter ผลการวิจัย พบว่า

Copyright© by Mahidol University

1. ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50) มีช่วงอายุ 41 - 89 ปี อายุเฉลี่ย 68.9 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 66.7)

มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดมากที่สุด (ร้อยละ 44.9) มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 44.9) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 26.9) มีทั้งผู้ประกอบอาชีพและไม่ได้ประกอบอาชีพก่อนการเจ็บป่วยเท่ากัน (ร้อยละ50) ภายหลังการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.1) และมีความเพียงพอของรายได้ทั้งต่อรายจ่ายในครอบครัวและค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 88.3)

สุขภาพก่อนการรักษา พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.7) มีอาการสำคัญก่อนมาพบแพทย์ คือ มีเนื้อเยื่อเน่าตายและแผลขาดเลือดที่เท้ามากที่สุด (ร้อยละ 57.7) รองลงมา คือ มีอาการปวดขาขณะเดิน (ร้อยละ 35.9) และมีอาการสำคัญนานกว่า 60 วันก่อนมาพบแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 40.8) รองลงมา คือ มีอาการสำคัญมานาน 15 - 30 วัน ก่อนมาพบแพทย์ (ร้อยละ 18.4) ส่วนใหญ่มีการตีบตันของหลอดเลือดแดงแบบเรื้อรัง (ร้อยละ 89.7) และพบผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันถูกตัดนิ้วเท้าหรือเท้าบางส่วนออกก่อนได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง (ร้อยละ 33.3) และการรักษาที่ได้รับมากที่สุด คือ การทำ Percutaneous transluminal angioplasty with stent (ร้อยละ 55.5)

สุขภาพภายหลังการรักษา พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ที่มาติดตามการรักษามีระยะเวลาภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง 1 - 6 เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 30.8) รองลงมา คือ ระยะเวลา 7 - 12 เดือน (ร้อยละ 20.5) สำหรับผู้ป่วยที่มีแผลขาดเลือดเรื้อรังก่อนการรักษาฯ พบแผลดีขึ้นไม่มีการติดเชื้อลุกลาม (ร้อยละ 51.1) และแผลหาย (ร้อยละ 48.9) ภายหลังจากได้รับการรักษา ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมีอาการปวดแผลขาดเลือดเรื้อรังหรือชาเท้าหรือปวดน่องขณะเดินหรือปวดบริเวณสะโพก (ร้อยละ 51.3) โรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง พบโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด (ร้อยละ 80.8) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 71.8) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 66.7) ตามลำดับ มีผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 5.1) และปัจจุบันยังดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 6.4)

2. ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean = 3.85, SD = 0.37) โดยมีด้านเฝ้าระวัง การป้องกัน และจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับประทานยาและจัดการกับผลข้างเคียง ด้านการติดตามการตรวจรักษา ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม ด้านการดูแลเท้า และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับดี (mean = 3.53 - 4.30, SD = 0.59 - 1.17) และมีด้านการจัดการกับสภาวะอารมณ์ อยู่ในระดับค่อนข้างดี (mean = 3.32, SD = 0.74)

3. ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีอาการอ่อนล้าในระดับเล็กน้อย (mean = 2.48, SD = 1.55) โดยผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านสติปัญญาและอารมณ์ ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง และด้านการให้ความหมายอยู่ในระดับเล็กน้อย (mean = 1.70 - 3.33, SD = 1.51 - 2.13)

Copyright by Mahidol University

4. ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีการรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวมในระดับปานกลาง (mean = 5.37, SD = 1.62) โดยมีด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการตอบสนองทางอารมณ์และด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.91 - 6.16, SD = 1.56 - 3.30)

5. ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับดี (mean = 3.64, SD = 0.63) โดยด้านสัมพันธภาพอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 4.01, SD = 0.61) แต่การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการร่วมตัดสินใจอยู่ในระดับค่อนข้างดี(mean = 3.40, SD = 0.73)

6. อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ได้ร้อยละ 10 (R^2 = .10, $p<.05$) ซึ่งอาการอ่อนล้าสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -.303, $p<.05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. จากผลการศึกษา พบว่า อาการอ่อนล้าเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกต้องให้ความสำคัญในปัญหาอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ เป็นอย่างมาก โดยประเมินอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงในช่วงก่อนและหลังการรักษาทั้งในระยะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและระยะที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพื่อวางแผนจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นให้มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง

2. จากผลการศึกษาพบพฤติกรรมการจัดการตนเองทุกด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่อยู่ในระดับค่อนข้างดี ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจึงควรมีการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการกับสภาวะอารมณ์ให้ดียิ่งขึ้น

3. จากการศึกษาพบการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการร่วมตัดสินใจอยู่ในระดับค่อนข้างดี ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกควรมีการพัฒนาระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน การรักษาและการ

Copyright by Mahidol University

ดูแลจัดการตนเองอย่างชัดเจนและครบถ้วน โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อแรกพบแพทย์ ระยะก่อนการรักษาและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ตลอดจนระยะที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยมีการเชื่อมโยงและประสานความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพในแต่ละระยะอย่างเป็นระบบและครบวงจร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและเหมาะสม และสามารถนำข้อมูลนี้ไปเป็นพื้นฐานสำหรับใช้ในการร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล แต่เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะมีปัญหาในด้านการจดจำข้อมูล ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อให้สามารถร่วมดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

4. จากการศึกษาพบผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และพบผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ที่ไม่ทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันถึงร้อยละ 44.9 และพบว่าส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่ออาการของโรครุนแรงจนกระทั่งมีอาการของภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติ ทำให้ต้องสูญเสียนิ้วเท้าหรือหน้าเท้าบางส่วนไปก่อนการรักษา ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกควรมีการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยให้มากขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่เข้ามารับการรักษาและภายหลังการรักษา

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดงภายใต้กรอบทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan และ Sawin (2009) เช่น การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน การเข้าถึงบริการสุขภาพ อายุ และระยะเวลาภายหลังได้รับการรักษา เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง อีกครั้ง โดยปรับเปลี่ยนการประเมินปัจจัยเหล่านี้ซึ่งอาจจะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำนายมากขึ้น โดยประเมินอาการอ่อนล้าในเชิงกายภาพที่วัดอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยให้ชัดเจน การรับรู้ความเจ็บป่วยควรมีการประเมินให้ละเอียดมากขึ้น และควรประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพถึงข้อมูลที่ได้สื่อสารระหว่างกันอย่างชัดเจนโดยเน้นส่วนการแลกเปลี่ยนข้อมูลของโรคให้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาถึงการสร้างสื่อโดยนำเทคโนโลยีมาใช้ ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้มีแบบแผนการให้ข้อมูลที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน

4. ควรมีการศึกษาถึงกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Copyright© by Mahidol University

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

FACTORS PREDICTING SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS OF PATIENTS WITH PERIPHERAL ARTERIAL OCCLUSIVE DISEASE POST-ENDOVASCULAR THERAPY

สุนันทา ตนกลาย 5337940 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุวิมล กิมปี, ค.ม. (วิจัยการศึกษา), สุพร ดนัยดุษฎีกุล, D.N.S., ชุมพล ว่องวานิช, พ.บ., ว.ว. (ศัลยศาสตร์), อ.ว. (ศัลยศาสตร์หลอดเลือด), เกศศิริ วงษ์คงคำ, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาทางระบบหลอดเลือดที่พบได้บ่อย ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งจากแผ่นไขมัน (plague) พอกบริเวณผนังหลอดเลือดแดง จนทำให้รูหลอดเลือดตีบแคบลงจนเกิดการตีบตัน และมีเลือดไหลเวียนไปยังปลายเท้าได้น้อยลง ส่งผลให้มีอาการปวดขณะเดิน ซึ่งมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เมื่อหลอดเลือดแดงมีการตีบตันรุนแรงมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติโดยส่งผลให้ปวดขาแม้ขณะพัก เกิดเนื้อเยื่อเน่าตายและมีแผลขาดเลือดเรื้อรัง ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการถูกตัดขาและเป็นภาวะคุกคามชีวิต นอกจากนี้อุบัติการณ์การเกิดโรคพบมากขึ้นในผู้สูงอายุ (Hirsch et al., 2006) โดยเฉพาะประเทศไทยซึ่งกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว และคาดว่าแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2543 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2563 (ศิริวรรณ ศิริบุญ และชเนตตี มิลินทางกูร, 2551)

การรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง เป็นอีกวิธีที่ช่วยเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของอวัยวะส่วนปลายมากขึ้น ซึ่งส่งเสริมการหายของแผลขาดเลือดและบรรเทาอาการปวดขา (อรรถพร ปริวงศ์ไพศาล และกฤตยา กฤตยากีรณ, 2009; Hirsch et al., 2006) อย่างไรก็ตาม

Copyright© by Mahidol University

โรคนี้เป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนค่อนข้างมาก แม้ว่าจะได้รับการแก้ไขหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันไปแล้ว แต่ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคยังคงอยู่ จึงทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ การกลับเป็นซ้ำนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และครอบครัวแล้วยังส่งผลกระทบถึงประเทศชาติที่ต้องเสียงบประมาณอีกจำนวนมากเพื่อการรักษา ดังนั้นเป้าหมายหลักของแนวปฏิบัติสำหรับการจัดการกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายภายหลังได้รับการรักษา คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคป้องกัน เฝ้าระวังและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน เพื่อป้องกันการดำเนินของโรคที่รุนแรงมากขึ้น (Sol et al., 2005; Hirsch et al., 2006; Norgren et al., 2007; Anderson et al., 2013) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาแก้ไขหลอดเลือดแดงที่ขาตีบตันมีแนวโน้มพบโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคและการกลับเป็นซ้ำสูงขึ้นทุกปี (Egorova et al., 2010) รวมทั้งพบว่าในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงต่ำกว่าขาหนีบอุดตัน พบว่า ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยร้อยละ 62.5 มีระดับ HbA_1C มากกว่าปกติ (มากกว่า 7%) ร้อยละ 47.3 มีระดับไขมัน (LDL) มากกว่าปกติ และร้อยละ 73.6 มีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 130/80 มม.ปรอท และไม่เคยออกกำลังกาย ร้อยละ 36.3 (รัตนา แตงรอด, 2552) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันทั้งสิ้น โดยส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคได้ แต่อย่างไรก็ตามการจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ต้องเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยและแบบแผนชีวิตอย่างต่อเนื่อง

การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง นับเป็นยุทธศาสตร์สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและช่วยชะลอการดำเนินโรค (Sol et al., 2010) โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม (Koivunen & Lukkarinen, 2006; Sol et al., 2005) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องทราบถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ภายใต้กรอบทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory) (Ryan & Sawin., 2009) โดยเน้นที่การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันพบว่ามีค่อนข้างน้อย จึงได้ทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ พบหลายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง (สุภาพร เพ็ชรอาวุธ, 2553; cCleary-Jones, 2011; Dennison et al., 2011; Lin, Katon, & Rutter, 2004; Ryan & Sawin., 2009) ซึ่งผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่มาศึกษาครั้งนี้ มี 3 ปัจจัย คือ อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

Copyright© by Mahidol University

อาการอ่อนล้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 32 - 92 (Bol et al., 2010; Mayoux-Benhamou, 2006; Vestergaard et al., 2009) พบได้บ่อยในระยะหลังผ่าตัด (Barnason et al., 2008; DeCherney et al., 2002) สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน พบว่า มีอาการอ่อนล้าหลังผ่าตัดทั้งในระยะก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Galloway et al., 1995) โดยอาการอ่อนล้าส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลง และจัดการสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ลดลง ซึ่งรวมถึงกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย (Fritschi & Quinn, 2010) โดยเฉพาะการออกกำลังกายด้วยการเดินนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายได้มากขึ้น นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการตนเองจะเกิดได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้ความเจ็บป่วย อาทิ การรับรู้ด้านลักษณะอาการเฉพาะของการเจ็บป่วย รับรู้สาเหตุ ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ผลที่ตามมาจากการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุม/รักษา และการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย (Leventhal & Cameron, 1987; แสงรวี มณีศรี และคณะ, 2553) โดยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งทางบวกและทางลบ (Methakanjanasak, 2005; Rujisatian, 2009) นอกจากนี้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นกระบวนการหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลทางสุขภาพเพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันมีความซับซ้อนทางด้านเงื่อนไขของโรคที่ต้องการดูแลค่อนข้างมาก และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ประมุข มุทิรางกูรและคณะ, 2549) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่าปัจจัยดังกล่าวล้วนมีความสำคัญต่อผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษาว่าอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพใน ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงเป็นอย่างไร และศึกษาว่าปัจจัยใดที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองในช่วงระยะหลังการรักษานี้ และนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคและการดำเนินชีวิตได้อย่างยั่งยืน เพื่อการชะลอและป้องกันการดำเนินโรค และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี นำไปสู่ความผาสุก (well-being) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Copyright by Mahidol University

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

2. เพื่อศึกษาอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

สมมติฐานการวิจัย

อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันและได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยที่สามารถฟังและตอบคำถามได้ รับการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงเป็นครั้งแรก และมีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มีคะแนนรวมของแบบประเมินการนึกคิดและจำ (Set Test) ตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป

Copyright by Mahidol University

เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion criteria) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขาตั้งแต่ระดับเหนือข้อเท้าขึ้นไป (Major amputation) ก่อนการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง และมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ อัมพาตหรืออัมพฤกษ์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากการเปิดตาราง Power Analysis for multiple regression (Polit & Beck, 2008) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ $\infty = .05$ อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลปานกลาง (Moderate effect size, R^2) เท่ากับ .13 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย: แบบประเมินการรู้คิดและการจำ (Set Test) พัฒนาขึ้นโดย Isaacs และ Akhtar (1972) เป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง โดยระบุชื่อสิ่งของ 4 หมวดหมู่ ได้แก่ สัตว์ ผล ไม้ สี และจังหวัด แต่ละหมวดมีคะแนนสูงสุด 10 คะแนน คะแนนรวม 40 คะแนน ประเมินในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยเกณฑ์คัดเข้าในกลุ่มตัวอย่างตัดตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (65 ราย) มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 26 คะแนน และคะแนนสูงสุด 40 คะแนน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวมรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้ และข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลก่อนการรักษา ได้แก่ อาการสำคัญที่มาพบแพทย์ ระยะเวลาของการมีอาการสำคัญก่อนมาพบแพทย์ ชนิดและตำแหน่งของการตีบตัน สภาวะของเท้าก่อนการรักษา และการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลหลังการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษา สภาพการไหลเวียนเลือดที่ขา (ผลล่าสุดของการตรวจ wave form) การหายของแผลขาดเลือดที่เท้า อาการแสดงในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โรคร่วม และปัจจัยเสี่ยง

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม การดูแลเท้า เฝ้าระวัง การป้องกัน และจัดการกับภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยาและการจัดการกับผลข้างเคียง การออกกำลังกาย การจัดการกับสภาวะอารมณ์ และการติดตามการตรวจรักษา ข้อคำถามรวม 29 ข้อ นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .965 และคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.77

Copyright by Mahidol University

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์อาการอ่อนล้า (The Revised Piper Fatigue Scale) พัฒนาโดย Piper และคณะ (1998) การศึกษานี้ใช้ฉบับภาษาไทย ของ ดวงรัตน์ มนไธสง (2553) แบบสัมภาษณ์อาการอ่อนล้า มีข้อคำถามรวม 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1.พฤติกรรม/ความรุนแรง (behavioral/severity) 2. ด้านการรับรู้ความหมาย (affective meaning) 3. ด้านร่างกายและจิตใจ (sensory) และ 4. สติปัญญาและอารมณ์ (cognitive/mood) นำมาคำนวณหาคามเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.92

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ แบบสัมภาษณ์นี้ได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพซึ่งพัฒนาขึ้นโดย สุภาพร เพ็ชรอาวุธ (2553) มีข้อคำถามรวม 23 ข้อ ประกอบด้วยเนื้อหาในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (9 ข้อ) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (13 ข้อ) และการร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ (1 ข้อ) นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .95 และคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.92

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness perception Questionnaire; Brief IPQ) พัฒนาโดย Broadbent และคณะ (2006) ซึ่งแปลโดยพิมพา เทพวัลย์ (2553) ประกอบด้วยลักษณะคำถามปลายปิด 8 ข้อ ประเมิน 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย (Cognitive representation) (5 ข้อ) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) (2 ข้อ) และด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (1 ข้อ) และมีลักษณะคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งไม่นำมาคิดคะแนนในการศึกษาครั้งนี้ นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.70

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลทำหลังจากได้รับการรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการวิจัยในคน และการอนุมัติให้เข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มจากการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงที่มารับการรักษาและติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก เพื่อคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตนเองกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย พร้อมทั้งเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวม

Copyright by Mahidol University

ข้อมูล เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงทำการคัดเลือกกรณีที่ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมินระดับการนึกคิดและจำ (Set Test) เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ หลังจากนั้นจึงเริ่มการสัมภาษณ์

2. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการสัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยเข้าใจ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถามตามแบบสัมภาษณ์ และให้ผู้ป่วยตอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยเขียนคำตอบของผู้ป่วยลงในแบบสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เรียงลำดับดังนี้ 1.แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2.แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน 3.แบบสัมภาษณ์อาการอ่อนล้า 4.แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ 5.แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ ประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน

3. เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ใช้สถิติแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้รายได้ อาการสำคัญที่มาพบแพทย์ โรคร่วม ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การรักษาที่ได้รับ สภาพการไหลเวียนเลือดส่วนปลายภายหลังการรักษา การสูญเสียอวัยวะก่อนการรักษา การหายของแผลขาดเลือดเรื้อรัง และอาการแสดงภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการมีอาการสำคัญก่อนมาพบแพทย์ และระยะเวลาหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

2. ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

3. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ระหว่างอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

Copyright by Mahidol University

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งหมด 78 ราย โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลศิริราชเพียงแห่งเดียว เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้จากโรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ผู้วิจัยได้พบนั้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50) มีช่วงอายุ 41 - 89 ปี อายุเฉลี่ย 68.9 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 66.7) และไม่ได้ประกอบอาชีพภายหลังการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง (ร้อยละ 64.1) มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 44.9) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 26.9) และมีความเพียงพอของรายได้ทั้งต่อรายจ่ายในครอบครัวและค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 88.3)

ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.7) มีอาการสำคัญก่อนมาพบแพทย์ คือ มีเนื้อเยื่อเน่าตายและแผลขาดเลือดที่เท้า (ร้อยละ 57.7) มีอาการปวดขาขณะเดิน (ร้อยละ 35.9) และและปวดขาขณะพัก (ร้อยละ 32.1) โดยพบกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญนานกว่า 60 วัน ก่อนมาพบแพทย์ มากที่สุด (ร้อยละ40.8) และพบผู้ป่วยถูกตัดนิ้วเท้าหรือเท้าบางส่วนออกก่อนได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (ร้อยละ 33.3) การรักษาที่ได้รับมากที่สุด คือ การทำ Percutaneous transluminal angioplasty with stent (ร้อยละ 55.5) และภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง พบผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ที่มาติดตามการรักษามีระยะเวลาภายหลังได้รับการรักษาฯ 1 - 6 เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 30.8) รองลงมา คือ ระยะเวลา 7 - 12 เดือน (ร้อยละ 20.5)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean= 3.85, SD = 0.37) โดยมีด้านเฝ้าระวัง การป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับประทานยาและจัดการกับผลข้างเคียง ด้านการติดตามการตรวจรักษา ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม ด้านการดูแลเท้า และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี (mean = 3.53 - 4.30, SD = 0.59 - 1.17) ส่วนด้านการจัดการกับสภาวะอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างดี (mean = 3.32, SD = 0.74)

อาการอ่อนล้า พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (mean = 2.48, SD = 1.55) โดยผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าด้านร่างกายและจิตใจ ด้านสติปัญญาและอารมณ์ ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง และด้านการให้ความหมายอยู่ในระดับเล็กน้อย (mean = 1.70 - 3.33, SD = 1.51 - 2.13)

Copyright by Mahidol University

การรับรู้ความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีการรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 5.37, SD = 1.62) โดยมีด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.91- 6.16, SD = 1.56 - 3.30)

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดี (mean = 3.64, SD = 0.63) โดยด้านสัมพันธภาพอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 4.01, SD = 0.61) แต่การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างดี (mean = 3.40, SD = 0.73)

อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วยและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ได้ร้อยละ 10 (R^2 = .10, p < .05) ซึ่งอาการอ่อนล้าสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -.303, p < .05)

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean = 3.85, SD = 0.37) (ตารางที่ 4.5) สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.3) เกิดอาการแสดงของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันมาก่อนการรักษา (ตารางที่ 4.2) โดยมีอาการตั้งแต่ปวดขาขณะเดิน (ร้อยละ 35.9) ปวดขาขณะพัก (ร้อยละ 32.1) จนกระทั่งมีเนื้อเยื่อเน่าตายและเกิดแผลขาดเลือดเรื้อรัง (ร้อยละ 57.7) (ตารางที่ 4.2) ซึ่งอาการแสดงต่างๆ ที่เกิดขึ้นทำให้มีข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะอาการปวดขาขณะพัก เป็นอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Hirsch et al., 2006) นอกจากนี้อาการแสดงที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนกระทั่งทำให้ต้องถูกตัดนิ้วเท้าหรือหน้าเท้า (fore foots) ออกในระยะก่อนการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงคิดเป็นร้อยละ 33.3 (ตารางที่ 4.2) จึงทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์และรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในอดีตที่ไม่ดีและไม่ต้องการให้กลับเป็นซ้ำ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตมีส่วนส่งเสริมพฤติกรรมภายหลังการรักษาโดยทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น (สุพร พริ้งเพริศ, 2538)

Copyright by Mahidol University

ร่วมกับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ กับผู้ป่วยในโรคเดียวกัน เช่น แลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการ การรักษา และการดูแลตนเอง เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีข้อมูลในเรื่องนั้นๆ เพิ่มมากขึ้น ร่วมกับผู้ป่วยทุกคนได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ว่าการรักษาที่ได้รับเป็นเพียงช่วยบรรเทาอาการและเพิ่มเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของแผลขาดเลือดเรื้อรังที่เท้าเพื่อให้แผลหาย และอาจมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้หากไม่มีการดูแลจัดการตนเองให้ถูกต้อง ซึ่งการมีความรู้ทำให้ผู้ป่วยสามารถติดตามเฝ้าระวัง และควบคุมตนเองได้ จนทำให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม (Li, Jiang & Lin, 2013) ตลอดจนส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีขึ้นได้ (Tschopp et al., 2002) นอกจากนี้ข้อมูลการสัมภาษณ์เพิ่มเติม ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่า “อาศัยอยู่กับลูกหลาน พวกเขาจะเป็นคนพามาหาหมอ คอยเตือนในเรื่องการดูแลตัวเอง ช่วยจัดยาและจัดหาอาหารให้กิน ซึ่งส่วนมากจะเป็นอาหารแบบจืดๆ” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหลอดเลือดแดง ส่วนปลายตีบตันฯ มีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวร่วมด้วย ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น (สมฤทัย เพชรประยูร, 2555) รวมทั้งทำให้เกิดการจัดการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (ภาวนา กีรติยุตวงษ์ และสมจิต หนุเจริญ, 2553) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงสามารถอธิบายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า มีการจัดการตนเองในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม ด้านการรับประทานยาและจัดการผลข้างเคียงของยา และด้านการติดตามการตรวจรักษา อยู่ในระดับดีได้

นอกจากนี้ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.2) มีระยะเวลาภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง มานาน 7 - 57 เดือน (ตารางที่ 4.3) ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการจัดการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น (รัตนา แตงรอด และคณะ, 2552) รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงมานานหลายปี เช่น มีโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 80.8) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 71.8) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 66.7) (ตารางที่ 4.4) ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ มีความรู้ในการจัดการตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคยิ่งขึ้นด้วย เช่น การดูแลเท้า และการออกกำลังกาย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับดีด้วยเช่นกัน นอกจากนี้อาการแสดงของโรคดังได้กล่าวข้างต้นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายเท่านั้นแต่ยังมีผลกระทบต่ออารมณ์และบทบาททางสังคมด้วย (Treat-Jacobson et al., 2002; Wann-Hansson et al., 2005; Hirsch et al., 2006) รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.4) เป็นวัยสูงอายุที่มีอายุ 61 - 89 ปี (ตารางที่ 4.1) ซึ่งต้องอาศัยเวลาในการปรับเปลี่ยนด้านอารมณ์และ

Copyright by Mahidol University

สังคม (Wann-Hansson et al., 2005) จึงทำให้ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีการปรับพฤติกรรมด้านการจัดการกับสภาวะอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างดีเพียงด้านเดียว แต่อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมของพฤติกรรมการจัดการตนเองพบว่าอยู่ในระดับดี การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงต่ำกว่าขาหนีบอุดตัน ที่พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นเรื่อยๆ โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 60 (รัตนา แตงรอด และคณะ, 2552) นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีลักษณะการดูแลใกล้เคียงกัน เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี (สุภาพร เพชรอาวุธ และคณะ, 2553) และมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง (Searle et al., 2007) และในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (แสงรวี มณีศรี, 2553) พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

2. อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

อาการอ่อนล้า

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (mean = 2.48, SD = 1.55) (ตารางที่ 4.6) สามารถอธิบายได้ว่า อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นอาจสืบเนื่องจากปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าตั้งแต่ระยะก่อนการรักษา ได้แก่ มีอาการแสดงตั้งแต่ปวดขาขณะเดิน(ร้อยละ 35.9) ปวดขาขณะพัก (ร้อยละ 32.1) จนกระทั่งมีเนื้อเยื่อเน่าตายและเกิดแผลขาดเลือดเรื้อรัง (ร้อยละ 57.7) (ตารางที่ 4.2) ซึ่งอาการดังกล่าวล้วนเป็นข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเฉพาะการเดิน ทำให้ผู้ป่วยเดินได้ระยะทางลดลงจนกระทั่งไม่สามารถเดินได้ นอกจากนี้ยังพบว่า อาการแสดงต่างๆ นั้นเกิดก่อนมาพบแพทย์นานกว่า 60 วัน (ร้อยละ 40.8) (ตารางที่ 4.2) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเดินมาเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้กล้ามเนื้อขาถูกใช้งานลดลง และส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและมวลของกล้ามเนื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการลดลงของมวลกล้ามเนื้อ และการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนล้า (Piper et al., 1987; Piper, 2003) โดยเฉพาะการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดอาการอ่อนล้าได้มากขึ้น (Cook, Molton, & Mark, 2011) นอกจากนี้อาการปวดที่เกิดขึ้นยังเป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการอ่อนล้าได้เช่นกัน (Puranasamriddhi, 2009) โดยเฉพาะ

Copyright by Mahidol University

อาการปวดขณะพัก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ (ศิริพร เลาหสุวรรณพานิช, 2546) และเป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการอ่อนล้าได้มากขึ้น (Piper et al., 1987) แต่เมื่อได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงซึ่งเป็นวิธีที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายค่อนข้างน้อย จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวได้เร็ว(อรรถพร ปริวงศ์ไพศาล และกฤตยา กฤตยากีรณ, 2552; Egorova et al., 2010) รวมทั้งเป็นการรักษาเพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่ออวัยวะส่วนปลาย และช่วยบรรเทาอาการปวดขา ทำให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้ไกลขึ้น มีเรี่ยวแรง และมีพลังงานมากขึ้น อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นจึงทุเลาลงด้วย แต่อย่างไรก็ตามภายหลังได้รับการรักษาอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นไม่สามารถลดลงไปได้ทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยส่งเสริมการเกิดอาการอ่อนล้ายังคงอยู่ โดยจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง ยังคงมีอาการปวดแผลขาดเลือดเรื้อรัง/ชาบริเวณเท้า/ปวดขาขณะเดิน/ปวดบริเวณสะโพกอยู่ร้อยละ 51.3 (ตารางที่ 4.3) และยังคงมีแผลขาเลือดเรื้อรังที่ขาอยู่ ร้อยละ 51.1 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในการเดินและการเคลื่อนไหวร่างกายได้ไม่เต็มที่ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าร่างกายยังไม่แข็งแรงดีพอ ยังคงมีอ่อนเพลีย ขาดเรี่ยวแรง ขาดพลังงาน และมีความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายอยู่บ้าง จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ยังคงมีการรับรู้ถึงอาการอ่อนล้าทางด้านร่างกายและจิตใจด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง และให้ความหมายกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับเล็กน้อย นอกจากนี้อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้น มีความเกี่ยวข้องกับสาร serotonin (Swain, 2000; McGuire et al., 2003) ซึ่งการเปลี่ยนแปลง ของสารนี้จะมีผลต่อการเรียนรู้ ความจำ และการควบคุมอารมณ์ได้ลดลง (Riedel et al., 2002) จึงทำให้ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง มีอาการอ่อนล้าทางด้านสติปัญญาและอารมณ์อยู่ในระดับเล็กน้อยด้วย จากข้อมูลดังกล่าวจึงสามารถอธิบายผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับเล็กน้อยได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Galloway และคณะ (1995) ที่พบว่า ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด มีคะแนนเฉลี่ยของอาการอ่อนล้าเท่ากับ 32.5 คะแนน ซึ่งประเมินอาการอ่อนล้าด้วย Visual Analogue Scales (VAS) มีคะแนน 0-100 คะแนน จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดอื่นๆ เช่น จากการศึกษาของ Bunnag (2004) พบว่า ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62) มีอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน

Copyright by Mahidol University

การรับรู้ความความเจ็บป่วย

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีการรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 5.37, SD = 1.62) (ตารางที่ 4.6) สามารถอธิบายได้ว่าก่อนเข้ารับการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.4) มีอาการแสดงของโรคตั้งแต่ปวดขาขณะเดินจนกระทั่งมีเนื้อเยื่อเน่าตายและเกิดแผลขาดเลือดเรื้อรัง (ตารางที่ 4.2) อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอาการปวดขาขณะพักจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก (Hirsch et al., 2006) ซึ่งจากการศึกษา พบผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่มีอาการปวดขาขณะพักร้อยละ 32.1 แต่เมื่อได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยบรรเทาอาการปวดและส่งเสริมการหายของแผลขาดเลือดเรื้อรัง รวมทั้งเป็นวิธีการรักษาที่มีแผลผ่าตัดขนาดเล็ก ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อย จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็ว (อรรถพร ปริวงศ์ไพศาล และกฤตยา กฤตยากีรณ, 2552; Egorova et al., 2010) ประกอบกับผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีแผลขาดเลือดเรื้อรังก่อนการรักษา ปัจจุบันยังมีแผลอยู่ร้อยละ 51.1 ซึ่งแผลนั้นดีขึ้นไม่มีการติดเชื้อลุกลาม และแผลหายแล้วอีกร้อยละ 48.9 (ตารางที่ 4.3) และนอกจากนี้ภายหลังการรักษาด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ไม่มีอาการปวดขาแล้ว ร้อยละ 48.7 และยังมีอาการปวดขา/ชาเท้า/ปวดแผลเรื้อรังที่เท้าอยู่ร้อยละ 51.3 (ตารางที่ 4.3) ซึ่งข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยบอกว่า “หลังรักษาแล้วอาการปวดลดลง นอนหลับได้ กินได้ เดินได้ไกลขึ้น ประมาณ 30 - 500 เมตร ทำอะไรเองได้มากขึ้น” จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีอาการแสดงต่างๆ ทุเลาลงและสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นภายหลังการรักษา จึงทำให้รู้สึกถึงความรุนแรงของอาการ และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตไม่มาก สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ดูแลตนเองได้มากขึ้น ร่วมกับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ได้ผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย และผ่านขั้นตอนการรักษามาแล้วทำให้มีข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง และการรักษามาบ้าง จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนี้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ได้มีผลกระทบเพียงด้านร่างกาย แต่ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจด้วย (Treat-Jacobson et al., 2002; Hirsch et al., 2006) ซึ่งจากข้อมูลการสัมภาษณ์เพิ่มเติม มีผู้ป่วยร้อยละ 76.9 (60 ราย จาก 78 ราย) ที่บอกว่า “มีการตีบตันของหลอดเลือดแดงที่ขาทั้งสองข้าง” และผู้ป่วยบอกว่า “ถึงแม้อาการจะหายหรืออาการดีขึ้นแล้ว แต่ก็ยังรู้สึกกังวล กลัวจะกลับเป็นซ้ำอีก/กลัวถูกตัดขา/กลัวเป็นภาระให้ลูกหลาน/มีหงุดหงิด/บางครั้งรู้สึกโกรธตัวเอง/รู้สึกผิดที่ไม่ได้ดูแลตัวเองให้ดีก่อนหน้านี้/รู้สึกไม่แน่นอน/รำคาญใจ/เครียด/รู้สึกซึมเศร้า” จากข้อมูลแสดงให้

Copyright by Mahidol University

เห็นได้ว่า จากการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.6) ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบในระดับปานกลางด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (แสงรวี มณีศรี, 2553) พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการตอบสนองทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

จากผลการศึกษา พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดี (mean = 3.64, SD = 0.63) (ตารางที่ 4.6) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการมาตรวจและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ที่มาติดตามการรักษา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.2) มีระยะเวลาหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงมานาน 7 - 57 เดือน (ตารางที่ 4.3) จึงทำให้เจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยได้รู้จักและคุ้นเคยกัน ทำให้สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันได้ง่ายขึ้น ร่วมกับการแสดงออกทางสัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย เช่น มีการกล่าวทักทาย แสดงกิริยาท่าทางต้อนรับอย่างเป็นมิตร มองสบตาขณะสนทนา ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามและมีการรับฟังอย่างตั้งใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องการให้เกิดขึ้น (Abdulhadi et al., 2007) จึงส่งผลให้ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี สำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกันตัดสินใจในการรักษา แพทย์/พยาบาลได้มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และมีการตัดสินใจร่วมกันในทุกระยะของการรักษา แต่เนื่องจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะเป็นคนละกลุ่ม และยังไม่มีการวางแผนร่วมกันอย่างครบวงจร รวมทั้งยังไม่มีรูปแบบการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงอาจจะทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ หรือการอธิบายไม่ครบถ้วน ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.4) เป็นวัยสูงอายุที่มีอายุ 61 - 89 ปี (ตารางที่ 4.1) จึงอาจจะทำให้จำข้อมูลหรือรายละเอียดที่แพทย์/พยาบาลแนะนำได้ไม่หมดในครั้งเดียว ดังนั้นจึงทำให้การสื่อสารด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกันตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี แต่โดยภาพรวมของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพแล้ว พบว่า อยู่ในระดับดี การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีลักษณะการดูแลใกล้เคียงกัน เช่น ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (สุภาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ, 2553) ที่พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดีเช่นกัน

Copyright by Mahidol University

3. อำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

ผลการศึกษา พบว่า อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาการอ่อนล้าสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -.303, p <.05) เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan และ Sawin (2009) ที่ผู้วิจัยใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยโดยเน้นพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคล ซึ่ง Ryan และ Sawin (2009) ได้กล่าวไว้ว่า บริบทของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง เป็นเงื่อนไขจำเพาะที่จะส่งผลต่อการจัดการตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้อาการอ่อนล้าจัดอยู่ในบริบทของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ซึ่งเป็นความซับซ้อนของเงื่อนไขจำเพาะ (complexity of condition) ทางด้านสรีรวิทยา ลักษณะโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ตามเงื่อนไข ที่จะส่งผลกระทบต่อประเภทและลักษณะของพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

อาการอ่อนล้า พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.219, p < .05) (ตารางที่ 4.8) หมายถึง ถ้ามีอาการอ่อนล้ามาก ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่ดี แต่ถ้ามีอาการอ่อนล้าน้อย ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีมาก ซึ่งอาการอ่อนล้าเป็นความซับซ้อนจากปัจจัยทางด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านจิตใจ (Piper et al., 1987) โดยอาการอ่อนล้าเกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของ Corticotropin-releasing hormone (CRH) และผลจากภาวะเครียดเรื้อรังซึ่งพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า โดยภาวะเครียดเรื้อรังมีผลไปกระตุ้นสมองส่วนไฮโปธาลามัส (hypothalamus) ให้เกิดการหลั่งสาร Corticotropin-releasing hormone (CRH) ซึ่งจะไปกระตุ้นสมองส่วน Anterior Pituitary ส่งผลให้ระบบประสาท ไฮโปธาลามิก-พิทูอิทารี-ต่อมหมวกไต (Hypothalamic-pituitary-adrenal axis) ถูกกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร adrenocorticotropic hormone (ACTH) ซึ่งมีผลต่อการกระตุ้น cortisol hormone (Swain, 2000) ส่งผลให้เกิดกระบวนการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น มีการสลายมวลของกล้ามเนื้อมากขึ้น จนกระทั่งส่งผลให้ร่างกายเกิดอาการอ่อนล้า รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง และขาดพลังงานตามมา (Piper, 2003) นอกจากนี้อาการอ่อนล้ายังเกี่ยวข้องกับการหลั่งสาร serotonin (Swain, 2000) ซึ่งจะมีผลต่อการเรียนรู้ ความจำ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ลดลง ทำให้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตร

Copyright by Mahidol University

ประจำวันลดลง (Ream & Richardson, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อาการอ่อนล้าในประชากรผู้สูงอายุซึ่งมีอายุระหว่าง 65 - 98 ปี จำนวน 1,055 ราย ในกลุ่มที่มีอาการอ่อนล้านั้นส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ทางร่างกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Vestergaard et al., 2009) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคถุงลมปอดโป่งพองเรื้อรัง พบว่า อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีกิจวัตรประจำวัน ($r = -.219$, $p < .05$) (Cantley, 2001) และในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่พบว่า อาการอ่อนล้าที่แสดงออกถึงความอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494$, $p <.01$) (วาสนา สุวรรณรัศมี, 2555) ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมนับเป็นพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่า อาการ อ่อนล้าทำให้เป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเอง (Jerant et al., 2005) นอกจากนี้อาการอ่อนล้ายังส่งผลต่อการปรับตัวและจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายได้น้อยลงด้วย (Casillas et al., 2006) จึงกล่าวได้ว่า อาการอ่อนล้าเป็นความซับซ้อนของเงื่อนไขจำเพาะที่ส่งผลกระทบต่อประเภทและลักษณะของพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง จากข้อมูลที่มากล่าวมาข้างต้นจึงสามารถอิบายได้ว่า อาการอ่อนล้าร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความเจ็บป่วย จัดอยู่ในกระบวนการจัดการตนเอง ตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan และ Sawin (2009) จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ แต่พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .366$, $p < .01$) (ตารางที่ 4.8) ซึ่งหมายถึง ถ้ามีการรับรู้ความเจ็บป่วยน้อยจะส่งผลให้มีอาการอ่อนล้าน้อย แต่หากการรับรู้ความเจ็บป่วยมากจะทำให้อาการอ่อนล้ามาก สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการรับรู้ความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Edwards et al., 2001) ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะเครียดเรื้อรัง โดยภาวะเครียดเรื้อรังมีผลทำให้สมองส่วนไฮโปธาลามัส (hypothalamus) ถูกกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร Corticotropin-releasing hormone (CRH) (Swain, 2000) ซึ่งการหลั่งสารนี้ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนล้าดังได้กล่าวข้างต้น สอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดอาการอ่อนล้าได้ โดยเฉพาะการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (Edwards et al., 2001) จากข้อมูลดังกล่าวนี้จึงสามารถอธิบายถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยที่มีผลต่อการเกิดอาการอ่อนล้าที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อประเภทและ

Copyright by Mahidol University

ลักษณะของพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง จากข้อมูลดังกล่าวจึงสามารถอธิบายผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีส่วนร่วมในการเข้าไปทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งจัดอยู่ในกระบวนการจัดการตนเองตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan และ Sawin (2009) จากการศึกษาพบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ (ตารางที่ 4.8) แต่พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.300$, $p<.01$) (ตารางที่ 4.8) หมายความว่า ถ้าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมาก ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยมาก แต่หากมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพน้อยจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยน้อย สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารข้อมูลข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรค จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงนั้น มาประกอบกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะเจ็บป่วย (Leventhal & Cameron, 1987; Ryan & Sawin, 2009) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงจากความเจ็บป่วยมาก และเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น ซึ่งความวิตกกังวลเป็นปัจจัยหนึ่งส่งเสริมให้เกิดการอ่อนล้าได้ (Edwards et al., 2001) และอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองดังได้กล่าวข้างต้น จากข้อมูลดังกล่าวจึงสามารถอธิบายการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมีส่วนเข้าไปร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นตัวแปรที่มีส่วนร่วมในการเข้าไปทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ โดยมีตัวแปรอื่นๆ ร่วมทำนายด้วย ได้แก่ อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัวและเพศ ซึ่งตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 34.4 (สุภาพร เพชรอาวุธ และคณะ, 2553)

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าจากกรอบทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self-Management Theory) ของ Ryan และ Sawin (2009) ที่ผู้วิจัยใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยสำคัญ คือ อาการอ่อนล้า ซึ่งจัดอยู่ในบริบทปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง (risk and protective factor) โดยเป็นความซับซ้อนของเงื่อนไขจำเพาะ (complexity of condition) ที่จะส่งผลกระทบต่อประเภทและลักษณะของพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านกระบวนการนั้นสามารถร่วมกันในส่งเสริมการเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองได้

Copyright by Mahidol University

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. จากผลการศึกษา พบว่า อาการอ่อนล้าเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกต้องให้ความสำคัญในปัญหาอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ เป็นอย่างมาก โดยประเมินอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงในช่วงก่อนและหลังการรักษาทั้งในระยะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและระยะที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพื่อวางแผนจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นให้มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง

2. จากผลการศึกษาพบพฤติกรรมการจัดการตนเองทุกด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่อยู่ในระดับค่อนข้างดี ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจึงควรมีการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการกับสภาวะอารมณ์ให้ดียิ่งขึ้น

3. จากการศึกษาพบการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการร่วมตัดสินใจอยู่ในระดับค่อนข้างดี ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกควรมีการพัฒนาระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน การรักษาและการดูแลจัดการตนเองอย่างชัดเจนและครบถ้วน โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อแรกพบแพทย์ ระยะก่อนการรักษาและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ตลอดจนระยะที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยมีการเชื่อมโยงและประสานความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพในแต่ละระยะอย่างเป็นระบบและครบวงจร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและเหมาะสม และสามารถนำข้อมูลนี้ไปเป็นพื้นฐานสำหรับใช้ในการร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล แต่เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะมีปัญหาในด้านการจดจำข้อมูล ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อให้สามารถร่วมดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

4. จากการศึกษาพบผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ มีการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และพบผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันฯ ที่ไม่ทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันถึงร้อยละ 44.9 และพบว่าส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่ออาการของโรครุนแรงจนกระทั่งมีอาการของภาวะขาขาดเลือดขั้นวิกฤติ ทำให้ต้องสูญเสียนิ้วเท้าหรือหน้าเท้าบางส่วนไปก่อนการรักษา ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกควรมี

Copyright by Mahidol University

การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยให้มากขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่เข้ามารับการรักษาและภายหลังการรักษา

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดงภายใต้กรอบทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan และ Sawin (2009) เช่น การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน การเข้าถึงบริการสุขภาพ อายุ และระยะเวลาภายหลังได้รับการรักษา เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง อีกครั้ง โดยปรับเปลี่ยนการประเมินปัจจัยเหล่านี้ ซึ่งอาจจะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำนายมากขึ้น โดยประเมินอาการอ่อนล้าในเชิงกายภาพที่วัดอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยให้ชัดเจน การรับรู้ความเจ็บป่วยควรมีการประเมินให้ละเอียดมากขึ้น และควรประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพถึงข้อมูลที่ได้สื่อสารระหว่างกันอย่างชัดเจนโดยเน้นการแลกเปลี่ยนข้อมูลของโรคให้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาถึงการสร้างสื่อโดยนำเทคโนโลยีมาใช้ สำหรับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้มีแบบแผนการให้ข้อมูลที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน

4. ควรมีการศึกษาถึงกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Copyright by Mahidol University

FACTORS PREDICTING SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS OF PATIENTS WITH PERIPHERAL ARTERIAL OCCLUSIVE DISEASE POST-ENDOVASCULAR THERAPY

SUNUNTHA TONKLAI 5337940 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUVIMOL KIMPEE, M.Ed. (RESEARCH), SUPORN DANAIDUTSADEEKUL, D.N.S., CHUMPOL WONGWANIT, M.D., KESSIRI WONGKONGKAM, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Peripheral arterial occlusive disease (PAOD) is a chronic illness that is commonly found in patients with vascular problems. The most common cause of peripheral arterial occlusive disease is a manifestation of atherosclerosis, which is caused when artery walls become thickened due to accumulation of plague. Over time, plague hardens and the arteries become narrow, causing arterial stenosis and occlusion, which restricts blood flow to lower extremities, leading to leg pain when walking, or intermittent claudication, which affects patients' ability to carry out activities of daily living. When arterial stenosis becomes so severe, critical limb ischemia (CLI) is occurred. Critical limb ischemia is a progressive disease which is characterized by rest pain, gangrene, and chronic ischemic ulcer. It is a condition that puts patients at risks of limb amputation and considered life-threatening. The incidence rates of peripheral arterial occlusive disease tend to increase among elderly patients (Hirsch et al., 2006), particularly in Thailand, which are moving toward elderly society and where the number of ageing population is rapidly and continuously increasing. It has been estimated that the trend of elderly persons will increase from 8% in 2000 to 16% by the year 2020 (Siriwan Siriboon & Chanettee Milinthankool, B.E. 2551).

Copyright by Mahidol University

Endovascular therapy is a method that is frequently used to treat peripheral arterial occlusive disease. It helps increase blood flow to the peripheral limbs, improves chronic limbs ischemia, and relieves leg pain (Uthaporn Pariwongpaisal & Kritaya Kritayateeron, B.E. 2552; Hirsch et al., 2006). However, peripheral arterial occlusive disease is a chronic illness that has complexity of condition. Even though the narrowing of the arteries has already been corrected, the risk factors of the disease remain unchanged, putting patients at risks of recurrence. Recurrence of peripheral arterial occlusive disease not only affects the patients and their family, but it also causes the country to lose a huge amount of budget to cover medical expenses. Thus, the main purpose of the practice guideline to manage peripheral arterial occlusive disease after endovascular therapy is to control risk factors of the disease, as well as to monitor and manage complications to prevent aggravation of the disease (Sol et al., 2005; Hirsch et al., 2006; Norgren et al., 2007; Anderson et al., 2013). A review of literature has revealed that the patients with peripheral arterial occlusive disease who have experienced lower extremity revascularization have increasing risk factors of the disease and its recurrences (Egorova et al., 2010). In addition, it has been reported that 62.5% of the patients undergoing an infrainguinal bypass have HbA_1C level higher than normal conditions (more than 7%), 47.3% of the patients had LDL levels greater than a normal level, 73.6% of the patients had blood pressure higher than 130/80 mmHg, and 36.3% of them had never exercised (Rattana Tangrod et al, B.E. 2552). All of these are risk factors of peripheral arterial occlusive disease, part of which are related to health behaviors. It is widely accepted that good health behavior can control risk factors of the disease. However, in order for individuals to have good health behaviors, they need to have appropriate self-management behaviors that suit their illness conditions and their lifestyles.

Promotion of self-management behaviors is considered to be an important strategy for chronic illness patients to reduce possible complications and prolong the prognosis of the disease (Sol et al., 2010). Nurses play an important role to promote appropriate self-management behaviors among patients (Koivunen & Lukkarinen, 2006; Sol et al., 2005). For this reason, nurses need to have understanding of self-management behaviors and factors influencing self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease after they have undergone endovascular

Copyright by Mahidol University

therapy. In the present study, self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy were investigated under the theoretical framework of the Individual and Family Self-Management Theory (Ryan & Sawin, 2009), which places an emphasis on self-management of patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy. An extensive review of literature has shown that currently there is little research conducted with patients with peripheral arterial occlusive disease. Nonetheless, studies that have been carried out with other groups of chronic illness patients have revealed that there are many factors that affect self-management behaviors of chronic patients (Supaporn Petcharwuth, B.E. 2553; Cleary-Jones, 2011; Dennison et al., 2011; Lin, Katon & Rutter, 2004; Ryan & Sawin., 2009). In this study, three factors were selected. The factors were fatigue, illness perception, and patient-provider communication.

Fatigue can be found in 32% to 92% of patients with a chronic illness (Bol et al., 2010; Mayoux-Benhamou, 2006; Vestergaard et al., 2009). In general, patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing revascularization experience fatigue both before and after hospital discharge (Galloway et al., 1995). Fatigue limits patients' physical movements and reduces their ability to carry out activities of daily living and health-promoting activities such as self-management of dietary control and exercise (Fritschi & Quinn, 2010). However, exercises, particularly walking, promote blood flow to peripheral limbs. In addition, a review of literature has shown that effectiveness of self-management depends on illness perception of patients such as perceived identity, causes, timeline, consequences, controllability/ curability of illness, and emotional representation (Leventhal & Cameron, 1987; Sangrawee Maneesri, B.E. 2553). It is directly related to self-management behaviors, both positively and negatively (Methakanjanasak, 2005; Rujisatian, 2009). Furthermore, patient-provider communication is seen as a process which allows patients to receive health information for appropriate decision-making to have self-management. Generally, the patients with peripheral arterial occlusive disease have a complexity of condition that requires a great amount of care, and most of the patients are elderly persons (Pramuk Mutirangkurn et al., B.E. 2549), so effective patient-provider communication is deemed necessary.

Copyright by Mahidol University

It can be seen that the aforementioned factors are all important for patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy. Therefore, the present study aimed at investigating the predictive power of fatigue, illness perception, and patient-provider communication to predict self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy so as to derive at better understanding of the phenomenon that take places while patients are undergoing a transition in the later phase of therapy. It was anticipated that the study findings could be used as baseline data to develop nursing care practices that can ensure continuity of care to promote patients' self-management behaviors that are suitable for the disease and their lifestyles to prolong the prognosis of the disease and ensure their good health, which can reduce rates of recurrence and in turn lead to more well-being and better quality of life.

Purposes of the study

1. To investigate self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy.
2. To explore fatigue, illness perception, and patient-provider communication of patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy.
3. To determine predictive power of fatigue, illness perception, and patient-provider communication to predict self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy.

Research Hypothesis

Fatigue, illness perception and patient-provider communication can predict self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy.

Copyright by Mahidol University

Research Methodology

This study was performed using a descriptive research design aiming at investigating the predictive power of fatigue, illness perception, and patient-provider communication on self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy.

Population and Sample were male and female patients with peripheral arterial occlusive disease who were older than 18 years old who had undergone endovascular therapy and had follow-up examinations as outpatients at Siriraj Hospital, Phramongkutklao Hospital, and Ramathibodi Hospital. The study sample was selected based on the following inclusion criteria:

The inclusion criteria were patients with peripheral arterial occlusive disease who received the first round of endovascular therapy, who were able to listen and answer questions, and had normal cognition. In case they were 60 years of age and older, they were screened for cognitive impairment using the Set Test. A cut-off point was the score of 25 or over, and the patients were determined as having normal cognition.

The exclusion criteria were patients peripheral arterial occlusive disease who had received major amputation before endovascular therapy, i.e. paralysis patients.

Sample size was calculated by the Power Analysis for Multiple Regression (Polit & Beck, 2008), by setting reliability at significant level (∞) of .05, the level power at .08 and the medium effect size (R^2) of .13. The total number of subjects was 78.

Research Instruments

Part I: The instruments for cognitive screening

The Set Test was developed by Isaacs and Akhtar (1972) to assess cognitive function performed by asking participants to name as many items as the patients recalled in four common sets of animals, fruits, colors, and towns. The possible maximum score for each set was 10, and the total score was 40. The Set Test was used to assess the study sample who were 60 years old or older. A cut-off point was set at 25 points. In this study, the set test was used to assess 65 subjects who were 60

Copyright by Mahidol University

years older or older. The minimum score of the test was 26 points, and the maximum score was 40 points.

Part II: The instruments for data collection

1. A demographic characteristics interview protocol was used to elicit personal data of the subjects which were gender, age, hometown, marital status, education, occupation, income versus living expenses, and medical expenses. Clinical characteristics and treatment data which were elicited were as follows: pre-treatment data included chief complaints, duration of chief complaints, type and position of arterial occlusion, status of foot organs, and types of intervention therapy, while post-treatment data consisted of duration after undergoing endovascular therapy, arterial wave form, ischemic ulcer healing, symptom presentation at one month ago, co-morbidities, and risk factors.

2. The self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy were elicited by means of the interview. The interview protocol was developed by the researcher based on a review of literature. The instrument consisted of 29 items which covered risk factors and concurrent control, prevention, adverse events vigilance and management, foot care, medication intake and side effect management, exercise, emotional management, and treatment follow-up. The content validity index (CVI) was 0.965, and Cronbach's alpha coefficient revealed that reliability of the instrument was equal to 0.77.

3. The Revised Piper Fatigue Scale was developed by Piper et al. (1987). In this study, the Thai version of Duangrat Monthaisong (2553) was adopted. The instruments consisted of 22 items representing four domains as follows: 1) behavioral/ severity 2) affective meaning, 3) physical and psychological (sensory), and 4) cognitive/mood. Cronbach's alpha coefficient revealed that reliability of the instrument was 0.92.

4. The patient-provider communication interview protocol was applied from the patient-provider communication interview protocol which was developed by Supaporn Petharwut (B.E. 2553). The interview protocol consisted of 23 items which covered interpersonal relationship (9 items), information exchange (13 items), and

Copyright by Mahidol University

collaboration in decision-making (1 item). The content validity index (CVI) was equal to 0.95, and Cronbach's alpha coefficient revealed that reliability of the instrument was 0.92.

5. The Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) was developed by Broadbent et al. (2006) and was subsequently translated into the Thai language and back-translated by Pimpa Thepphawan (2553). The instrument consisted of eight items which were close-ended questions, presenting 3 domains of cognitive illness representation (5 items), emotional representation (2 items), and illness comprehensibility (1 item). One item of the instrument which was an open-ended question were not included in the calculation of the present study. Cronbach's alpha coefficient revealed that reliability of the instrument was 0.7.

Data Collection

Data were collected after receiving the approval letter, and permission to collect data was granted by the Institutional Review Board for Research on Human Subjects of Siriraj Hospital, Ethic Clearance Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects of Ramathibodi Hospital, and Ethic Committee for Research on Human Subjects of Phramongkutklao Hospital. The researcher collected data in the following procedures:

1. The researcher surveyed the list of patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy and who were followed up as outpatients to recruit the sample of the study. Then, the researcher introduced herself to the sample, explained the objectives, details of the research, and protection of human rights, including asking for cooperation and participation in the present research. Once the patients were willing to participate in the study, the written informed consent was made and signed. Then, screening for cognitive impairment was conducted using the Set Test, for the patients who were 60 years of age or older to recruit the sample of the study.

2. The researcher explained the data collection process to the subjects in detail and read the questions of the interview protocol to them, recording the answers on the prepared form. The sequence of the interview was as follows: 1) demographic characteristics of the subjects, 2) self-management behaviors, 3) the Revised Piper

Copyright by Mahidol University

Fatigue Scale, 4) the patient-provider communication, and 5) the Brief Illness Perception Questionnaire. The interview took about 45 minutes to 1 hour. Then, the researcher collected data from the OPD cards of the patients.

3. When the interviews ended, the researcher allowed time for questions and answers by the subjects, and the researcher thanked the subjects for their cooperation and participation in the research study.

Data Analysis

The data were analyzed by using a statistical analysis program as follows:

1. Frequency and percentage were used to analyze data regarding demographic characteristics of the subjects including gender, hometown, marital status, education, occupation, income versus living expenses, medical expenses, chief complaints, type and position of arterial occlusion, status of foot organs, types of intervention therapy, arterial wave form, limb ischemic wound healing, symptoms presentation at one month ago, co-morbidities and risk factors. Mean and standard deviation were employed to analyze data including age, duration of chief complaints, and duration after undergoing endovascular therapy.

2. Minimum-maximum, mean, and standard deviation were used to analyze data including fatigue, illness perception, patient-provider communication, and self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy.

3. Multiple regression analysis was utilized to analyze the predict power of fatigue, illness perception, and patient-provider communication on self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy.

Data were collected from a total of 78 subjects of this study, all of whom were being treated at Siriraj Hospital. The patients from Ramathibodi Hospital and Phramongkutklao Hospital were excluded because they were not matched with inclusion criteria.

Copyright by Mahidol University

Research Results

There were the same numbers of male and female patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy in this study. They ranged in age from 41 to 89 years old, with the mean age of 68.9 years old. Most of them were married (66.7%) and were unemployed after endovascular therapy (64.1%). The majority had completed elementary education (44.9%) and secondary education (26.9%). Most of them had sufficient income to cover their family living expenses and medical expenses (88.3%).

Almost all of the patients with peripheral arterial occlusive disease had chief complaints before coming to see the physician (94.7%). It was found that gangrene and ischemic ulcer (57.7%), intermittent claudication (35.9%), and rest pain (32.1%) were the most common symptoms for the subjects. The largest group of patients with peripheral arterial occlusive disease had the duration of chief complaints for more than 60 days before coming to see the physician (40.8%). Furthermore, about one-third (33.3%) had already had some of their toes or fore foot amputated before endovascular therapy. Most of them were treated with percutaneous transluminal angioplasty with stent (55.5%), and the follow-up patients with peripheral arterial occlusive disease had the duration after undergoing endovascular therapy of one to six months (30.8%), followed by seven to 12 months (20.5%).

As regards self-management behaviors of the patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy, it was found that their overall self-management behaviors was at a good level (mean = 3.85, SD = 0.37). When considering each aspect of self-management behaviors, it was found that the prevention aspect, adverse events vigilance and management aspect, medication intake and side effect management aspect, treatment follow-up aspect, control of risk factors and co-morbidity aspect, foot care aspect, and exercise aspect were good (mean = 3.53 - 4.30, SD = 0.59 - 1.17). However, there was only the emotional management aspect whose mean score was at a rather good level (mean = 3.32, SD = 0.74).

Fatigue of patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy was at a mild level (Mean = 2.48, SD = 1.55). When considering each domain of fatigue, it was found that there were the affective, the

Copyright by Mahidol University

cognition and emotion, the behavior/severity, and the meaning of fatigue domains, which were at a mild level (Mean = 1.70 - 3.33, SD = 1.51 - 2.13).

Illness perception of patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy was at a moderate level (Mean = 5.37, SD = 1.62). When considering each aspect of illness perception, it could be seen that the illness perception, the emotional representation, and the comprehensiveness of illness were moderate (mean = 3.91 - 6.16, SD = 1.56 - 3.30).

Patient-provider communication of patients with peripheral arterial occlusive disease after undergoing endovascular therapy was at a good level (mean = 3.64, SD = 0.63). When considering each aspect of patient-provider communication, it was found that the score of the relationship aspect was moderate (mean = 4.01, SD = 0.61), and the score of information exchange and decision-making was a rather good level (mean = 3.40, SD = 0.73).

Fatigue, illness perception, and patient-provider communication could be used to predict self-management behaviors in 10 % (R^2 = .10, $p < .05$). Fatigue was the factor that could predict self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease, post-endovascular therapy, with statistical significance (β = -.303, $p < .05$).

Discussion of Findings

1. Self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease post-endovascular therapy

The study findings showed that patients with peripheral arterial occlusive disease had overall self-management behaviors at a good level (mean = 3.85, SD = 0.37) (Table 4.5). This could be explained that most of the patients, or 87.3%, had encountered symptoms of peripheral arterial occlusive disease before they sought treatment (Table 4.2). Their symptoms included intermittent claudication (35.9%), rest pain (32.1%), and gangrene and ischemic wound (57.7%) (Table 4.2). These symptoms generally limit physical functioning of patients with peripheral arterial occlusive disease, particularly rest pain, which causes a great deal of suffering to patients (Hirsch et al., 2006). In addition, the symptoms may increase in their severity

Copyright by Mahidol University

until patients may require amputation of the toes or fore foots before undergoing endovascular therapy. In this study, 33.3% of the subjects had to have such an amputation (Table 4.2), so they had experience and perceived poor health in the past that made them avoid recurrences. In fact, perceived health in the past promotes health behaviors after undergoing a therapy because it makes patients more interested in healthcare and adopt more self-care behaviors (Suporn Pringpurd, B.E. 2538). Besides, peripheral arterial occlusive disease is a chronic condition that requires continuous treatment, so patients have a chance to share experiences and exchange ideas with patients who have the same disease such as symptom experiences and experiences with treatment and self-care, etc. Thus, patients have more information about their illness. In addition, all patients are generally informed that their disease that the treatment provided to them is aimed at relieving the symptoms and increasing blood flow to the ischemic ulcer on their feet to heal them, and recurrences are possible if they do not have correct or appropriate self-care practices. Having sufficient knowledge enable patients to monitor, observe, and control themselves, so they can have appropriate self-management behaviors (Li, Jiang, & Lin, 2013) and better behaviors to control the disease (Tschopp et al., 2002). Furthermore, according to the additional interviews conducted in this study, most of the patients explained that they “live with my children and grandchildren, and they take me to the doctor. They remind me of self-care practices, help me prepare for medication and meals, which mostly have a bland taste.” This means that patients with peripheral arterial occlusive disease have a source of social support in their family. Social support from family enables patients to have better self-care (Somruthai Petchprayoon, B.E. 2555) and more continuous self-management behaviors (Pawana Keeratiyuttawong & Somchit Hanucharunkul, B.E. 2553). Such data could explain self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease in this study in the monitoring, preventing, and managing complications aspect, the control of risk factors and co-morbidity aspect, the medication intake and management of medication side effects aspect, and the following up of treatment aspect, which were all at a good level.

In addition, most of the patients with peripheral arterial occlusive disease (69.2%) had been treated with endovascular therapy for seven to 57 months (Table 4.3), so they had sufficient time to learn about self-management. When patients have to

Copyright by Mahidol University

live with a disease for a long time, they will develop better self-care behaviors (Rattana Tangrod et al., B.E. 2552). Including, most of the patients in this study had co-morbidities which were risk factors of peripheral arterial occlusive disease for a long time such as hypertension (80.8%), dyslipidemia (71.8%), and diabetes mellitus (66.7%) (Table 4.4), so they had more experience, knowledge of self-management, and suitable behavioral adaptation such as foot care and exercise. For this reason, they had a good level of self-management behaviors. Furthermore, such symptoms of peripheral arterial occlusive disease had not only physical effects but also emotional and social effects (Treat-Jacobson et al., 2002; Wann-Hansson et al., 2005; Hirsch et al., 2006). Most of the patients in this study, or 83.4%, were elderly persons between 61 and 89 years of age (Table 1), so they needed time to undergo emotional and social adaptation (Wann-Hansson et al., 2005). Thus, they were only the emotional management aspect of self-management behaviors was at a rather good level. However, when considering overall self-management behaviors, it was found self-management behaviors was at good level.

The findings of the present study were consistent with the findings of previous studies conducted with the patients undergoing an infrainguinal bypass showed that the patients had increasingly appropriate self-care behaviors, that they had the average score of self-care behaviors more than 60% (Rattana Tangrod et al., B.E. 2552). Furthermore, similar findings in previous studies conducted with patients with other chronic conditions that require similar care. For example, it has been reported that patients with type 2 diabetes mellitus had a good level of self-management behaviors (Supaporn Petcharwuth et al., B.E. 2553) and had self-management behaviors of medication adherence at a high level (Searle et a., 2007). Furthermore, a study conducted with patients with chronic renal disease also showed that patients had a self-management behavior of medication intake at a high level (Sangrawee Maneesri, B.E. 2553).

Copyright by Mahidol University

2. Fatigue, illness perceptions, and patient-provider communication of patients with peripheral arterial occlusive disease post-endovascular therapy

Fatigue

The study findings showed that patients with peripheral arterial occlusive disease had fatigue at a mild level (mean = 2.48, SD = 1.55) (Table 4.6). This could be explained that fatigue may have resulted from the pathology of peripheral arterial occlusive disease which caused fatigue even before the patients began seeking for treatment. The symptoms of peripheral arterial occlusive disease included intermittent claudication (35.9%), rest pain (32.1%), and gangrene and ischemic ulcer (57.7%) (Table 4.2), all of which caused restrictions in physical movements particularly walking. Thus, patients could walk for a shorter distance or they may eventually be unable to walk at all. Moreover, it has been found that 40.8% of the patients suffered from these symptoms for more than 60 days before they started seeking medical attention (Table 4.2), which meant that patients had suffered a long period of restrictions in walking, so their leg muscles were used less, and the strengths of muscles and muscle masses continued to reduce. Both reduction of muscle masses and restrictions in physical movements are factors that lead to fatigue (Piper, 2003). According to Cook, Molton, and Mark (2011), physical restrictions are a major factor that promotes fatigue, just like pain (Puranasamriddhi, 2009), especially rest pain that prevents patients from having sufficient rest or sleep (Siriporn Laohasuwanpanich, B.E. 2546). In other words, rest pain is another factor that increases fatigue (Piper, 2003). However, once the patients undergo endovascular therapy, which has only minor effects on the body, they are likely to have early postoperative recovery (Uthaporn Pariwongpaisal & Kritaya Kritayateeron, B.E. 2552; Egorova et al., 2010). Endovascular therapy is a treatment that increases blood flow to the peripheral arteries and relieves leg pain, so the patients are able to walk further and have more energy and strength. As result, their fatigue is relieved. Nevertheless, it is worth noting that after the therapy, fatigue will remain to a certain extent. This is because some factors that promote fatigue continue to persist. The findings of the present study showed that 51.3% of the patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy continued to suffer from ischemic ulcer/numbness in the feet/intermittent claudication/ thigh pain (Table 4.3), and 51.1% continued to have

Copyright by Mahidol University

ischemic ulcer, which made them live with restrictions in walking and physical movements. Consequently, patients felt that their body was not strong enough as they continued to suffer from fatigue, lethargy, loss of energy, and physical discomfort, but only slightly. Thus, they perceived a mild level of fatigue in the physical and mental aspect, the behavioral /severity aspect, and the meaning aspect. In addition, fatigue is related to serotonin (Swain, 2000; McGuire et al., 2003) which changes level of serotonin can adversely affect learning, memory, and emotional control (Riedel et al., 2002). Thus, the patients also had a mild level of fatigue in the cognitive and emotional aspect. Such explanations could explain why in this study it was found that patients with peripheral arterial occlusive disease had a mild level of fatigue. Likewise, Galloway et al. (1995) found that after hospital discharge patients with peripheral arterial occlusive disease who had a bypass surgery had a mean score of fatigue equal to 32.5 points when they were assessed with the Visual Analog Scale (VAS) ranging from 0 to 100 points. Thus, it could be seen that they had a low level of fatigue. Such a finding yielded support to the study of Bunnag (2004) who found that 62% of patients undergoing abdominal surgery had a low level of fatigue.

Illness perception

According to the study findings, overall illness perception of patients with peripheral arterial occlusive disease was at a moderate level (Mean = 5.37, SD = 1.62) (Table 4.6). This could be explained that before the treatment, most of the patients, or 87.4%, suffered various symptoms including intermittent claudication and gangrene and ischemic ulcer (Table 4.2). Generally, these symptoms affect patients considerably, both physically and psychologically, particularly leg pains which cause a great deal of suffering (Hirsch et al., 2006). In this study, 32.1% of the patients with peripheral arterial occlusive disease suffered from rest pain. Endovascular therapy, which can relieve pain and promote healing of ischemic ulcer, and which is non-invasive and results only in a small wound with little chance of postoperative complications, promotes patients' postoperative recovery (Uthaporn Pariwongpaisal & Kritaya Kritayateeron, B.E. 2552; Egorova et al., 2010). The study findings showed that 51.1% of the patients who suffered from ischemic ulcer before undergoing endovascular therapy continued to have the ulcer, but they improved with no further

Copyright by Mahidol University

infections. On the other hand, 48.9% of the patients found that their ischemic ulcer had already healed (Table 4.3). Furthermore, it was found that after undergoing endovascular therapy, almost half, or 48.7%, of the patients with peripheral arterial occlusive disease no longer suffered from leg pain, while the other 51.3% continued to have leg pain/numbness in feet/ischemic pain in the feet (Table 4.3). Additional data gathered during the interviews showed that patients with peripheral arterial occlusive disease had improved symptoms and were better able to take care of themselves after the treatment, as they stated, "after the treatment, the pain reduced. I am able to sleep, eat, and walk 30 to 500 meters further. I am able to do more things by myself." Thus, they felt that the symptoms were not severe and did not have great effects on their life, making them able to carry out activities of daily living and perform self-care. Besides, patients with peripheral arterial occlusive disease had already had illness perceptions and undergone treatments, so they had information about the illness, self-care, and treatment, which resulted in their moderate level of understanding of the illness.

An illness not only affects patients physically, but also psychologically (Treat-Jacobson et al., 2002; Hirsch et al., 2006). According to an additional interview, 76.9% of the patients (60 out of 78 patients) stated that "I have peripheral arterial occlusive disease in both legs," and that "even when I have recovered or when my symptoms have improved, I feel worried that it may recurrence. I am afraid of recurrences/leg amputation/causing burdens to children. I feel irritated/angry with myself/guilty that I did not take good care of myself before this/uncertain/annoyed/ depressed." Thus, it could be seen that the moderate level of illness perception and understanding (Table 4.6) affected patients' emotional conditions, making them have negative emotional responses. Similarly, a study conducted with chronic renal failure patients has shown that patients had a moderate level of illness perception of emotional response (Sangrawee Maneesri, B.E. 2553).

Patient-provider communication

According to the study findings, patient-provider communication was at a good level (mean = 3.64, SD = 0.63) (Table 4.6). This could be explained that patients with peripheral arterial occlusive disease are chronic patients who need to continuously be examined and followed up at the clinic. In this study, more than

Copyright by Mahidol University

two-thirds of the patients, or 69.2%, had been treated with endovascular therapy for seven to 57 months (Table 3). Thus, they were familiar with healthcare providers and could easily establish rapport with one another. In addition, the healthcare providers treated the patients the way they expected them to such as by greeting, warmly welcoming them, having eye contacts during a conversation, giving patients opportunity to ask questions, and attentively listening to patients. These are what patients want healthcare providers to do (Abdulhadi et al., 2007). Thus, the interpersonal relationship was at a good level. As for exchange of information and participation in decision-making, physicians and nurses provide information to the patients, and both parties took part in decision-making at all stages of the treatment. However, in the present study, the nurses who provided care to patients at each stage of the treatment were different persons, and there was still a lack of a fully-fledged planning for care. Moreover, there was no concrete information provision to these patients. As a result, some of the patients may not have received complete advice or explanation. Furthermore, most of the patients with peripheral arterial occlusive disease in this study, or 83.4%, were elderly persons aged between 61 and 89 years old (Table 4.1), so they may not be able to memorize all the information or details given by physicians or nurses. Therefore, communication for exchange of information and decision-making between patients and healthcare providers is at a rather good level. However, when considering overall patient-provider communication, it was found that patient-provider communication was at a good level. Such a finding was consistent with the finding of a previous study conducted with patients with type 2 diabetes mellitus that patient-provider communication was also at a good level (Supaporn Petcharwuth et al., B.E. 2553).

3. Predictive power of fatigue, illness perception, and patient-provider communication to predict self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease post-endovascular therapy

The study findings revealed that fatigue, illness perception, and patient-provider communication could predict self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy by 10% with statistical significance at the 0.05 level. Fatigue could predict self-management behaviors

Copyright by Mahidol University

of patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy with statistical significance (β = -0.303, $p < 0.05$). When considering the individual and family self-management theory of Ryan and Sawin (2009) used as the conceptual framework of the study, it could be seen that fatigue investigated in the present study was seen as the context of risk and protective factor. It is a complexity of condition in terms of physiology, structural characteristics, and conditional functioning which affect types and characteristics of behaviors necessary for self-management, which can further be explained as follows:

Fatigue was found to be negatively associated with self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease with statistical significance (r = -0.219, $p < 0.05$) (Table 4.8). This means that if patients have more fatigue, they will have poorer self-management behaviors. On the other hand, if they have less fatigue, they will have better self-management behaviors. Fatigue is a complexity of physiologic factor, biological factor, and psychological factor (Piper et al., 1987). Fatigue is associated with functioning of the corticotrophin-releasing hormone (CRH) and chronic stress which is commonly found in chronic patients such as anxiety or depression. Chronic stress stimulates the hypothalamus to secrete corticotrophin-releasing hormone (CRH), which will stimulate the anterior pituitary. When the hypothalamic-pituitary-adrenal axis is stimulated, adrenocorticotropic hormone (ACTH) will be secreted, which affects the stimulation of cortisol hormone (Swain, 2000). Consequently, the metabolism increases, and there will be more degeneration of muscle masses, hence fatigue, lethargy, and loss of energy (Piper, 2003). Furthermore, fatigue is associated with secretion of serotonin (Swain, 2000), which adversely affects learning, memory, and emotional and behavioral control. As a result, individuals' ability to carry out activities of daily living will be reduced (Ream & Richardson, 1996). A previous study conducted with 1,055 elderly persons aged between 65 and 98 years old has shown that those who suffered from fatigue had more limitations in daily living activities and physical functioning than those who did not have fatigue with statistical significance ($p < 0.01$) (Vestergaard et al., 2009). Similarly, a study conducted with patients with COPD showed that there was a negative relationship between fatigue and daily living activities (r = -0.219, $p < 0.05$) (Cantley, 2001). In another study conducted with patients with heart failure, it was reported that fatigue that reflected exhaustion and loss of energy was negatively related to physical,

Copyright by Mahidol University

emotional, and social functioning with statistical significance ($r = -0.494$, $p < 0.01$) (Wasana Suwanrassamee, B.E. 2555). Ability to carry out activities of daily living and physical, emotional, and social functioning are necessary behaviors for patients. A qualitative study carried out with chronic patients has indicated that fatigue is an obstacle in self-management (Jerant et al., 2005). In addition, fatigue affects adaptation and self-management in terms of exercise (Casillas et al., 2006). Therefore, it could be said that fatigue is a complexity of condition which affects types and characteristics of behaviors necessary for self-management. Based on the aforementioned discussion, it could be concluded that fatigue could co-predict self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy.

Illness perception is part of the self-management process according to the individual and family self-management theory of Ryan and Sawin (2009). The study findings showed that illness perception was not associated with self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy (Table 4.8), but it was positively related to fatigue with statistical significance ($r = 0.366$, $p < 0.01$) (Table 4.8). This means that if there is less illness perception, there will be less fatigue. In contrast, if there is more illness perception, there will be more fatigue. One plausible explanation is that illness perception can lead to anxiety and depression (Edwards et al., 2001) which is a chronic stress stimulates the hypothalamus to secrete corticotrophin-releasing hormone (CRH), which can lead to more fatigue. Similarly, the previous study showed that illness perception are associated with fatigue, especially the component of illness identity and consequences of illness (Edwards et al., 2001). The aforementioned discussion could explain why illness perception can lead to more fatigue, which is a complexity of condition which affects types and characteristics of behaviors necessary for self-management. Therefore, it could explain illness perception could co-predict self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy.

Patient-provider communication was not associated with self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy (Table 4.8), but it was positively related to illness perception with statistical significance ($r = 0.300$, $p < 0.01$) (Table 4.8). This means that if there

Copyright by Mahidol University

is more patient-provider communication, there will be more illness perception. In contrast, if there is less patient-provider communication, there will be less illness perception. One plausible explanation is that most of the patient-provider communication is related to communication of facts about the disease, so patients receive factual information. This, coupled with the feelings of patients when they feel threatened by the disease (Leventhal & Cameron, 1987; Ryan & Sawin, 2009), will make patients have a high level of illness perception, which can lead to more anxiety, which, in turn, is a contributing factor of fatigue (Edwards et al., 2001). Therefore, fatigue is associated with self-management behaviors. The aforementioned discussion could explain why patient-provider communication could co-predict self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy. Likewise, in a previous study, it was reported that patient-provider communication was a study variable that could co-predict self-management behaviors of patients with type 2 diabetes mellitus, with other variables including age, perceived self-efficacy, family support, and gender, at 34.4% (Supaporn Petcharwuth et al., B.E. 2553).

Therefore, it can be concluded that, based on The Individual and Family Self-Management Theory of Ryan and Sawin (2009) employed as the conceptual framework of the study, fatigue is considered a risk and protective factor which is a complexity of condition that affects types and characteristics of behaviors necessary for self-management of patients. Besides fatigue, illness perception and patient-provider communication, which are process factors, could co-promote self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy.

Recommendations

Implications of Findings

1. The study findings showed that fatigue is a factor that associates and could be predict self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy. Therefore, nurse should realize the significance of the problems with fatigue in patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy. They should assess patients' fatigue both before and after the

Copyright by Mahidol University

treatment, and both during hospital admission and during follow-up examinations, so as to effectively plan for management of fatigue to ensure patients' appropriate and continuous self-management behaviors.

2. The study findings also revealed that all aspects of self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease undergoing endovascular therapy were at a good level, except for emotional management which was at rather good level. As a result, nurse should develop a clinical nursing practice guideline to further promote emotional management of patients.

3. It was found that patient-provider communication for information exchange and decision-making was at a rather good level. Thus, nurse should develop a more clearly and completely for exchange of information related to peripheral arterial occlusive disease, its treatment, and self-management, beginning when the patients meet physicians, continuing to treatment, admission, and discharge, and ending with outpatient examinations and treatments. Members of the healthcare team should work collaboratively and systematically to ensure that patients receive complete and appropriate information which can be used as baseline data in making decision about the treatment. However, as this study showed that most of the patients with peripheral arterial occlusive disease were elderly persons who may have problems with memorization, nurses should encourage caregivers or relatives to take part in communication and information exchange to enable them to provide care to patients after they have returned home.

4. According to the study findings, patients with peripheral arterial occlusive disease had a moderate level of illness perception, and almost half of them, or 44.9%, did not understand the causes or risk factors of peripheral arterial occlusive disease. Most of them came to seek for medical assistance only after their symptoms became severe, and their ischemic condition was so critical that amputation of toes or fore foots became unavoidable. Therefore, nurse should assess and promote patients' illness perception as soon as they start to seek treatment, during the treatment, and after the treatment.

Copyright by Mahidol University

Recommendations for Further Research

1. Studies should be conducted to investigate other factors that influence self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease after they have received endovascular therapy under the theoretical framework of the individual and family self-management of Ryan and Sawin (2009) such as social support, self-efficacy, access to health services, age, and duration after the treatment, etc.

2. Studies should be carried out to determine predictive power of fatigue, illness perception, and patient-provider communication to predict self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease by adjusting the methods used to assess these variables, which may possibly increase the efficiency of prediction. Fatigue should be assessed physically in terms of signs and symptoms of patients, illness perceptions should be evaluated more in detail, and patient-provider communication should be appraised with a focus on exchange of specific information of the disease.

3. Further studies should also be developed media by using the communication technology to provide information to patients so as to have a systematic pattern of information provision for patients with peripheral arterial occlusive disease.

4. Studies should be conducted to determine fatigue management strategies that are appropriate for patients with peripheral arterial occlusive disease to increase efficiency and effectiveness of actual practice in the healthcare settings.

Copyright by Mahidol University

รายการอ้างอิง

กำพล เลาหเพ็ญแสง. (2546). *ศัลยศาสตร์หลอดเลือด (ฉบับปรับปรุงใหม่).* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

ดวงรัตน์ มนไธสง, อรวมน ศรียุกตศุทธ,คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล และทวี ชาญชัยรุจิรา. (2553). ประสบการณ์อาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วชิรสารการพยาบาล*, *12*(1), 29-41

ณัฐวุฒิ สิบหมู่. (2553). *เภสัชวิทยา: เนื้อหาสำคัญและแบบฝึกหัด (princeciples and exercises)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธิดารัตน์ พานชูวงศ์, เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์, สุวิมล กิมปี และวรรณี สัตยวิวัฒน์. (2551). ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดขาเนื่องจากการขาดเลือดมาเลี้ยง วิธีจัดการกับอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, *23*(1), 60-73.

ประมุข มุทิรางกูร. (2553). *ภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมหลอดเลือด.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.

ประมุข มุทิรางกูร. (2545). ภาวะแขนขาขาดเลือดอย่างรุนแรง. ใน ประมุข มุทิรางกูร, ปรีชา ศิริทองถาวร, วิทูร ชินสว่างวัฒนากุล และรวิศ เรืองตระกูล (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์ฉุกเฉิน สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 325-353). กรุงเทพฯ:

ประมุข มุทิรางกูร, เฉนียน เรืองเศรษฐกิจ, ชุมพล ว่องพาณิช, ณัฐวุฒิ เสริมสาธนสวัสดิ์ และคามิน ชินศักดิ์ชัย. (2549). โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันจากแผ่นไขมันในคนไทย. *วารสาร จดหมายเหตุการณ์แพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์*, *189*(10), 1612 -1620.

ปราโมทย์ พรพิบูลย์. (2542). *การประเมินทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน* [เอกสารประกอบการสอน] คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปรียาภรณ์ สวัสด์ศรี. (2550). *อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหาร ต่อการควบคุมพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Copyright by Mahidol University

พิมพา เทพวัลย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล และฉัตรกนก ทุมวิภาต (2553). การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาด้วยของผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *29*(2), 111-119.

เพียงใจ ดาโลปการ. (2545). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 15*(3), 59-71.

ภาวนา กีรติยุติวงศ์ และสมจิต หนุเจริญ. (2553). การติดตามประสิทธิภาพในระยะเวลาของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, *16*(2), 293-307.

ฝ่ายสารสนเทศ. (2556). คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.

รัตนา แตงรอด, สุวิมล กิมปี, อรพรรณ โตสิงห์ และ เฉนียน เรืองเศรษฐกิจ. (2553). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงต่ำกว่าขาหนีบอุดตัน.*วารสารพยาบาลศาสตร์, 28*(4),46-54.

รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม. (2554). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วาสนา สุวรรณรัศมี. (2555). *ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพร เลาหสุวรรณพาณิช. (2546). การบรรเทาปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 9 เรื่อง การบำบัดทางการพยาบาล: วิถีสู่การพัฒนาคุณภาพ วันที่ 18 - 20 สิงหาคม 2546* กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริวรรณ ศิริบุญ และ ชเนตตี มิลินทางกูร. (2551). *ฐานข้อมูลประชากร ผู้สูงอายุ*. Retrieved April 4, 2012, http://www.cps.chula.ac.th/research_division/article_ageing/ageing 001.html

สมฤทัย เพชรประยูร. (2555). *อิทธิพลการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัว ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Copyright by Mahidol University

สุพร พริ้งเพริศ. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพาพร เพ็ชรอาวุธ, นันทิยา วัฒายุ และนันทวัน สุวรรณรูป. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 29*(4), 18-26.

สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปี. (2545). Endovascular Surgery. ใน โสภณ จิรสิริธรรม, ประเสริฐ ไตรรัตน์วรกุล และระวี พิมลศานติ์. (บรรณาธิการ), *ตำราศัลยศาสตร์หลอดเลือด (Textbook of vascular surgery).* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เวชสาร.หน้า 510-537.

สุวิทย์ ศรีอัษฎาพร. (2545). Artery, vein, and lymphatics. ใน ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ), *ตำราศัลยศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แสงรวี มณีศรี. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.

โสภณ จิรสิริธรรม, ประเสริฐ ไตรรัตน์วรกุล และระวี พิมลศานติ์. (2545). *ตำราศัลยศาสตร์หลอดเลือด (Textbook of vascular surgery)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เวชสาร.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.). (2552). *บทความ: ปัญหาสุขภาพคนไทยและระบบบริการสุขภาพ*. Retrieved April 4, 2012, from http://www.hisro.or.th/main/index.php

อรรถพร ปริวงศ์ไพศาล และกฤตยา กฤตยากีรณ. (2552). Peripheral arterial disease: Peripheral vascular intervention. *วารสารสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 5*(11), 2-24.

Abdulhadi, N., Al Shafaee, M., Freudenthal, S., Ostenson, C-G.,Wahlstrom, R. (2007). Patient-provider interaction from the perspectives of type 2 diabetes patients in Muscat, Oman: a qualitative study. *BMC Health Services Research, 7*(1), 162.

Anderson, B. (2003). Diabetes self-care: Lessons from research on the family and broader contexts. *Current Diabetes Reports, 3*(2), 134-140.

Anderson, J. L., Halperin, J. L., Albert, N., Bozkurt, B., Brindis, R. G., Curtis, L. H. et al. (2013). Management of patients with peripheral artery Disease (Compilation of 2005 and 2011

Copyright by Mahidol University

ACCF/AHA Guideline Recommendations): A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology, 61*(14), 1555-1570.

Allaqaband, S., Kirvaitis, R., Jan, F., & Bajwa, T. (2009). Endovascular treatment of peripheral vascular disease. *Current Problems in Cardiology, 34*(9), 359-476.

Akopian, G., & Katz, S. G. (2006). Peripheral angioplasty with same-day discharge in patients with intermittent claudication. *Journal of Vascular Surgery, 44*(1), 115-118.

Balzer, J. O., Thalhammer, A., Khan, V., Zangos, S., Vogl, T. J., & Lehnert, T. (2010). Angioplasty of the pelvic and femoral arteries in PAOD: Results and review of the literature. *European Journal of Radiology, 75*(1), 48-56.

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling, 48*(2), 177-187.

Barnason, S., Zimmerman, L., Nieveen, J., Schulz, P., Miller, C., Hertzog, M., & Rasmussen, D. (2008). Relationships between fatigue and early postoperative recovery outcomes over time in elderly patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 37*(4), 245-256.

Bartholomew, J.R., Olin, J.W. (2006). Pathophysiology of peripheral arterial disease and risk factors for its development. *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 73(Suppl 4)*

Bendermacher, B. L., Willigendael, E. M., Teijink, J. A., & Prins, M. H. (2006). Supervised exercise therapy versus non-supervised exercise therapy for intermittent claudication. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 19*(2), 1-21.

Bendermacher, B. L. W., Kruidenier, L. M., Nicolaï, S. P. A., Welten, R. J. T. J., & Teijink, J. A. W. (2007). Supervised exercise therapy for intermittent claudication. *Acta chir belg, 107*, 616-622.

Bol, Y., Duits, A. A., Vertommen-Mertens, C. E. R., Hupperts, R. M. M., Romberg-Camps, M. J. L., Verhey, F. R. J., & Vlaeyen, J. W. S. (2010). The contribution of disease severity, depression and negative affectivity to fatigue in multiple sclerosis: a comparison with ulcerative colitis. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(1), 43-49.

Bonvini, R. F., Rastan, A., Sixt, S., Noory, E., Schwarz, T., Frank, U., et al. (2011). Endovascular treatment of common femoral artery disease: medium-term outcomes of 360

Copyright by Mahidol University

consecutive procedures. *Journal of the American College of Cardiology, 58* (8), 792-798.

Bradbury, A. W., Adam, D. J., Bell, J., Forbes, J. F., Fowkes, F. G. R., Gillespie, I., et al. (2010). Bypass versus angioplasty in severe ischaemia of the leg (BASIL) trial: A description of the severity and extent of disease using the Bollinger angiogram scoring method and the TransAtlantic Inter-Society Consensus II classification. *Journal of Vascular Surgery, 51*(5, Supplement), 32S-42S.

Brevetti, G., Oliva, G., Silvestro, A., Scopacasa, F., & Chiariello, M. (2004). Prevalence, risk factors and cardiovascular comorbidity of symptomatic peripheral arterial disease in Italy. *Atherosclerosis, 175*(1), 131-138.

Brevetti, G., Schiano, V., & Chiariello, M. (2008). Endothelial dysfunction: A key to the Pathophysiology and natural history of peripheral arterial disease? *Atherosclerosis, 197*(1), 1-11.

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(6), 631-637.

Brosi, P., Dick, F., Do, D. D., Schmidli, J., Baumgartner, I., & Diehm, N. (2007) Revascularization for chronic critical lower limb ischemia in octogenarians is worthwhile. *Journal of vascular surgery: official publication, the Society for Vascular Surgery [and] International Society for Cardiovascular Surgery, North American Chapter, 46*(6), 1198-1207.

Bryant, R. A., & Nix, D. P. (2012). Arterial ulcer. *Acute and chronic wounds currents management concepts (4th ed)*:America. Elsevier Inc. p178-193.

Bultman, D. C., & Svarstad, B. L. (2000). Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. *Patient Education and Counseling, 40*(2), 173-185.

Bundesmann, R., & Kaplowitz, S. A. (2011). Provider communication and patient participation in diabetes self-care. *Patient Education and Counseling, 85*(2), 143-147.

Bunnag, C. (2004). *A survey of fatigue in post abdominal surgery patients.* Degree of Nursing Science, Adult Nursing, Mahidol University.

Bush, R. L., Kallen, M. A., Liles, D. R., Bates, J. T., & Petersen, L. A. (2008). Knowledge and awareness of peripheral vascular disease are poor among women at risk for cardiovascular disease. *Journal of Surgical Research, 145*(2), 313-319.

Copyright by Mahidol University

Camus, V., Kraehenbühl, H., Preisig, M., Büla, C. J., & Waeber, G. (2004). Geriatric depression and vascular diseases: what are the links? *Journal of Affective Disorders, 81*(1), 1-16.

Cantley, M. E. G. (2001). *Patient responses to COPD symptoms: The relationship of dyspnea and fatigue to activities of daily living, inhaler use, and self-care capability.* Ph.D. 3001680, Virginia Commonwealth University, United States -- Virginia. Retrieved from http://search.proquest.com/docview/231000496?accountid=46528

Carmeron, L. D., & leventhal, H. (2003). *The Self-Regulation of Health and illness Behaviour.* York: Routledge. p1- p203.

Casillas, J. M., Damak, S., Chauvet-Gelinier, J. C., Deley, G., & Ornetti, P. (2006). Fatigue inpatients with cardiovascular disease. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 49*(6), 392-402.

Casillas, J. M., Troisgros, O., Hannequin, A., Gremeaux, V., Ader, P., Rapin, A., & Laurent, Y. (2011). Rehabilitation in patients with peripheral arterial disease. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 54*(7), 443-461.

Cherr, G. S., Wang, J., Zimmerman, P. M., & Dosluoglu, H. H. (2007). Depression is associated with worse patency and recurrent leg symptoms after lower extremity revascularization. *Journal of Vascular Surgery, 45*(4), 744-750.

Clark, N. M. (2003). Management of chronic disease by patients. *Annual Review of Public Health, 24*(1), 289-313.

Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Hirsch, I. B. (2003). The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *General Hospital Psychiatry, 25*(4), 246-252.

cCleary-Jones, V. (2011). Health literacy and its association with diabetes knowledge, self-efficacy and disease self-management among African Americans with diabetes mellitus. *ABNF Journal, 22*(2), 25-32.

Cook, K. F., Molton, I. R., & Mark, J. P.(2011). Fatigue and Aging With a Disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 92*(7): 1126-1133.

Cousin, A., Popielarz, S., Wieczorek, V., Tiffreau, V., Mounier-Vehier, C., & Thevenon, A. (2011). Impact of a rehabilitation program on muscular strength and endurance in peripheral arterial occlusive disease patients. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 54*(7), 429-442.

Copyright by Mahidol University

Dattilo, P. B., & Casserly, I. P. (2011). Critical Limb Ischemia: Endovascular Strategies for Limb Salvage. *Progress in Cardiovascular Diseases, 54*(1), 47-60.

Davies, M. G., Waldman, D. L., & Pearson, T. A. (2005). Comprehensive endovascular therapy or femoropopliteal arterial atherosclerotic occlusive disease. *Journal of the American College of Surgeons, 201*(2), 275-296.

De Berardis, G., Pellegrini, F., Franciosi, M., Belfiglio, M., Di Nardo, B., Greenfield, et al. (2005). Are Type 2 diabetic patients offered adequate foot care? The role of physician and patient characteristics. *Journal of Diabetes and its Complications, 19*(6), 319-327.

DeCherney, A. H., Bachmann, G., Isaacson, K., & Gall, S. (2002). Postoperative fatigue negatively impacts the daily lives of patients recovering from hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology, 99*(1), 51-57.

Dennison, C. R., McEntee, M. L., Samuel, L., Johnson, B. J., Rotman, S., Kielty, A., & Russell, S. D. (2011). Adequate health literacy is associated with higher heart failure knowledge and self-care confidence in hospitalized patients. *Journal of Cardiovascular Nursing, 26*(5),359-367,

DeRubertis, B. G., Pierce, M., Ryer, E. J., Trocciola, S., Kent, K. C., & Faries, P. L. (2008). Reduced primary patency rate in diabetic patients after percutaneous intervention results from more frequent presentation with limb-threatening ischemia. *Journal of Vascular Surgery, 47*(1), 101-108.

Diehm, N., Pattynama, P. M., Jaff, M. R., Cremonesi, A., Becker, G. J., Hopkins, L. N., et al. (2008). Clinical endpoints in peripheral endovascular revascularization trials: a case for standardized definitions. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 36*(4), 409-419.

Disler, R. T., Gallagher, R. D., & Davidson, P. M. (2012). Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(2), 230-42.

Edwards, R., R. Suresh, et al. (2001). Illness perceptions and mood in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 50*(2), 65-68.

Copyright by Mahidol University

Egberg, L., Mattiasson, A.-C., Ljungström, K.-G., & Styrud, J. (2010). Health-related quality of life in patients with peripheral arterial disease undergoing percutaneous transluminal

angioplasty: A prospective one-year follow-up. *Journal of Vascular Nursing, 28*(2), 72-77.

Egorova, N. N., Guillerme, S., Gelijns, A., Morrissey, N., Dayal, R., McKinsey, J. F., & Nowygrod, R. (2010). An analysis of the outcomes of a decade of experience with lower extremity revascularization including limb salvage, lengths of stay, and safety. *Journal of Vascular Surgery, 51*(4), 878-885.e871.

Federman, D. G., & Kravetz, J. D. (2006). Peripheral arterial disease: diagnosis, treatment, and systemic implications. *Clinics in Dermatology, 25*(1), 93-100.

Figoni, S. F., Kunkel, C. F., Scremin, A. M. E., Asher, A., Banks, N. L., Rivera, A., et al. (2009). Effects of exercise training on calf tissue oxygenation in men with intermittent claudication. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, 1*(10), 932-940.

Flu, H. C., Tamsma, J. T., Lindeman, J. H. N., Hamming, J. F., & Lardenoye, J. H. P. (2010). A Systematic review of implementation of established recommended secondary prevention measures in patients with PAOD. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 39*(1), 70-86.

Fritschi, C. (2008). *Fatigue in women with type 2 diabetes.* Ph.D. 3345531, University of Illinois at Chicago, United States -- Illinois. Retrieved from http://search.proquest.com/docview/304364885?accountid=4652

Fritschi, C. and L. Quinn (2010). Fatigue in patients with diabetes: A review. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(1), 33-41.

Fu, M., McDaniel, R. W., & Bausler, C. (2001). A multivariate validation of the defining characteristics of fatigue. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 12*(1), 15-27.

Galloway, S., Bubela, N., McKibbon, A., Rebeyka, D., & Saxe-Braithwaite, M. (1995). Symptom distress, anxiety, depression, and discharge information needs after peripheral arterial bypass. *Journal of Vascular Nursing, 13*(2), 35-40.

Gandhi, S., Weinberg, I., Margey, R., & Jaff, M. R. (2011). Comprehensive medical management of peripheral arterial disease. *Progress in Cardiovascular Diseases, 54*(1), 2-13.

Copyright by Mahidol University

Gornik, H. L., & Creager, M. A. (2006). Contemporary management of peripheral arterial disease: I. Cardiovascular risk-factor modification. *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 73*(Suppl 4), S30.

Graves, H., Scott, D. L., Lempp, H., & Weinman, J. (2009). Illness beliefs predict disability in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research, 67*(5), 417-423.

Grey, M., Knafl, K., & McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nursing Outlook, 54*(5), 278-286.

Hale, E. D., Treharne, G. J., & Kitas, G. D. (2007). The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology, 46*(6), 904-906.

Hallett, J. W. (2008). *Occlusive peripheral arterial disease: caring for the Feet.* Retrieved 6, 2012, http://www.merckmanuals.com/home/heart_and_blood_vessel_disorders/peripheral_arterial_disease/occlusive_peripheral_arterial_disease.html

Hardy, S. E., & Studenski, S. A. (2010). Qualities of fatigue and associated chronic conditions among older adults. *J Pain Symptom Manage, 39(6)*, 1033–1042.

Hirsch, A. T., Haskal, Z. J., Hertzer, N. R., Bakal, C. W., Creager, M. A., Halperin, J. L., et al., (2006). ACC/AHA 2005 Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease). *Journal of the American College of Cardiology, 47*(6), e1-e192.

Hong, M. S., Butler, K., Fischer, T. D., & Nelson, P. R. (2010). Trends, charges, and outcomes in endovascular therapy for peripheral arterial disease in florida. *Journal of Vascular Surgery, 52*(6), 1735-1736.

Iida, O., Soga, Y., Kawasaki, D., Hirano, K., Yamaoka, T., Suzuki, K., et al. (2012). Angiographic restenosis and its clinical impact after infrapopliteal angioplasty. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 44*(4), 425-431.

Copyright© by Mahidol University

Isaacs, B. & Akhtar, A.J. (1972). The set test: a rapid test of mental function in old people. *Age Ageing, 1*(4), 222-226.

Jager, A., Sleijfer, S., & van der Rijt, C. C. D. (2008). The pathogenesis of cancer related fatigue: Could increased activity of pro-inflammatory cytokines be the common denominator? *European Journal of Cancer, 44*(2), 175-181.

Jerant, A. F., Friederichs-Fitzwater, M. M. v., & Moore, M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling, 57*(3), 300-307.

Kaptein, A. A., Scharloo, M., Fischer, M. J., Snoei, L., Cameron, L. D., Sont, J. K., et al., (2008). Illness Perceptions and COPD: An Emerging Field for COPD Patient Management. [Article]. *Journal of Asthma, 45*(8), 625-629.

Karch, L. A., Mattos, M. A., Henretta, J. P., McLafferty, R. B., Ramsey, D. E., & Hodgson, K. J. (2000). Clinical failure after percutaneous transluminal angioplasty of the superficial femoral and popliteal arteries. *Journal of vascular surgery : official publication, the Society for Vascular Surgery, 31*(5), 880-888.

Khan, S., Cleanthis, M., Smout, J., Flather, M., & Stansby, G. (2005). Life-style modification in peripheral arterial disease. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 29*(1), 2-9.

Killewich, L. A. (2006). Improving functional status and quality of life in elderly patients with peripheral arterial disease. *American College of Surgeons, 202*(2)*,* 345-355.

Kimberlin, C., Brushwood, D., Allen, W., Radson, E., & Wilson, D. (2004). Cancer patient and caregiver experiences: communication and pain management issues. *Journal of Pain and Symptom Management, 28*(6), 566-578.

Koivunen, K., & Lukkarinen, H. (2006). Lower limb atherosclerotic disease causes various deteriorations of patients' health-related quality of life. *Journal of Vascular Nursing, 24*(4), 102-115.

Kruidenier, L. M., Nicolaï, S. P., Rouwet, E. V., Peters, R. J., Prins, M. H., & Teijink, J. A. W. (2011). Additional supervised exercise therapy after a percutaneous vascular intervention for peripheral arterial disease: A randomized clinical trial. *Journal of Vascular and Interventional Radiology, 22*(7), 961-968.

Copyright by Mahidol University

Landry, G. J. (2007). Functional outcome of critical limb ischemia. *Journal of vascular surgery : official publication, the Society for Vascular Surgery [and] International Society for Cardiovascular Surgery, North American Chapter, 45*(6), A141-A148.

Lerdal, A., Wahl, A. K., Rustoen, T., Hanestad, B. R., & Moum, T. (2005). Fatigue in the general population: A translation and test of the psychometric properties of the Norwegian version of the fatigue severity scale. *Scandinavian Journal of Public Health, 33*(2), 123-130.

Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, *10*, 117-138.

Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 143-163.

Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology & Health, 13*(4), 717-733.

Levy, P. J. (2002). Epidemiology and pathophysiology of peripheral arterial disease. *Clinical Cornerstone, 4*(5), 1-13.

Lewis, C. K. (2000). A performance improvement initiative: development of a peripheral vascular pathway. *Journal of Vascular Nursing, 18*(1), 13-19.

Li, H., Jiang, Y.-f., & Lin, C.-C., (2013). Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies, (0)*, 1-9.

Lin, E. H. B., Katon, W., & Rutter, C. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care, 27*(9), 2154-2160.

Loge, J. H., Ekeberg, Ø., & Kaasa, S. (1998). Fatigue in the general norwegian population: Normative data and associations. *Journal of Psychosomatic Research, 45*(1), 53-65.

Long, J., Modrall, J. G., Parker, B. J., Swann, A., Welborn Iii, M. B., & Anthony, T. (2004). Correlation between ankle-brachial index, symptoms, and health-related quality of life in patients with peripheral vascular disease. *Journal of Vascular Surgery, 39*(4), 723-727.

Copyright by Mahidol University

Lorig, K. and H. Holman (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 26*(1), 1-7.

Losonczi, E., Bencsik, K., Rajda, C., Lencsés, G., Török, M., & Vécsei, L. (2011). Validation of the Fatigue Impact Scale in Hungarian patients with multiple sclerosis. *Quality of Life Research, 20*(2), 301-306.

Lovell, M., Harris, K., Forbes, T., Twillman, G., Abramson, B., Criqui, M. H., et al. (2009). Peripheral arterial disease: Lack of awareness in Canada. *Canadian Journal of Cardiology, 25*(1), 39-45.

Luctkar-Flude, M., D. Groll, et al. (2005). Fatigue and physical activity in older patients with cancer: A six-month follow-up study. *OncologyNursingForum, 36*(2), 194-202.

Martin, C., Peterson, C., Robinson, R., & Sturmberg, J. (2009). Care for chronic illness in Australian general practice – focus groups of chronic disease self-help groups over 10 years: implications for chronic care systems reforms. *Asia Pacific Family Medicine, **8***(1), 1.

Marso, S. P., & Hiatt, W. R. (2006). Peripheral arterial disease in patients With diabetes. *Journal of the American College of Cardiology, 47*(5), 921-929.

Mayoux-Benhamou, M. A. (2006). Fatigue and rheumatoid arthritis. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 49*(6), 385-388.

McDermott, M. M., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Criqui, M. H., Greenland, P., Tian, L., et al. (2005). Functional decline in lower-extremity peripheral arterial disease: Associations with comorbidity, gender, and race. *Journal of Vascular Surgery, 42*(6), 1131-1137.

McDermott, M. M., Liu, K., Carroll, T. J., Tian, L., Ferrucci, L., Li, D., et al. (2011). Superficial femoral artery plaque and functional performance in peripheral arterial disease: walking and leg circulation study (WALCS III). *JACC: Cardiovascular Imaging, 4*(7), 730-739.

McGuire, J., Ross, G., L.,Price, H., Mortensen, N., Evans, J., Castell, L., M. (2003). Biochemical markers for post-operative fatigue after major surgery. *Brain Research Bulletin, 60* (1–2), 125-130.

Methakanjanasak, N. (2005). *Self-management of end-stage renal disease patients receiving hemodialysis*. Unpublished doctoral dissertation, Chiang Mai University, Chiang Mai.

Copyright by Mahidol University

Minar, E., Pokrajac, B., Maca, T., Ahmadi, R., Fellner, C., Mittlböck, M., et al. (2000). Endovascular brachytherapy for prophylaxis of restenosis after femoropopliteal Angioplasty: Results of a prospective randomized study. *Circulation, 102*(22), 2694-2699.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*, 1-16.

Muir, R. L. (2009). Peripheral arterial disease: Pathophysiology, risk factors, diagnosis, treatment, and prevention. *Journal of Vascular Nursing, 27*(2), 26-30.

Nelson, P. R., O'Malley, K. A., Feezor, R. J., Moldawer, L. L., & Seeger, J. M. (2007). Genomic and proteomic determinants of lower extremity revascularization failure: Rationale and study design. *Journal of vascular surgery: official publication, the Society for Vascular Surgery [and] International Society for Cardiovascular Surgery, North American Chapter, 45*(6), A82-A91.

Norgren, L., Hiatt, W. R., Dormandy, J. A., Nehler, M. R., Harris, K. A., & Fowkes, F. G. R. (2007). Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 33*(1, Supplement), S1-S75.

Nwinee, J. P. (2011). Nwinee socio-behavioural self-care management nursing model. *West African Journal of Nursing, 22*(1), 91-98.

O'Brien-Irr, M. S., Dosluoglu, H. H., Harris, L. M., & Dryjski, M. L. (2011). Outcomes after endovascular intervention for chronic critical limb ischemia. *Journal of Vascular Surgery, 53*(6), 1575-1581.

O'Connor, S. M., Jardine, A. G., & Millar, K. (2008). The prediction of self-care behaviors in end-stage renal disease patients using Leventhal's Self-Regulatory Model. *Journal of Psychosomatic Research, 65*(2), 191-200.

Olson, K. W. P., & Treat-Jacobson, D. (2004). Symptoms of peripheral arterial disease: A critical review. *Journal of Vascular Nursing, 22*(3), 72-77.

Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine, 40*(7), 903-918.

Copyright by Mahidol University

Piette, J. D., Schillinger, D., Potter, M. B., & Heisler, M. (2003). Dimensions of patient-provider communication and diabetes self-care in an ethnically diverse population. *Journal of General Internal Medicine, 18*(8), 624-633.

Piper, B. F. (1991). Alteration in energy: The sensation of fatigue. In S. B. Baird., R. McCorkle., & M. Grant (Eds.), Cancer nursing: A comprehensive textbook (pp.894-908). Philadelphia: W. B. Saunders.

Piper, B. F. (2003). Fatigue. In Kohlman, V. C., Lindsay, A. M., & West, C. M. (3Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing.* Philadelphia: W. B. Saunders.

Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., & Paul, S. M. (1998). The revised Piper Fatigue Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 25*(4), 677-684.

Piper, B. F., Lindsey, A. M., & Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanism in cancer patients: Developing nursing theory. *Oncology Nursing Forum, 14,* 17-23.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing & Health, 29*(5), 489-497.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* (8th Ed). Lippincott williams & wilkins.

Porth, C. M. & Matfin, G. (2009). *Pathophysiology: concepts of altered health stages* (8th Ed). North America: Lippincott William & Wilkins. p 485-p489.

Pratt, A. G., Norris, E. R., & Kaufmann, M. (2005). Peripheral vascular disease and depression. *Journal of Vascular Nursing, 23*(4), 123-127.

Puranasamriddhi, S. (2009). *Fatigue and factors related to fatigue after histerectomy*. Degree of Nursing Science, Maternal-Newborn and Women's Health Nursing, Mahidol University.

Ream, E., & Richardson, A. (1996). Fatigue: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies, 33*(5), 519-529.

Remes, L., Isoaho, R., Vahlberg, T., Viitanen, M., & Rautava, P. (2010). Quality of life among lower extremity peripheral arterial disease patients who have undergone endovascular

Copyright by Mahidol University

or surgical revascularization: A case-control Study. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 40*(5), 618-625.

Rhee, S. Y., Guan, H., Liu, Z. M., Cheng, S. W.-K., Waspadji, S., Palmes, et al.(2007). Multi-country study on the prevalence and clinical features of peripheral arterial disease in asian type 2 diabetes patients at high risk of atherosclerosis. *Diabetes Research and Clinical Practice, 76*(1), 82-92.

Riedel, W. J., Klaassen, T. & Schmitt, J.A.J.(2002). Tryptophan, mood, and cognitive function. *Brain, Behavior, and Immunity 16*(5), 581-589.

Rujisatian, N. (2009). *The relationship of illness representations and belief about medications to adherance to oral hypoglycemic oral medications in person of diabetic type 2*. Degree of Nursing Science, Adult Nursing, Mahidol University.

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.e6.

Salas, C. A., Adam, D. J., Papavassiliou, V. G., & London, N. J. M. (2004). Percutaneous transluminal angioplasty for critical limb ischaemia in octogenarians and nonagenarians. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 28*(2), 142-145.

Saqib, N. U., Domenick, N., Cho, J. S., Marone, L., Leers, S., Makaroun, M. S., & Chaer, R. A. (2013). Predictors and outcomes of restenosis following tibial artery endovascular interventions for critical limb ischemia. *Journal of Vascular Surgery, 57*(3), 692-699.

Sasajima, Y., Sasajima, T., Uchida, H., Kawai, S., Haga, M., Akasaka, et al. (2000). Postoperative delirium in patients with chronic lower limb ischaemia: what are the specific markers? *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 20*(2), 132-137.

Sawangphong, S. (2009*). Factor related to first diagnosis time in the patients with peripheral arterial occlusive disease*. Degree of Nursing Science, Adult Nursing, Mahidol University.

Saxton, J. M., Zwierska, I., Blagojevic, M., Choksy, S. A., Nawaz, S., & Pockley, A. G. (2011). Upper- versus lower-limb aerobic exercise training on health-related quality of life in patients with symptomatic peripheral arterial disease. *Journal of Vascular Surgery, 53*(5), 1265-1273.

Copyright by Mahidol University

Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A., & Piette, J. (2004). Functional health literacy and the quality of physician–patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling, 52*(3), 315-323.

Schoenthaler, A., Allegrante, J., Chaplin, W., & Ogedegbe, G. (2012).The effect of patient–providerc Communication on medication adherence in hypertensive black patients: does race concordance matter? *Annals of Behavioral Medicine*, *43*(3), 372-82.

Scholz, U., Knoll, N., Sniehotta, F. F., & Schwarzer, R. (2006). Physical activity and depressive symptoms in cardiac rehabilitation: Long-term effects of a self-management intervention. *Social Science & Medicine, 62*(12), 3109-3120.

Searle, A., Norman, P., Thompson, R., & Vedhara, K. (2007). Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviors. *Journal of Psychosomatic Research, 63*(2), 175-184.

Serrano-Gil, M., & Jacob, S. (2010). Engaging and empowering patients to manage their type 2 diabetes, Part I: a knowledge, attitude, and practice gap? *Advances in Therapy, 27*(6), 321-333.

Smets, E. M. A., Garssen, B., Bonke, B., & De Haes, J. C. J. M. (1995). The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research, 39*(3), 315-325.

Smolderen, K. G. E., Aquarius, A. E., de Vries, J., Smith, O. R. F., Hamming, J. F., & Denollet, J. (2008). Depressive symptoms in peripheral arterial disease: A follow-up study on prevalence, stability, and risk factors. *Journal of Affective Disorders, 110*(1-2), 27-35.

Sol, B. G. M., van der Bijl, J. J., Banga, J.-D., & Visseren, F. L. J. (2005). Vascular risk management through nurse-led self-management programs. *Journal of Vascular Nursing, 23*(1), 20-24.

Sol, B. G. M., van der Graaf, Y., Brouwer, B., Hickox, S. M. C., & Visseren, F. L. J. (2010). The effect of a self-management intervention to reduce vascular risk factors in patients with manifestations of vascular diseases. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 9*(2), 132-139.

Sprengers, R. W., Teraa, M., Moll, F. L., de Wit, G. A., van der Graaf, Y., & Verhaar, M. C. (2010). Quality of life in patients with no-option critical limb ischemia underlines the need for new effective treatment. *Journal of Vascular Surgery, 52*(4), 843-849.

Copyright by Mahidol University

Stehouwer, C. D. A., Clement, D., Davidson, C., Diehm, C., Elte, J. W., Lambert, M., & Sereni, D. (2009). Peripheral arterial disease: A growing problem for the internist. *European Journal of Internal Medicine, 20*(2), 132-138.

Stewart, A. L., Nápoles-Springer, A., & Pérez-Stable, E. J. (1999). Interpersonal processes of care in diverse populations. *Milbank Quarterly, 77*(3), 305-339.

Street Jr, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling, 74*(3), 295-301.

Swain, M. G. (2000). Fatigue in chronic disease. *Clin. Sci., 99*(1), 1-8.

Treat-Jacobson, D., Halverson, S. L., Ratchford, A., Regensteiner, J. G., Lindquist, R., & Hirsch, A. T. (2002). A patient-derived perspective of health-related quality of life with peripheral arterial disease. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(1), 55-60.

Tschopp J. M., Frey, J. G., Pernet, R., Burrus, C., Jordan, B., Morin, A. et al. (2002). Bronchial asthma and self-management education: implementation of Guidelines by an interdisciplinary programme in a health network. *Swiss Med Wkly, 132*, 92-97.

Ungprasert P, & Pornratanarangsi S. (2011). Correlation between peripheral arterial disease and stage of chronic kidney disease. *J Med Assoc Thai., Feb, 94* (Suppl 1), S46-50.

Wann-Hansson, C., Hallberg, I. R., Risberg, B., Lundell, A., & Klevsgard, R. (2005). Health-related quality of life after revascularization for peripheral arterial occlusive disease: long-term follow-up. *Journal of Advanced Nursing, 51*(3), 227-235.

Wann-Hansson, C., Rahm Hallberg, I., Klevsgård, R., & Andersson, E. (2008). The long-term experience of living with peripheral arterial disease and the recovery following revascularisation: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies, 45*(4),552-561.

Walker, R. D., Nawaz, S., Wilkinson, C. H., Saxton, J. M., Pockley, A. G., & Wood, R. F. M. (2000). Influence of upper- and lower-limb exercise training on cardiovascular function and walking distances in patients with intermittent claudication. *Journal of Vascular Surgery, 31*(4), 662-669.

Watanabe, N., Stewart, R., Jenkins, R., Bhugra, D. K., & Furukawa, T. A. (2008). The epidemiology of chronic fatigue, physical illness, and symptoms of common mental

Copyright by Mahidol University

disorders: A cross-sectional survey from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(4), 357-362.

Watson, K., Watson, B. D., & Pater, K. S. (2006). Peripheral arterial disease: A review of disease awareness and management. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, 4*(4), 365-379.

Weijman, I., Ros, W. J. G., Rutten, G. E. H. M., Schaufeli, W. B., Schabracq, M. J., & Winnubst, J. A. M. (2005). Frequency and perceived burden of diabetes self-management activities in employees with insulin-treated diabetes: relationships with health outcomes. *Diabetes Research and Clinical Practice, 68*(1), 56-64.

Willigendael, E. M., Teijink, J. A. W., Bartelink, M. L., Boiten, J., Moll, F. L., Büller, H. R., & Prins, M. H. (2004). Peripheral arterial disease: Public and patient awareness in the Netherlands. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 27*(6), 622-628.

Wongkongkam, K., Thosingha, O., Riegel, B., Utriyaprasit, K., Ruangsetakit, C., & Viwatwongkasem, C. (2012). Factors influencing the presence of peripheral arterial disease among Thai patients with type 2 diabetes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *11*(1), 70-76.

Varu, V. N., Hogg, M. E., & Kibbe, M. R. (2010). Critical limb ischemia. *Journal of Vascular Surgery, 51*(1), 230-241..

Vella, S., & Petrie, J. R. (2010). Macrovascular disease: pathogenesis and risk assessment. *Medicine, 38*(11), 626-631.

Vestergaard , S., Nayfi eld , S. G., Patel , K. V., Eldadah , B., Cesari , M., Ferrucci , L., et al. (2009). Fatigue in a representative population of older persons and its association with functional impairment, functional limitation, and disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci., 64A* (1), 76–82.

Vita, J. A., & Hamburg, N. M. (2010). Does endothelial dysfunction contribute to the clinical status of patients with peripheral arterial disease? *Canadian Journal of Cardiology, 26, Supplement A*(0), 45A-50A.

Vogel, T. R., Su, L. T., Symons, R. G., & Flum, D. R. (2007). Lower extremity angioplasty for claudication: A population-level analysis of 30-day outcomes. *Journal of Vascular Surgery, 45*(4), 762-767.

Copyright by Mahidol University

Vogel, T. R., Dombrovskiy, V. Y., Carson, J. L., & Graham, A. M. (2011). In-hospital and 30-day outcomes after tibioperoneal interventions in the US Medicare population with critical limb ischemia. *Journal of Vascular Surgery, 54*(1), 109-115.

Yip, Y. B., Sit, J. W., Fung, K. K. Y., Wong, D. Y. S., Chong, S. Y. C., Chung, L. H., & Ng, T. P. (2007). Impact of an arthritis self-management programme with an added exercise component for osteoarthritic knee sufferers on improving pain, functional outcomes, and use of health care services: An experimental study. *Patient Education and Counseling, 65*(1), 113-121.

Zwierska, I., Walker, R. D., Choksy, S. A., Male, J. S., Pockley, A. G., & Saxton, J. M. (2005). Upper- vs lower-limb aerobic exercise rehabilitation in patients with symptomatic peripheral arterial disease: A randomized controlled trial. *Journal of Vascular Surgery, 42*(6), 1122-1130.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เฉนียน เรืองเศรษฐกิจ
   แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมระบบหลอดเลือดแดงส่วนปลาย
   อาจารย์ประจำสาขาวิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือด ภาควิชาศัลยศาสตร์
   คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ช่อผกา สุทธิพงศ์
   อาจารย์พยาบาลด้านระบบหลอดเลือดแดงส่วนปลาย
   ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
   คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาวรัตนา แตงรอด
   พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระบบหลอดเลือดแดงส่วนปลาย(APN)
   งานการพยาบาลผ่าตัด
   ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
   คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวศิริภรณ์ สว่างพงษ์
   พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระบบหลอดเลือดแดงส่วนปลาย(APN)
   งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
   ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
   คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาวสุรีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์
   พยาบาลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระบบหลอดเลือดแดงส่วนปลาย
   งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
   ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
   คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

© Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ถนนพรานนก บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700

โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 561/2012

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

รหัสโครงการ : 519/2555(EC1)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวสุนันทา ตนกลาย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม
6. คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดส่วยปลายตีบตัน
7. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 19 ตุลาคม 2555

วันหมดอายุ : 18 ตุลาคม 2556

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจารุพิมพ์ สูงสว่าง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

31 ต.ค. 2555
.....
วันที่

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

-1 พ.ย. 2555
.....
วันที่

Copyright by Mahidol University

29/10/2555
หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2342 / 3,000 แผ่น / ก.ย 51 / Mat. 10023253

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. ๐-๒๓๕๔-๗๒๗๕, ๐-๒๒๐๑-๑๒๙๖ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๗๒๓๓

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๕/๕๒๘

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๑๑-๕๕-๓๗ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวสุนันทา ตนกลาย
ที่ทำงาน	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญา เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม _____

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม _____

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง ๖ ธันวาคม ๒๕๕๕

Copyright by Mahidol University

RL 01_2555

ที่ IRB/RTA ...106...../2556

คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

317 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รหัสโครงการ: Q024q/55_Exp

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง
[FACTORS PREDICTING SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS OF PATIENTS WITH PERIPHERAL ARTERIAL OCCLUSSIVE DISEASE POST ENDOVASCULAR THERAPY.]

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวสุนันทา ตนกลาย

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำการวิจัย: 1. โรงพยาบาลศิริราช 2. โรงพยาบาลรามาธิบดี 3. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เอกสารรับรอง :

(1) โครงร่างการวิจัยฉบับภาษาไทย Version 1 วันที่ 18 พ.ย. 2555
(2) โครงร่างการวิจัยฉบับภาษาไทย Version 2 วันที่ 2 ม.ค. 2556
(3) ประวัติผู้วิจัย Version 1 วันที่ 18 พ.ย. 2555
(4) แบบสัมภาษณ์ Version 2 วันที่ 2 ม.ค. 2556
(5) เอกสารชี้แจงข้อมูล Version 1 วันที่ 18 พ.ย. 2555
(6) หนังสือแสดงความยินยอม Version 2 วันที่ 2 ม.ค. 2556

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก ว่าสอดคล้องกับปฏิญญาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงร่างการวิจัย: 10 มกราคม 2556
วันสิ้นสุดการรับรอง: 9 มกราคม 2557
ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: รายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี

พันเอกหญิง.....
(เยาวนา ธนะพัฒน์)
ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

พันเอก.....
(สหพล อนันต์นำเจริญ)
เลขานุการและอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ค
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวสุนันทา ตนกลาย

สถานที่วิจัย 1. โรงพยาบาลศิริราช

- หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยศาสตร์หลอดเลือด ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 3
- หน่วยตรวจรักษาเครื่องมือพิเศษและติดตามการรักษา แผนกศัลยศาสตร์หลอดเลือด ณ ตึกสยามมินทร์ ชั้น 1
- หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 2 แผนกอายุรศาสตร์ (ในเวลาราชการ) และตึกผู้ป่วยนอกชั้น 3 แผนกอายุศาสตร์ (นอกเวลาราชการ)

2. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ตึกเฉลิมพระเกียรติฯ ชั้น 7 แผนกศัลยกรรมทั่วไป
3. โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ตึกอาคารสมเด็จพระเทพรัตนสุดาฯ ชั้น 2 แผนกศัลยกรรมทั่วไป

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

หอผู้ป่วยตึก 72 ปี ชั้น 7 หญิง ใต้ โรงพยาบาลศิริราช เบอร์โทรศัพท์ 086-5274498, (02) 419-9683

Copyright© by Mahidol University

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

ระยะเวลาในการวิจัย ตุลาคม 2555 – มิถุนายน 2556

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาว่าอาการอ่อนล้า การรับรู้เรื่องความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ (แพทย์หรือพยาบาล) มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงหรือไม่ อย่างไร ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการศึกษาในครั้งนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะช่วยให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการแนะนำและเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนพัฒนาการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางหลอดเลือดแดงได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่เคยได้รับการรักษาภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันด้วยวิธีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงเป็นครั้งแรก โดยที่ท่านสามารถอ่านออกหรือฟังและตอบคำถามได้ และกรณีที่ท่านอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ท่านจะได้รับการประเมินการนึกคิดและการจำ หากท่านมีการนึกคิดและการจำปกติ จะได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในการวิจัย (แต่ถ้าคะแนนน้อยกว่าปกติท่านจะไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมในการวิจัยนี้)

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 78 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ท่านในขณะรอตรวจจากแพทย์ หรือรอรับใบนัด หรือรอรับยาหลังจากพบแพทย์โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานงานกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจ เพื่อให้ท่านได้รับการตรวจ หรือรับใบนัด หรือรับยาตามคิวที่ได้รับ ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป (ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา) จำนวน 18 ข้อ
2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง จำนวน 29 ข้อ
3. แบบสัมภาษณ์อาการอ่อนล้า จำนวน 22 ข้อ
4. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ จำนวน 9 ข้อ
5. แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ จำนวน 23 ข้อ

Copyright by Mahidol University

รวมข้อคำถามทั้งหมด 101 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง นอกจากนี้ผู้วิจัยจะทำการบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติและผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการล่าสุดของท่านจากคอมพิวเตอร์ โดยไม่มีการเจาะเลือดใหม่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโครงการวิจัยนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ไม่มีการกระทำกิจกรรมใดๆ กับท่าน เพราะฉะนั้นความเสี่ยงที่ร้ายแรงไม่มี แต่อาจจะส่งผลให้ท่านเสียเวลา รู้สึกเบื่อหน่าย หรือรบกวนเวลาที่เป็นส่วนตัวของท่าน และอาจทำให้ท่านอึดอัดใจในการตอบคำถามบางข้อ ท่านมีอิสระเต็มที่ในการจะไม่ตอบคำถามข้อนั้นได้ หรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ ในแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ท่านอาจสับสนไม่แน่ใจหรือ มีข้อข้องใจ ดังนั้นภายหลังตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะชี้แจงและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และมอบแผ่นพับคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่เหมาะสมกับโรคและการรักษาที่ได้รับ เมื่อถึงเวลาตรวจ รับใบนัด หรือรับยา ท่านจะได้รับการตรวจ รับใบนัด และรับยาตามเวลา โดยหยุดแบบสัมภาษณ์และสามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ใหม่ภายหลังได้รับการตรวจรักษา หรือรอรับใบนัด หรือรับยา และหากพบความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้นระหว่างการสนทนา เช่น ท่านมีอาการปวดที่ระดับคะแนนมากกว่า 3 คะแนน ผู้วิจัยจะดูแลให้ท่านได้รับยาแก้ปวดเดิมของท่านและให้พัก หลังจากนั้นจะประเมินซ้ำเมื่อ 30-60 นาที ท่านจะได้รับการสอบถามคะแนนอาการปวดอีกครั้ง หากอาการปวดลดลงและท่านพร้อมให้การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะเริ่มสัมภาษณ์ต่อจนเสร็จสิ้น นอกจากนี้หากมีอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น วิงเวียนศีรษะ เหนื่อยหอบ หน้ามืด ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการวัดสัญญาณชีพ ให้พัก และรายงานความผิดปกติดังกล่าวกับแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลประจำการเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป หากอาการดังกล่าวลดลง หรือหายไปและท่านพร้อมให้การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะเริ่มสัมภาษณ์ต่อจนเสร็จสิ้น

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวสุนันทา ตนกลาย หมายเลขโทรศัพท์ 086-5274498 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

Copyright by Mahidol University

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ นางสาวสุนันทา ตนกลาย ซึ่งเป็นผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย ผลประโยชน์โดยตรงที่ท่านจะได้รับอาจจะไม่มี แต่ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์โดยรวมในอนาคต ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการวิจัยครั้งนี้

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร. 0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ง
หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารหมายเลข 3ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวสุนันทา ตนกลาย ที่เบอร์โทรศัพท์ 086-5274498 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

Copyright by Mahidol University

รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
รหัสโครงการ 519/2555(EC1)
วันที่รับรอง 19 ต.ค. 2555

ลงชื่อ..... **ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่**.....

(.....)

ลงชื่อ.....**ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่**.....

(.....)

ในกรณีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร อ่านหนังสือไม่ออก มีพยานซึ่งไม่มีส่วนได้เสียอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาที่มีการให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พยานขอยืนยันว่าข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนายินยอมหรือข้อมูลที่ได้รับและเอกสารอื่นได้รับการอธิบายอย่างถูกต้อง และผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมแสดงว่าเข้าใจรายละเอียดต่างๆ พร้อมทั้งให้ความยินยอมโดยสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน/วันที่.....

(.....)

รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์วิรราชพยาบาล
รหัสโครงการ...MU-IRB 2012/295(EC1)...
วันที่รับรอง...19 ต.ค. 2555...

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

<u>คำชี้แจง</u> ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นบันทึกข้อมูล โดยการทำเครื่องหมาย √ ลงใน ☐ หน้าข้อความหรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด

<u>ตอนที่ 1</u> ข้อมูลส่วนบุคคล

1. **เพศ** ☐ ชาย ☐ หญิง
2. **อายุ** .....ปี
3. **ภูมิลำเนา** จังหวัด.....
4. **สถานภาพสมรส** ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย/หย่า/ แยก
5. **ระดับการศึกษา**
   - ☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
   - ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ ปวช./ ปวส. ☐ ปริญญาตรี
   - ☐ สูงกว่าระดับปริญญาตรี ☐ อื่นๆ ระบุ.....
6. **การประกอบอาชีพก่อนท่านเจ็บป่วยครั้งนี้**
   - ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้าง
   - ☐ รับราชการ ☐ ประกอบธุรกิจส่วนตัว ☐ อื่นๆ ระบุ.....

.

.

<u>ตอนที่ 2</u> ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษาโรค (จากการสัมภาษณ์ เวชระเบียนและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

❖ **ข้อมูลใน*<u>ระยะก่อน</u>*ได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง**

10. อาการสำคัญที่เริ่มมาพบแพทย์

.

.

❖ **ข้อมูล*<u>ระยะหลัง</u>*ได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง**

13. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

.

18.

Copyright by Mahidol University

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของท่านภายหลังได้รับการรักษาหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง โดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อและกรุณาเขียนเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับกิจกรรมที่ท่านกระทำหรือเป็นข้อความที่เป็นจริงกับท่านมากที่สุดการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำทุกวันหรือ 7 วันต่อสัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นประมาณ 5-6 วันต่อสัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นประมาณ 3-4 วันต่อสัปดาห์
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นประมาณ 1-2 วันต่อสัปดาห์
ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

Copyright by Mahidol University

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติ				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เลย
1. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด					
2. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมัน.....					
3. ……					
……					
……					
……					
……					
……					
……					
……					
29. ท่านรักษาโรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบ โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น ตามกำหนดนัดหมายอย่างต่อเนื่อง					

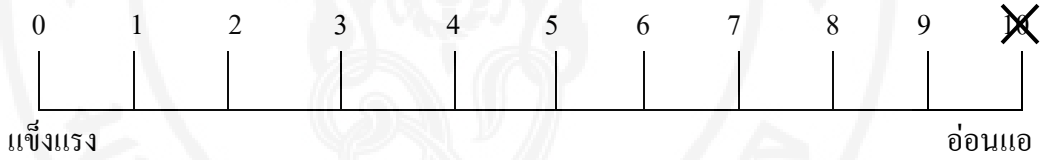
Copyright by Mahidol University

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์อาการอ่อนล้า

<u>คำชี้แจง</u> ข้อความต่อไปนี้มีจำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับอาการอ่อนล้า โดยความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความที่จุดเริ่มต้นทางด้านซ้ายมือและจุดสุดท้ายทางด้านขวามือ แล้วทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

<u>ตัวอย่าง</u>

โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านมากที่สุด หลังจากได้รับการรักษาภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่ผ่านมาท่านรู้สึกตัวเองเป็นอย่างไร



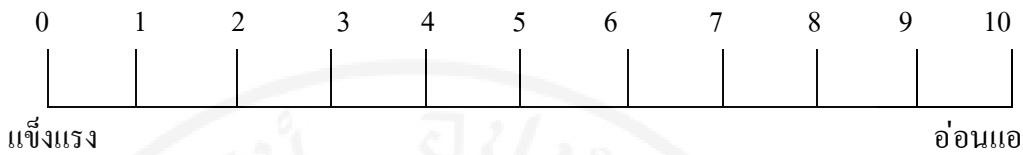
<u>จากข้อความตัวอย่าง</u>

แสดงว่า หลังจากได้รับการรักษาภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันท่านรู้สึกว่าตนเองมีความรู้สึกอ่อนแอมากที่สุด

Copyright by Mahidol University

ข้อ 1-11 หลังจากได้รับการรักษาแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันท่านรู้สึกตัวเองเป็นอย่างไร

ข้อ 1



.

.

.

.

ข้อ 11

ข้อ 12 ความรู้สึกของอาการอ่อนล้า.....

.

.

.

ข้อ 16 ความรู้สึกของอาการอ่อนล้ามีผลรบกวนความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม.....

.

.

ข้อ 18 -22 โปรดอธิบายความรู้สึกของท่านที่มีต่ออาการอ่อนล้าในระยะหลังได้รับการรักษา.....

.

.

.

.

.

.

ข้อ 22

Copyright by Mahidol University

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ

<u>คำชี้แจง</u> แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ต้องการทราบถึงการรับรู้กระบวนการดูแลระหว่างบุคคลในด้านการส่งข่าวสาร ประกอบด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การตัดสินใจร่วมกัน และการแลกเปลี่ยนข้อมูล การดูแลรักษาระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพเพื่อจัดการกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันที่เกี่ยวกับการรักษา การพยาบาล ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่ โดยเจ้าหน้าที่สุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง แพทย์ พยาบาล

โปรดพิจารณาให้รอบคอบ แล้วเขียนเครื่องหมาย √ ให้ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ในการตอบดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน**มากที่สุดหรือทั้งหมด**
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน**ส่วนมากแต่ไม่ทั้งหมด**
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน**ปานกลางหรือเพียงครึ่งหนึ่ง**
เล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน**เพียงเล็กน้อย**
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้น**ไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริง**ที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

Copyright by Mahidol University

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ (ต่อ)

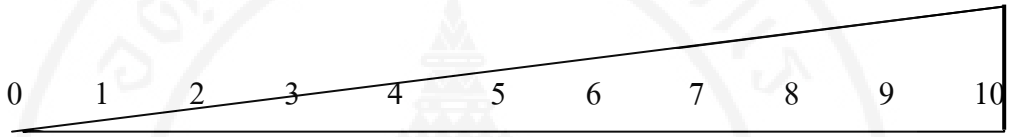
ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
1. แพทย์/พยาบาล ให้การต้อนรับท่านอย่างเป็นมิตร					
2. แพทย์/พยาบาล แนะนำตัวก่อนให้การรักษาพยาบาล					
3. แพทย์/พยาบาล มีความเห็นใจและเข้าใจท่าน					
4. แพทย์/พยาบาล รับฟังอาการของท่าน					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
23.แพทย์/พยาบาล อธิบายอาการที่ต้องมาพบแพทย์ทันที					

Copyright by Mahidol University

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ

<u>คำชี้แจง</u> แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบการรับรู้ความเจ็บป่วยของท่านภายหลังได้รับการรักษาหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง กรุณาทำเครื่องหมายวงกลม ◯ ล้อมรอบตัวเลขที่แสดงถึงความคิดเห็นของท่าน

1. โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันของท่านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด



ไม่มีผลกระทบ มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด

2. ท่านคิดว่าโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันของท่านจะเป็นอยู่อีกนานเท่าไร

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9. ท่านเชื่อว่าอะไรเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันของท่าน
โปรดเรียงลำดับตามความสำคัญจาก 1-3

1……

2……

3……

Copyright by Mahidol University

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

แบบประเมินเกี่ยวกับการนึกคิดและจำ (Set Test)

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นการประเมินความสามารถในการนึกคิดและจำของท่าน โปรดบอกชื่อของ สี สัตว์ ผลไม้ และจังหวัด ที่ท่านรู้จักให้มากที่สุดเท่าที่ท่านจำได้

สี	**สัตว์**
1.	1. .....
2.	2. .....
3.	3. .....
4.	4. .....
5.	5. .....
6.	6. .....
7.	7. .....
8.	8. .....
9.	9. .....
10.	10. .....
ผลไม้	**จังหวัด**
1.	1. .....
2.	2. .....
3.	3. .....
4.	4. .....
5.	5. .....
6.	6. .....
7.	7. .....
8.	8. .....
9.	9. .....
10.	10. .....

รวมคะแนนทั้งหมด.....คะแนน วันที่ประเมิน.....

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาวสุนันทา ตนกลาย
วัน เดือน ปีเกิด	7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2545 -2549 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553 -2556 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ทุนการศึกษา	ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช
ที่อยู่ปัจจุบัน	256 หมู่ 7 ตำบลทมอ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ 32140 โทรศัพท์ 086-5274498 E-mail address: sue_thon@hotmail.com
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2549 - ปัจจุบัน หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร ระบบหลอดเลือด และศัลยกรรมตกแต่ง ตึก 72 ปี ชั้น 7 หญิง ใต้ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

Copyright by Mahidol University