

ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงบริเวณขาตึบตัน ภายหลังการผ่าตัด โดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

รัชดาภรณ์ เรืองวิเศษ, พย.ม.*

นภาพร วาณิชกุล, Ph.D.***

สุพร ดนัยดุชฎีกุล, พย.ด.****

เกศศิริ วงษ์คงคำ, พร.ด.**

คามิน ชินศักดิ์ชัย, ว.ว.*****

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่ายและระยะเวลาหลังผ่าตัดต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงบริเวณขาตึบตันภายหลังผ่าตัดโดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

การออกแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงทำนาย

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงบริเวณขาตึบตัน ภายหลังผ่าตัดโดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง จำนวน 77 คน มารับการติดตามรักษาที่หน่วยตรวจโรคแผนกศัลยกรรมหลอดเลือดและหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผลโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมิถุนายน 2556 ถึงมิถุนายน 2557 เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง แบบสอบถามข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่ายและแบบสอบถามการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยประเมินจากความสามารถในการเดิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.4 มีการฟื้นตัวระยะหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 46.7 มีพฤติกรรมดูแลตนเองดี ร้อยละ 53.2 ได้รับข้อมูลก่อนจำหน่ายมาก การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองเป็นปัจจัยเพียงตัวเดียวที่สามารถทำนายการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 20.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .204$, $F_{(3,73)} = 6.253$, $p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ: การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีจะส่งผลดีต่อการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลจึงควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง

วารสารสภาการพยาบาล 2560; 32(2) 79-94

คำสำคัญ : การฟื้นตัว หลังผ่าตัด พฤติกรรมดูแลตนเอง การผ่าตัดโดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

*นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail:kessiri.won@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ (ศัลยกรรมหลอดเลือด) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Predictive Factors in Peripheral Arterial Occlusive Disease Patients' Recuperation After Endovascular Surgery

Rachadaporn Ruangwiset, M.N.S.*

Napaporn Wanitkun, Ph.D***

Suporn Danidusadeekul, DNS****

Kessiri Wongkongkam, Ph.D**

Khamin Chinsakchai, M.D.*****

Abstract:

Objective: To study the power of self-care behaviour, pre-discharge records and post-operative recovery to predict peripheral arterial occlusive disease patients' recuperation after endovascular surgery.

Design: Predictive research.

Methodology: The subjects, selected by means of simple random sampling, were 77 peripheral arterial occlusive disease patients who had undergone endovascular surgery and were receiving follow-up treatment at Siriraj Hospital's Vascular Surgery and Special Instrument and Follow-Up Clinic between June 2013 and June 2014. Data were collected by means of (i) a personal and health information questionnaire; (ii) a self-care behaviour questionnaire; (iii) a pre-discharge information questionnaire; and (iv) a walking-ability-based post-operative recovery assessment questionnaire. The data were analysed in terms of frequency, percentage, mean and standard deviation, using multiple regression analysis.

Results: The study found that 47.4% of the subjects recovered well after the surgery, whilst 46.7% showed good self-care behaviour and 53.2% indicated that they had received substantial information before their discharge. The multiple regression analysis identified self-care behaviour as the only significant predictive factor, in 20.4% of the patients' post-operative recuperation ($R^2 = .204$, $F(3,73) = 6.253$, $p < 0.05$).

Recommendations: Good self-care behaviour is likely to contribute positively to post-operative recuperation. Thus, nurses are advised to develop self-care programmes and apply them to their patients.

Thai Journal of Nursing Council 2017; 32(2) 79-94

Keywords : peripheral arterial occlusive disease; endovascular surgery; post-operative recuperation; self-care behaviour

*Student of Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University

**Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Mahidol University E-mail:kessiri.won@mahidol.ac.th

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

****Assistant Professor, M.D. (Vascular Surgery), Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดสู่ปลายเท้าลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเริ่มต้นด้วยการปวดขาเวลาเดิน ต่อมาหากการตีบตันรุนแรงขึ้นผู้ป่วยจะเกิดภาวะขาชาดเลือดขึ้นวิกฤต คือ มีอาการปวดขาในขณะที่พัก มีแผลขาดเลือดหรือเกิดเนื้อตายซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการถูกตัดนิ้วหรือตัดขา และหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีโอกาสสูญเสียขาภายใน 6 เดือน สูงถึงร้อยละ 40 และมีอัตราการเสียชีวิตภายหลังการเสียชีวิตเพิ่มเป็นร้อยละ 20¹⁻² ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้มากกว่าผู้ชายร้อยละ 5.2³ และผู้ป่วยไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตันสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุน้อย⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแกนติดและคณะ⁵ พบโรคนี้สูงขึ้นร้อยละ 29 ในผู้ที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานและสูบบุหรี่ และในผู้ที่อายุ 70 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 12-30 การผ่าตัดโดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (endovascular surgery) เป็นการผ่าตัดแก้ไขภาวะตีบตันภายในหลอดเลือดแดงของขาที่มีประสิทธิภาพสูงลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และความเจ็บปวดที่เกิดจากการผ่าตัดด้วยวิธีผ่าตัดแบบทำทางเป็ยหลอดเลือดเนื่องจากแผลมีขนาดเล็ก ในระยะหลังผ่าตัดผ่านทางสายสวนผู้ป่วยที่ไม่มีแผลที่เท้าจะสามารถลงเดินและพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 2-3 วันก็กลับบ้านได้ อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากได้รับการผ่าตัดผ่านทางสายสวน ได้แก่ เกิดการอุดตันซ้ำ (11%) หลอดเลือดแดงฉีกขาด (6%) หรือเกิดการติดเชื้อ (2.5%) เป็นต้น⁶⁻⁷ ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถส่งผลทางลบต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้

การที่ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติหรือมีสุขภาพแข็งแรงเทียบเท่าก่อนผ่าตัดนั้น ต้องอาศัยกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ดี ตามธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านจากการเจ็บป่วยในโรงพยาบาลจนสามารถไปพักฟื้นที่บ้านต้องผ่านเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน โดยมีการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดรูปแบบการตอบสนองต่อกระบวนการเป็นการฟื้นตัวที่ดีหลังผ่าตัด⁸ ซึ่งผลลัพธ์ของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสามารถประเมินได้จากอัตราการคงสภาพการไหลเวียนของหลอดเลือดแดง อัตราการหายของแผล อัตราการรอดชีวิต อัตราการเสียชีวิต การทำงานของร่างกายและคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด⁹⁻¹⁰ และเนื่องจากอาการทางคลินิกที่สำคัญของโรค คือ อาการปวดขา ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงจะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงที่ขาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อขากลับมาทำงานได้ดังเดิม ปัจจุบันดัชนีที่นิยมใช้ในการประเมินผลของการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ประเมินจากการทำงานของร่างกายโดยเฉพาะการเดินควบคู่กับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹⁰⁻¹¹ ซึ่งความสามารถในการเดินของผู้ป่วยหลังผ่าตัดถือว่าเป็นดัชนีที่สะท้อนถึงการฟื้นตัวอย่างเป็นรูปธรรม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่สามารถเดินได้ในระยะทางที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งสามารถเดินได้ทั้งบนพื้นราบและเดินขึ้นลงบันไดได้ ย่อมแสดงให้เห็นว่าการทำงานของร่างกายกลับมาสู่สภาวะที่ดีขึ้นหรือกลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งบ่งบอกได้ถึงการฟื้นตัวที่ดีภายหลังผ่าตัดนั่นเอง¹⁰⁻¹¹ ปัจจุบันมีเครื่องมือหลายชนิดที่ใช้ประเมินการทำงานของร่างกายโดยเฉพาะความสามารถในการเดิน เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF 36 หรือ แบบประเมินความพร้อมในการเดิน (walking impairment questionnaire) เป็นต้น¹¹⁻¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการฟื้นตัวและสุขภาพของ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ ระดับความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด การพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระยะเวลาหลังผ่าตัด¹³⁻¹⁴ ระยะเวลาหลังผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการฟื้นหายมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีการเรียนรู้และปรับตัวยอมรับโรคมากขึ้น¹⁴⁻¹⁵ และการให้ข้อมูลในช่วงที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีผลเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดอัตราการสูญเสียขาภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยในระยะที่กลับไปพักฟื้นที่บ้าน¹⁶ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลที่สำคัญคือการให้คำแนะนำและข้อมูลในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีรวมถึงมีการประเมินผลของการฟื้นตัวอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน การศึกษาวิจัยทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตบตันในประเทศไทยอยู่ในระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะการศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นตัวทั้งในระยะหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน จึงยังไม่ชัดเจนว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมให้เกิดการฟื้นตัวที่ดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้และเนื่องด้วยการรักษาโดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงเป็นการรักษาที่กำลังได้รับการนิยมนำมาใช้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายบริเวณขาตบตันภายหลังผ่าตัดโดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงเพื่อนำผลวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการฟื้นตัวให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งในระยะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

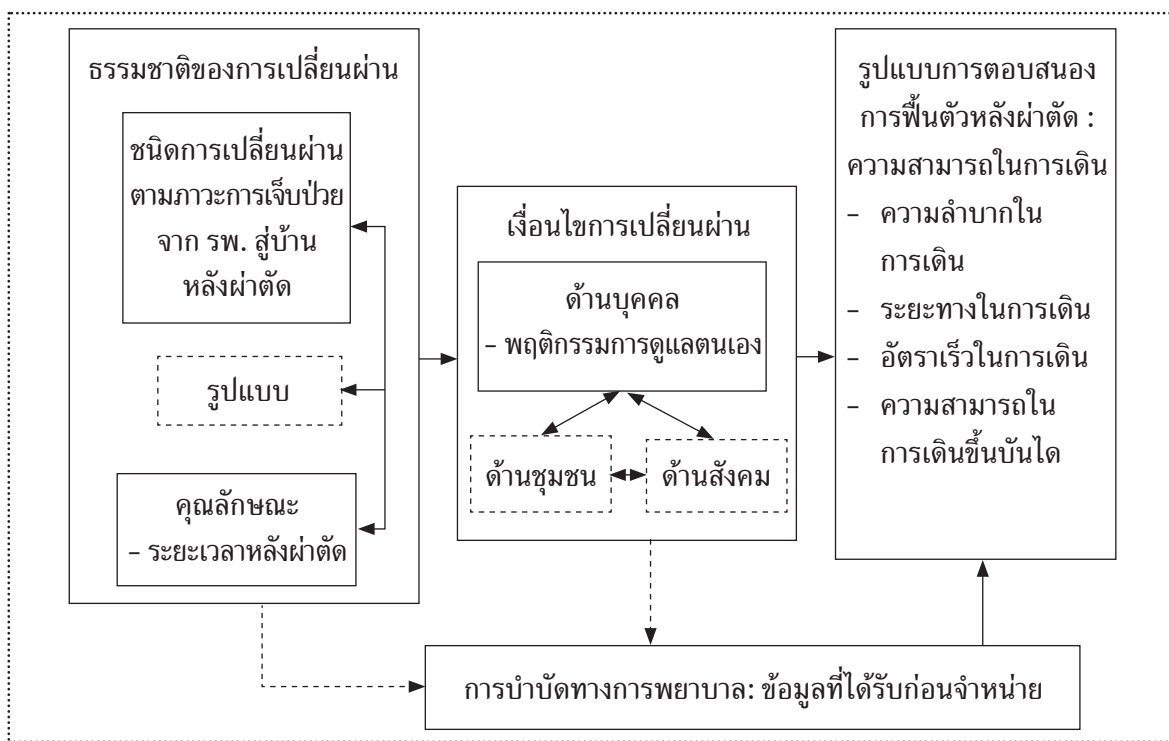
ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของเมลิส (Meleis)⁸ เป็นทฤษฎีที่มีการพัฒนาขึ้นโดยให้

นิยามการเปลี่ยนผ่านว่า เป็นกระบวนการการเคลื่อนผ่าน จากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งหรือจากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและอาจมีผลกระทบต่อคนมากกว่าหนึ่งคนในหนึ่งสถานการณ์ ทฤษฎีนี้เป็นระบบปิด เริ่มจากมีสิ่งนำเข้า (input) ผ่านสู่กระบวนการ (process) การเปลี่ยน เกิดการตอบสนองต่อกระบวนการและได้ผลลัพธ์ (output) เกิดขึ้น มีการเปลี่ยนผ่าน 3 ชนิด คือ 1) การเปลี่ยนผ่านตามพัฒนาการ (developmental transition) 2) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (situational transition) และ 3) การเปลี่ยนผ่านตามสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health/ illness transition) ทฤษฎีนี้มีการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและทฤษฎีระดับกลางโดยพัฒนาแบบจำลองทางการพยาบาลขึ้นมาใหม่ด้วยการรวมชนิดของการเปลี่ยนผ่าน และคุณลักษณะของการเปลี่ยนผ่านเข้ามาอยู่ในโมเดลเดียวกัน เรียกว่า ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งประกอบด้วย 4 โมเดลหลักดังนี้ คือ (1) ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (2) เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน (3) รูปแบบการตอบสนอง และ (4) การบำบัดทางการพยาบาล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis)⁸ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่ออธิบายถึงธรรมชาติการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงบริเวณขาตบตันภายหลังผ่าตัดโดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านตามสภาวะการเจ็บป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดในขณะที่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งต้องอาศัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านอันเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมและยับยั้งต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย เงื่อนไขด้านบุคคล ด้านชุมชนและด้านสังคม ในการวิจัยนี้ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเงื่อนไข

ด้านบุคคล และข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย ซึ่งเป็นการบำบัดทางการพยาบาล ว่ามีผลให้เกิดรูปแบบการตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านอย่างไร โดยประเมินจากการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ จากความสามารถในการเดิน ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเดินมาก แสดงถึง การทำหน้าที่ของร่างกายกลับมาสู่สภาพที่ดีหรือปกติ ย่อมบอกได้ถึงการฟื้นตัวที่ดีภายหลังผ่าตัด หากผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านที่ดี คือ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

และได้รับการบำบัดทางการพยาบาลที่ดี คือ ได้รับข้อมูลก่อนจำหน่ายที่เหมาะสมเพียงพอ ประกอบกับระยะเวลาหลังผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยปรับตัวและเรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและสภาพหลังผ่าตัดได้มากขึ้น จะช่วยส่งเสริมในการเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนผ่านไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดรูปแบบการตอบสนองเป็นความสามารถในการเดินที่ดีที่แสดงถึงการฟื้นตัวหลังผ่าตัดนั่นเอง ซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวคิดดังนี้ (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis (2010)⁸

กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของพฤติกรรม การดูแลตนเอง ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่ายและระยะเวลา หลังผ่าตัดต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดง

บริเวณขาตึบตันภายหลังผ่าตัดโดยผ่านทางสายสวน หลอดเลือดแดง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยอายุ 40 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงบริเวณขาตึ้นที่มีระดับความรุนแรงของโรค Fontaine stage 2 ขึ้นไป คือ มีอาการปวดขาขณะเดิน หรือมีอาการปวดในขณะพัก หรือเกิดแผลและเนื้อตายที่เท้า¹⁷ ที่ได้รับการผ่าตัดโดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงและมาติดตามการรักษา (follow up) ภายหลังได้รับการผ่าตัด ณ หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกและหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามการรักษาแผนกศัลยศาสตร์หลอดเลือด โรงพยาบาลศิริราช กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบ (power analysis) สำหรับ multiple regression analysis ของตัวแปรอิสระ 3 ตัว กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง $R^2 = .13$ ¹⁸ อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 แอลฟาเท่ากับ 0.05 ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ ได้รับการผ่าตัดดังกล่าวเป็นครั้งแรกและสามารถสื่อสารและตอบคำถามได้ด้วยตนเอง และเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดโดยวิธีอื่นร่วมด้วย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุดซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสามารถในการประกอบอาชีพภายหลังผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 2) ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษาโรค ได้แก่ โรคประจำตัวหรือโรคร่วม ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดแดงบริเวณขาตึ้น อาการสำคัญที่มาพบแพทย์

ระดับความรุนแรงของโรค ตำแหน่งพยาธิสภาพที่มี การตึ้นของหลอดเลือด ชนิดการผ่าตัด ลักษณะแผลที่เท้า ความสามารถในการเดิน และระยะเวลาที่มาติดตามการรักษาหลังผ่าตัด

2. แบบสอบถามการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยประเมินความสามารถในการเดิน แผลจาก แบบสอบถามความพร้อมในการเดิน (Walking Impairment Questionnaire) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยรีเจนสแตนเนอร์และคณะ¹⁰ แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยเกศศิริ วงษ์คงคำ¹² ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back translate) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.957 มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความลำบากในการเดิน มีคำถาม 7 ข้อ ประเมินโดยถามเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เดินลำบาก และระดับความยากลำบากในการเดิน ส่วนที่ 2 ระยะทางในการเดิน มีคำถาม 7 ข้อ ประเมินโดยถามเกี่ยวกับความยากลำบากในการเดินโดยไม่ต้องหยุดพักตามระยะทางที่แตกต่างกัน 7 ระยะ เริ่มตั้งแต่การเดินในระยะ 50 ฟุต จนถึงเดินในระยะทาง 1500 ฟุต ส่วนที่ 3 อัตราเร็วในการเดิน มีคำถาม 4 ข้อ ประเมินโดยถามเกี่ยวกับความยากลำบากในการเดินตามแนวพื้นราบที่ระยะทาง 1 ช่วงตึก โดยไม่ต้องหยุดพักในอัตราเร็วที่แตกต่างกัน 4 ระดับ คือ เดินช้าๆ เดินอัตราเร็วปกติ เดินเร็วและวิ่งจ็อกกิ้ง ส่วนที่ 4 ความสามารถในการเดินขึ้นบันไดมีคำถาม 3 ข้อ ประเมินโดยถามเกี่ยวกับความยากลำบากในการเดินขึ้นบันไดโดยไม่ต้องหยุดพักในจำนวนขั้นที่ต่างกัน 3 ระดับ คือเดินขึ้นบันไดได้ 1 ขั้น จนถึง 3 ขั้น ซึ่งในแบบสอบถามแต่ละส่วนมีวิธีการให้คะแนนแบบ Likert scale ระดับคะแนน 1-5 คะแนน มีช่วงคะแนนรวมระหว่าง 0-84 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการเดินในระดับมาก แสดงถึงการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดดี คะแนนน้อยหมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ไม่ดี ในงานวิจัยครั้งนี้ได้หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 แล้วนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของรัตนา แตรงอนและคณะ¹³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงบริเวณขาตื้นต้นขาหลังได้รับการผ่าตัดโดยผ่าน ทางสายสวนหลอดเลือดแดง มีคำถาม 28 ข้อครอบคลุม หัวข้อดังนี้ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม (6 ข้อ) การป้องกันเฝ้ารวังและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน (7 ข้อ) การรับประทานยาและการจัดการกับผลข้างเคียง ของยา (4 ข้อ) การออกกำลังกายและกิจกรรมอื่นๆ (7 ข้อ) และการติดตามการตรวจรักษา (4 ข้อ) ใช้วิธี การให้คะแนนแบบ Likert scale ระดับคะแนน 1-3 คะแนน มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 28-84 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี คะแนนต่ำ หมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่มี แบบสอบถามชุดนี้ได้หาค่าความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงตาม เนื้อหาเท่ากับ 0.93 และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.65

4. แบบสอบถามข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย เป็น เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลคำแนะนำที่ผู้ป่วยภายหลังได้รับ การผ่าตัดโดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงควร ได้รับก่อนจำหน่ายกลับบ้านประกอบด้วยข้อคำถาม

ทั้งหมด 30 ข้อ ครอบคลุมหัวข้อ ดังนี้ การดูแลแผล ผ่าตัด (5 ข้อ) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม (5 ข้อ) ข้อควรปฏิบัติต่างๆและการออกกำลังกาย (7 ข้อ) การรับประทานยาและการข้างเคียงจากยา (6 ข้อ) อาการสำคัญที่ต้องมาพบแพทย์ (5 ข้อ) และ การติดตามการตรวจรักษา (2 ข้อ) มีระดับคะแนนเป็น แบบ 0 และ 1 คะแนน 0 คะแนนหมายถึง ข้อความ ในข้อนั้นเป็นคำแนะนำที่ผู้ป่วยไม่ได้รับ หรือไม่แน่ใจ ว่าได้รับ จากแพทย์/พยาบาลก่อนกลับบ้าน และ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความในข้อนั้นเป็นคำแนะนำที่ ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์/พยาบาลก่อนกลับบ้าน ซึ่งมี ช่วงคะแนนรวมระหว่าง 0-30 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยได้รับข้อมูลก่อนจำหน่ายในระดับมาก คะแนนน้อย หมายถึง ผู้ป่วยได้รับข้อมูลก่อนจำหน่าย ในระดับน้อย แบบสอบถามชุดนี้ได้หาค่าความตรงตาม เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรง ตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ 034/2656(EC1) หลังจากได้รับการรับรองผู้วิจัยได้เข้าพบศัลยแพทย์ หัวหน้าสาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือด หัวหน้าฝ่ายการ พยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วย นอกของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอ ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่

ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงบริเวณขาตึบตันภายหลังการผ่าตัด
โดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

กำหนด ผู้วิจัยบอวัตถุประสงค์การวิจัยและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากเวชระเบียนและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทีละชุด โดยเริ่มจากแบบสอบถามการฟื้นตัวหลังผ่าตัดแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย ตามลำดับ สำหรับกรณีทีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างตอบไว้ในแบบสอบถาม ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 35-40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษาโรค ใช้สถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละ คำนวณพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง คำนวณของข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย ระยะเวลาหลังผ่าตัด และความสามารถในการเดิน ใช้สถิติการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดโดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple regression) แบบคัดเลือกเข้าพร้อมกัน (enter regression)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.4 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.1 ปี (SD = 12.3 ปี) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าและไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่าง

ร้อยละ 96.1 มีโรคร่วม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.2 มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค โดยพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 91 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39 มีประวัติสูบบุหรี่และภายหลังได้รับการผ่าตัดแล้วยังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.2 ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับไขมันและระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติคิดเป็นร้อยละ 81.1 และร้อยละ 84.4 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.9 มีพฤติกรรมออกกำลังกายโดยใช้เวลาออกกำลังกายเฉลี่ย 33.75 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมากถึงร้อยละ 50 เลือกออกกำลังกายด้วยการเดิน

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.2 มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะขาตึบตันเลือดชั้นวิกฤต (Fontaine's stage 4) คือ มีแผลขาดเลือดและเนื้อตายบริเวณเท้า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.9 ระบุว่าการมีแผลขาดเลือดและเนื้อตายบริเวณเท้าเป็นอาการสำคัญที่ทำให้มาพบแพทย์ ตำแหน่งที่พบการอุดตันของหลอดเลือดมากที่สุด คือ บริเวณ Bilateral femoral-popliteal artery คิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมาคือบริเวณ Tibioperoneal artery คิดเป็นร้อยละ 29.9 กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงโดยใช้ลูกโป่งถ่างขยายหลอดเลือดแดง (percutaneous balloon angioplasty) และการผ่าตัดผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงโดยใช้ลูกโป่งถ่างขยายหลอดเลือดแดงร่วมกับใส่ขดลวดค้ำยัน (percutaneous balloon angioplasty with stent) คิดเป็นร้อยละ 41.6 และร้อยละ 28.6 ตามลำดับ และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.8 ไม่ต้องการได้รับการผ่าตัดซ้ำ อย่างไรก็ตามในวันที่มาติดตามการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.8 มีแผลที่เท้าแต่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ร้อยละ 87.5 สามารถเดินได้

ผลการศึกษาในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย ระยะเวลาหลังผ่าตัดและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 71.6 คะแนน (SD = 4.4 คะแนน) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 61-82 คะแนน กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลก่อนจำหน่ายอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.5 คะแนน (SD = 6.1 คะแนน) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 7-30 คะแนน และเมื่อพิจารณาตามระยะเวลาหลังผ่าตัด

ณ วันที่กลุ่มตัวอย่างมาติดตามการรักษา พบว่า ระยะเวลาหลังผ่าตัด ณ วันที่กลุ่มตัวอย่างมาติดตามการรักษาเฉลี่ย 72.3 วัน (SD = 83 วัน) โดยมีระยะเวลาหลังผ่าตัดที่กลุ่มตัวอย่างมาติดตามการรักษาอยู่ในช่วง 9 -297 วัน และเมื่อพิจารณาด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดซึ่งประเมินจากความสามารถในการเดิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเดินโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.3 คะแนน (SD = 23.4 คะแนน) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่ายและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (n = 77)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	Min	Max
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	71.6	4.5	61	82
ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย	20.5	6.1	7	30
ระยะเวลาหลังผ่าตัด	72.3	83.0	9	297
การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ความสามารถในการเดิน)	50.3	23.4	0	80

ผลการศึกษาด้านการฟื้นตัวซึ่งประเมินจากความสามารถในการเดินในรายด้าน ได้แก่ ความลำบากในการเดิน ระยะทางในการเดิน อัตราเร็วในการเดิน และความสามารถในการเดินขึ้นบันได พบว่า ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.33 สามารถเดินได้ปกติไม่มีความยากลำบากในการเดิน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.67 ระบุว่า มีความยากลำบากในการเดินในระดับยากเล็กน้อยถึงยากมาก และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.7 ระบุว่ามีความยากลำบากในการเดินในระดับมากที่สุด ซึ่งอาการที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.9 มีความลำบากในการเดินมากที่สุด คือ อาการปวดเมื่อยหรือเจ็บที่ข้อเท้า/ข้อเข่าหรือสะโพก สำหรับระยะทางในการเดินบนพื้นราบพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.3 สามารถเดินในบ้านได้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 สามารถ

เดินในระยะทางที่มากที่สุด คือ 50 ฟุต (50 ก้าว) รองลงมาร้อยละ 35.9 เดินได้ในระยะทาง 150 ฟุต (150 ก้าว) และมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 12.8 ที่เดินได้ระยะทางมากที่สุด คือ 1500 ฟุต (1500 ก้าว) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.7 สามารถเดินโดยไม่ต้องหยุดพักในระยะทาง 100 เมตรด้วยการเดินในอัตราเร็วปกติ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากถึงร้อยละ 74.4 ไม่สามารถวิ่งเร็ว ๆ หรือวิ่งจ็อกกิ้งได้ สำหรับความสามารถในการเดินขึ้นบันได พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.6 สามารถเดินขึ้นบันไดได้เพียง 1 ชั้น ดังนั้น จากผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าภายหลังได้รับการผ่าตัดผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงกลุ่มตัวอย่างมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในระดับดี ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาหลังผ่าตัดที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเริ่มเดินได้มีค่าเฉลี่ย

ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงบริเวณขาตึ้นภายหลังการผ่าตัด
โดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

เท่ากับ 15.85 วัน (SD = 29.99) และระยะเวลาหลังผ่าตัดที่สามารถเริ่มเดินได้อยู่ระหว่าง 1-150 วัน นอกจากนี้เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถในการเดินพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67.5 มีคะแนนความสามารถในการเดินอยู่ระหว่าง 41-80 คะแนน โดยเป็นกลุ่มที่มาติดตามการรักษาในช่วง 1 เดือนแรกหลังผ่าตัด (1-30 วัน) ร้อยละ 46.2 กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 53.8 มาติดตามการรักษาในช่วง 4-10 เดือนหลังผ่าตัด (31-300 วัน) ระยะเวลาที่นานที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างมาติดตามการรักษาหลังผ่าตัด คือ 297 วัน โดยในกลุ่มที่มาติดตามการรักษาหลังผ่าตัดในช่วง 1 เดือนแรกนั้นร้อยละ 53.8 มีคะแนนความสามารถในการเดินน้อย คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 35 คะแนน ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีการฟื้นตัวไม่ดี และ

มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.3 ไม่สามารถเดินได้หลังผ่าตัด เพราะมีอาการปวดแผลที่เท้าในขณะที่เดินและยืนไม่ไหว

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ พบว่า คะแนนพฤติกรรมด้านการป้องกันเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 19.6 คะแนน (SD = 1.6 คะแนน) โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 14-21 คะแนน สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการติดตามการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.4 คะแนน (SD = 1.1 คะแนน) โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 7-12 คะแนน และเมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 71.6 คะแนน (SD = 4.5 คะแนน) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามพฤติกรรมด้านต่าง ๆ (n = 77)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	Min	Max
การลดปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม	18	15.8	1.5	14	18
การป้องกันเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อน	21	19.6	1.6	14	21
การรับประทานยาและจัดการผลข้างเคียงของยา	12	10.9	1.2	8	12
การออกกำลังกายและกิจกรรมอื่น ๆ	21	15.1	1.9	12	19
การติดตามการตรวจรักษา	12	10.4	1.1	7	12
คะแนนรวม	84	71.6	4.5	61	82

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย จำแนกตามข้อมูลที่ได้รับด้านต่าง ๆ พบว่า คะแนนข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่ายด้านข้อปฏิบัติต่าง ๆ และการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 5.2 คะแนน (SD = 1.7 คะแนน) โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 1-7 คะแนน ส่วนคะแนนข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่ายด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย

ด้านการติดตามการตรวจรักษา 1.2 คะแนน (SD = 0.6 คะแนน) โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0- 2 คะแนน และเมื่อพิจารณาคะแนนข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่ายโดยรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 20.5 คะแนน (SD = 6.1 คะแนน) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลก่อนจำหน่ายในระดับมาก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย จำแนกตามข้อมูลที่ได้รับด้านต่าง ๆ (n = 77)

ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	Min	Max
การดูแลแผลผ่าตัด	5	3.3	1.6	0	5
การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม	5	3.5	1.2	0	5
ข้อปฏิบัติต่าง ๆ และการออกกำลัง	7	5.2	1.8	1	7
การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากยา	6	4.2	1.2	1	6
อาการสำคัญที่ต้องมาพบแพทย์	5	3.1	1.6	0	5
การติดตามการตรวจรักษา	2	1.2	0.6	0	2
คะแนนรวม	30	20.5	6.1	7	30

ผลการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลตนเอง ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่ายและระยะเวลาหลังผ่าตัดต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < .05$ พบว่า การฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = .259, p < .05$) ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย ($r = .229, p < .05$) และระยะหลังผ่าตัด ($r = .197, p < .05$) และการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาหลังผ่าตัด ($r = -.275, p < .05$) และข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย ($r = -.110, p < .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย ระยะเวลาหลังผ่าตัด และการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดโดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

ตัวแปร	Mean	SD	1	2	3	4
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	71.6	4.5	1			
ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย	20.5	6.1	.229*	1		
ระยะเวลาหลังผ่าตัด	72.29	83	.055	-.275*	1	
การฟื้นตัวของผู้ป่วย (ความสามารถในการเดิน)	50.3	23.4	.259*	-.110*	.197*	1

* $p < .05$

ผลการศึกษาความสามารถในการทำนายของ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย และระยะเวลาหลังผ่าตัดที่มีต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression) แบบคัดเลือกเข้าพร้อมกัน (Enter) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 20.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .204, F_{(3,73)} = 6.253, p < .05$) ดังตารางที่ 5

ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงบริเวณขาตึบตันภายหลังการผ่าตัด
โดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression) แบบเข้าพร้อมกัน (Enter regression) ทำนายการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดโดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

ตัวแปร	b	t	P value
พฤติกรรมการเล่นเอง	2.277	3.889 *	.000
ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย	-.76	-1.723	.089
ระยะเวลาหลังผ่าตัด	.40	1.300	.198

* $p < .05$; ($R^2 = .204$, $F_{(3,73)} = 6.253$, $p < 0.05$)

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงตึบตันจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 96.1) มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่สำคัญคือ การมีโรคร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ 1 โดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 91 และยังพบว่าโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคร่วมที่พบได้ด้วย ซึ่งกลุ่มโรคที่กล่าวมาเป็นกลุ่มโรคที่ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ที่ส่งผลให้เกิดการตึบตัน (occlusion) ในหลอดเลือดแดงในร่างกาย ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่า ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ การสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 39 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตึบตัน คือ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งผู้ที่สูบบุหรี่^{2-4,13,19} นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากครั้ง (ร้อยละ 51.9) มารับการรักษาในระยะขาขาดเลือดขั้นวิกฤต (Fontaine's stage IV) คือ มีแผลขาดเลือดและเนื้อตายที่นิ้วเท้า สอดคล้องกับการศึกษาของประมุข มุทิรากรและคณะ²⁰ ที่พบว่า ผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงตึบตันจะได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่ล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการในระยะรุนแรง คือ มีแผลขาด

เลือดหรือมีเนื้อตายที่นิ้วเท้าซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการถูกตัดขาและมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้า

2. จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดงมีการฟื้นตัวโดยรวมในระดับดี ซึ่งประเมินจากความสามารถในการเดินที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.5) มีคะแนนความสามารถในการเดินอยู่ระหว่าง 41-80 คะแนน ระยะเวลาหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยสามารถเริ่มเดินได้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.85 วัน (SD = 29.99) ทั้งนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 33.33 สามารถเดินได้ปกติโดยไม่มีความยากลำบากในการเดิน ผู้ป่วยสามารถเดินบนพื้นราบในบ้านได้ (ร้อยละ 60.3) โดยระยะทางที่เดินบนพื้นราบได้มากที่สุด คือ 50 ฟุต (ร้อยละ 55) และผู้ป่วยร้อยละ 48.7 สามารถเดินโดยไม่ต้องหยุดพักในระยะทาง 100 เมตรด้วยการเดินในอัตราเร็วปกติ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ร้อยละ 74.4) จะไม่สามารถวิ่งเร็ว ๆ หรือวิ่งจ็อกกิ้งได้ และผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันไดได้เพียง 1 ชั้นเท่านั้น (ร้อยละ 52.6) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า หลังได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบจะทำให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้ดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดขาลดลง และเนื่องจากการผ่าตัดด้วยวิธีนี้แผลที่เกิดจากการผ่าตัดชนิดจะมีขนาดเล็ก ภายหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยที่ไม่มีแผลที่เท้าหรือไม่มีข้อห้ามในการเดินจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ และลงเดินได้ ภายใน 2-3 วัน หลังผ่าตัดจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดี^{6-7,9} อย่างไรก็ดี เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 53.2 มีแผลขาดเลือดและมีเนื้อตายบริเวณนิ้วเท้า จึงพบว่าในช่วง 1 เดือนแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวไม่ดี เนื่องจากในระยะแรกแผลที่เท้าอาจยังไม่หายสนิทและแพทย์ยังไม่อนุญาตให้เดินลงน้ำหนักเต็มที่สอดคล้องกับการศึกษาของแลนด์ตาย²¹ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงที่มีแผลและได้รับการผ่าตัดจะมีระยะเวลาในการหายของแผลเฉลี่ยประมาณ 4.2 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้าร้อยละ 18.9 ที่มาติดตามการรักษาในช่วง 4-10 เดือนหลังผ่าตัดแผลหายดีในช่วงระยะเวลา 4 เดือนและมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี คือมีคะแนนความสามารถในการเดินเพิ่มขึ้น คะแนนอยู่ระหว่าง 50-80 คะแนน และพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำช่วงหลังผ่าตัด โดยเลือกออกกำลังกายด้วยการเดินมากที่สุดถึงร้อยละ 50 ใช้เวลาในการออกกำลังกายมากกว่า 30 นาที/ครั้งสอดคล้องกับการศึกษาของแวนน์แฮนสันและคณะ¹⁵ ที่รายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังจากได้รับการผ่าตัดเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด 6 เดือนจะสามารถเดินได้ดีขึ้นกว่าช่วงก่อนผ่าตัดแม้จะต้องเดินช้าๆ หรือใช้ไม้เท้าช่วยในการเดิน และสอดคล้องกับการศึกษาของโบและคณะ²² ที่รายงานว่าการออกกำลังกายด้วยการเดินช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงสามารถเดินได้ในระยะทางที่เพิ่มขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 61-82 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย

71.6 คะแนน (SD = 4.5 คะแนน) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกัน เฝาระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 19.6 คะแนน, SD = 1.6 คะแนน) สอดคล้องกับงานของรัตนา แตรงวดและคณะ¹⁴ ที่รายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงแก้ไขหลอดเลือดแดงต่ำกว่าขาหนีบ มีพฤติกรรมการการป้องกัน เฝาระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อนสูงเช่นกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า แม้ว่าผู้ป่วยเกือบทุกคนจะมีโรคร่วม (ร้อยละ 96.1) ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและหลอดเลือดตีบตันตามมา แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาและควบคุมโรคร่วมที่เป็นด้วยการรับประทานยาและควบคุมอาหารร่วมด้วยอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดปกติ (ร้อยละ 70 และร้อยละ 80 ตามลำดับ) รวมทั้งผู้ป่วยร้อยละ 95 ไม่สูบบุหรี่หรือไม่ดื่มสุรา อีกทั้งมีการออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าร้อยละ 50 จากพฤติกรรมที่กล่าวมาจึงอาจส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันของ ACC/AHA practice guidelines²³ ที่แนะนำว่าผู้ป่วยโรคนี้ต้องได้รับการรักษาควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคทั้งช่วงก่อนและหลังผ่าตัดทุกรายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและอัตราความสำเร็จของการรักษา จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีตลอดช่วงระยะเวลา 1 ปีหลังผ่าตัด

4. ผู้ป่วยร้อยละ 68.3 มีคะแนนข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่ายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 20.51 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับข้อมูลก่อนจำหน่ายกลับบ้านในระดับมาก โดยมีคะแนน

ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงบริเวณขาตึ้นภายหลังการผ่าตัด
โดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

อยู่ระหว่าง 7-30 คะแนน คะแนนข้อมูลที่ได้รับก่อน
จำหน่ายด้านข้อปฏิบัติต่าง ๆ และการออกกำลังกาย
มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 5.2 คะแนน จากคะแนน
เต็ม 7 คะแนน (SD = 1.7 คะแนน) ส่วนคะแนนข้อมูล
ด้านการติดตามการรักษามีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด 1.2
คะแนน จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน (SD = 0.6 คะแนน)
และผู้ป่วยร้อยละ 100 ได้รับข้อมูลก่อนจำหน่ายเกี่ยวกับการ
รับประทานยา แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของ
ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่ายที่มากกว่าร้อยละ 60 นั้น
มาจากการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา
ตลอดช่วงระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาทั้งจากทางทีม
แพทย์และพยาบาล ซึ่งการให้ข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับ
โรคและการรักษานั้น ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการ
ของโรครุนแรงหรือกลับเป็นซ้ำ รวมถึงส่งเสริมให้เกิด
พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีการ
ฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณา
คะแนนข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่ายตามระยะเวลา
หลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 21.9 ที่มาติดตาม
การรักษาในช่วง 4 เดือนหลังผ่าตัดขึ้นไป มีคะแนน
ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่ายน้อย มีคะแนนอยู่ในช่วง
7-14 คะแนน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้
สอบถามถึงข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่ายโดยสอบถามถึง
ข้อมูล que ผู้ป่วยได้รับจริงจากแพทย์หรือพยาบาลในขณะ
ที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษา ไม่ใช่การสอบถามความรู้
ณ วันที่กลุ่มตัวอย่างมาติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจ
ดังนั้นยังระยะเวลาหลังผ่าตัดที่ยาวนานมากขึ้น ผู้ป่วย
อาจจดจำข้อมูลที่เคยได้รับได้น้อยลง เป็นผลให้คะแนน
ข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่ายลดลงและอาจส่งผลกับการ
ฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้

5. ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวฟื้นตัวของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดแดงบริเวณขาตึ้นภายหลังผ่าตัด
โดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง คือพฤติกรรม

การดูแลตนเอง โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 20.4
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หมายความว่าผู้ป่วย
ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีจะส่งผลให้มีการฟื้นตัวดี
ภายหลังผ่าตัดดี นั่นคือ ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการ
เดินภายหลังผ่าตัดได้ดี ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า
พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการลดปัจจัยเสี่ยงและ
โรคร่วม การป้องกันเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อน
การรับประทานยาและการจัดการผลข้างเคียงของยา การ
ออกกำลังกายและกิจกรรมอื่นๆ และการติดตามการ
ตรวจรักษา เป็นพฤติกรรมที่ดีและผู้ป่วยควรปฏิบัติ
เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวในทางที่ดีขึ้นหลังผ่าตัด
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา แดงรอดและคณะ¹⁴
ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยทำนาย
ภาวะสุขภาพได้ดีที่สุด (ร้อยละ 39) อย่างไรก็ตาม ปัจจัย
ด้านข้อมูลที่ได้รับก่อนจำหน่าย และระยะเวลาหลังผ่าตัด
ไม่สามารถร่วมทำนายการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างเนื่อง
มาจากตัวแปร 2 ตัวนี้มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับทฤษฎี
การเปลี่ยนผ่าน โดยพบว่า ธรรมชาติการเปลี่ยนผ่าน
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงบริเวณขาตึ้นภายหลังผ่าตัดโดยผ่านสายสวนหลอดเลือดแดงนั้น เป็นการ
เปลี่ยนผ่านตามสภาวะการเจ็บป่วยจากการพักรักษาตัว
ในโรงพยาบาลไปพักฟื้นต่ที่บ้านในช่วงระยะเวลา
1 ปีหลังผ่าตัด โดยรูปแบบการตอบสนองการเปลี่ยน
ผ่านเป็นการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดที่ประเมินจาก
ความสามารถในการเดินที่พบว่า ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วย
มีการฟื้นตัวโดยรวมในระดับดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ
67.5) มีคะแนนความสามารถในการเดินหลังจากได้รับ
การผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งพบว่า พฤติกรรม
การดูแลตนเองเป็นเงื่อนไขด้านบุคคลที่สำคัญที่สามารถ
สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนผ่านที่ดีได้ อย่างไรก็ตาม
เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านอาจต้องอาศัยเงื่อนไขการ

เปลี่ยนผ่านอันเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมและ/หรือยับยั้งต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน เช่น ปัจจัยด้านชุมชนและด้านสังคม ที่ไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบกับระยะเวลาที่มอดิตตามการรักษาลงมาตัดของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ย 72.3 (SD = 83) วัน ดังนั้นอาจส่งผลให้การให้ข้อมูลที่รับก่อนจำหน่าย ซึ่งเป็นการบำบัดทางการพยาบาล ไม่สามารถทำนายการฟื้นตัวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

การวิจัยนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากการประเมินการฟื้นตัวของกลุ่มตัวอย่างประเมินจากความสามารถในการเดินเพียงอย่างเดียว ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับวิกฤต คือ มีแผลขาดเลือดและเนื้อตายที่เท้าร่วมด้วยถึงร้อยละ 51.9 ดังนั้น การหายของแผลจึงอาจส่งผลต่อการเดินของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ คือ ถ้าแผลยังไม่หายดีผู้ป่วยก็อาจจะมีข้อจำกัดในการเดินทำให้มีการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดช้า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถทำนายการฟื้นตัวที่ดีหลังผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันได้ ดังนั้น ผู้ปฏิบัติการทางคลินิกควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วยการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยตั้งแต่ในเวลาที่พักฟื้นอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งในระยะติดตามการรักษา

Reference

1. Norgren L, Hiatt WR, Harris KA, Lammer J, Group TIW. TASC II section F on revascularization in PAD. J Endovasc Ther 2007;14(5):743-4.

2. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, et al. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). J vasc surg 2007;45(Suppl S):S5-67.
3. Sritara P, Sritara C, Woodward M, Wangsuphachart S, Barzi F, Hengprasith B, et al. Prevalence and risk factors of peripheral arterial disease in a selected Thai population. Angiology 2007;58(5):572-8.
4. Wongkongkam K, Thosingha, O, Riegel B, Utriyaprasit K, Ruangsetakit C, Viwatwongkasem C. Factors influencing the presence of peripheral arterial disease among Thai patients with type-2 diabetes. Eur J Cardiovasc Nurs.2012;11(1):70-6.
5. Gandhi S, Weinberg I, Margey R, Jaff MR. Comprehensive medical management of peripheral arterial disease. Prog cardiovasc dis 2011;54(1):2-13.
6. Wongwanit C. Endovascular stent. In Siri Wong P, Kasatesuwan P, Nimidvanich C, editors. Difficulty Surgery 35: Controversies and current concept in surgery. Bangkok: Chosit Publishing Company; 2550 p. 343-61. (In Thai)
7. Allaqaband S, Kirvaitis R, Jan F, Bajwa T. Endovascular treatment of peripheral vascular disease. Curr probl cardiol 2009;34(9):359-476.
8. Meleis AI. Transitional theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010.
9. Rollins KE, Coughlin PA. Functional outcomes following revascularization for critical limb ischaemia. Eur J Vasc Endovasc Surg 2012;43(4):420-5.
10. Killewich LA. Improving functional status and quality of life in elderly patients with peripheral arterial disease. J Am Coll Surg 2006;202(2):345-55.
11. Regensteiner JG, Steiner JF, Panzer RJ, Hiatt WR. Evaluation of walking impairment by questionnaire in patients with peripheral arterial disease. J Vasc Med and Biol 1990;2:142-52.

**ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงบริเวณขาตึบตันภายหลังการผ่าตัด
โดยผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง**

12. Wongkongkam K. Translation and validation of the Walking Impairment Questionnaire for peripheral arterial disease patients to Thai version. Journal of Nursing Science 2015;33(3): 4-17. (In Thai)
13. Mullen P, Van den Borne B, Broomhaar B. Implementing a surgery-patient education programme as routine practice: A study conducted in two Dutch hospital. Patient Educ Couns 2000;41:223-4.
14. Thangrod R, Kimpee S, Thosingha O, Ruangsetakit C. Factors Predicting Health Status in Patients after Infrainguinal Bypass. Journal of Nursing Science 2010;28(4): 46 - 54. (In Thai)
15. Wann-Hansson C, Rahm Hallberg I, Klevsgard R, Andersson E. The long-term experience of living with peripheral arterial disease and the recovery following revascularization: A qualitative study. Int j nurs stud 2008;45(4):552-61.
16. Marso SP, Hiatt WR. Peripheral arterial disease in patients with diabetes. J Am Coll Cardiol 2006;47(5): 921-9.
17. Dormandy JA, Rutherford RB. Management of peripheral arterial disease (PAD). TASC Working Group. TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC). J Vasc Surg 2000; 31:S1.
18. Polit DF, Beck CT. Multivariate statistics. In Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 442.
19. Anderson JL, Halperin JL, Albert NM, Bozkurt B, Brindis RG, Curtis LH, et al. Management of patients with peripheral artery disease (compilation of 2005 and 2011 ACCF/AHA guideline recommendations): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2013;127(13): 1425-43.
20. Mutirangura P, Ruangsetakit C, Wongwanit C, Sermsathanasawadi N, Chinsakchai K. Atherosclerosis Obliterans of the Lower Extremities in Thai Patients. J Med Assoc Thai 2006;89 (10): 1612-620.
21. Landry GJ. Functional outcome of critical limb ischemia. J Vas Surg 2007; 45:141A-48A.
22. Bo E, Hisdal J, Cvancarova M, Strandén E, Jorgensen JJ, Sandbek G, Grotta OJ. Twelve-month follow-up of supervised exercise after percutaneous transluminal angioplasty for intermittent claudication: A randomised clinical trial. Int J Environ Res Public Health 2013; 10: 5998-6014.
23. Hirsch AT, Haskal CZJ, Hertzner NR, Bakal CW, Creager MA, Halperin JL, et al. ACC/AHA 2005 Practice guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic). J Am Coll Cardiol 2006;47(6): e1-e192.