

# Factors Predicting Self-Management Behaviors of Patients with Peripheral Arterial Occlusive Disease Post-Endovascular Therapy\*

Sununtha Tonklai, RN, MNS<sup>1</sup>, Suvimol Kimpee, RN, MEd<sup>2</sup>,  
Suporn Danaidutsadeekul, DNS<sup>2</sup>, Kessiri Wongkongkam, PhD<sup>2</sup>,  
Chumpol Wongwanit, MD<sup>1</sup>

---

## Abstract

**Purpose:** To determine the predictive power of fatigue, illness perception, and patient-provider communication on self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease post-endovascular therapy.

**Design:** A correlational predictive design.

**Methods:** The sample consisted of 78 patients with peripheral arterial occlusive disease who had undergone endovascular therapy and came for follow up at the out-patient department and the Special Medical Instrument for Treatment and Follow-up Unit, Siriraj Hospital. The interviews were used for data collection. The interview data forms included demographic characteristics, self-management behaviors, the Revised Piper Fatigue Scale, patient-provider communication, and the Brief Illness Perception Questionnaire. The data were analyzed using multiple regression analysis.

**Main findings:** Self-management behaviors of subjects were good ( $\bar{X} = 3.85$ ,  $SD = .37$ ). Fatigue, illness perception, and patient-provider communication could jointly predict 10% of self-management behaviors of the subjects ( $R^2 = .10$ ,  $p < .05$ ). Fatigue was the only factor that could significantly predict self-management behaviors of patients with peripheral arterial occlusive disease post-endovascular therapy ( $\beta = -.303$ ,  $p < .05$ ).

**Conclusion and recommendations:** Nurses should pay more attention to the problem of fatigue in patients with peripheral arterial occlusive disease. Nurses should assess fatigue level and promote fatigue management during pre-post therapy and follow up period. Moreover, researchers should examine others factors that may influence self-management behaviors, for instance, understanding of information and family support.

**Keywords:** self-management behaviors, fatigue, post-endovascular therapy

---

J Nurs Sci. 2014;32(1):39-50

Corresponding Author: Assistant Professor Suporn Danaidutsadeekul, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

\* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

<sup>1</sup> Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

<sup>2</sup> Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

# ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภายหลังจากได้รับการรักษา ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง\*

สุนันกา ตนกาลัย, พย.ม.<sup>1</sup> สุวิมล กิมปี, ค.ม.<sup>2</sup> สุพร ดนัยดุขฎีกุล, พย.ด.<sup>2</sup>  
เกศศิริ วงษ์คงคำ, พย.ด.<sup>2</sup> ชุมพล ว่องวานิช, พ.บ.<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภายหลังจากได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

**รูปแบบการวิจัย:** การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

**วิธีการดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันซึ่งได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง และมาติดตามการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกและหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล ณ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 78 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการอ่อนล้า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ

**ผลการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.85$ ,  $SD = .37$ ) อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 10 ( $R^2 = .10$ ,  $p < .05$ ) โดยมีอาการอ่อนล้าเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภายหลังจากได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = -.303$ ,  $p < .05$ )

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** พยาบาลควรให้ความสำคัญต่อปัญหาอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน โดยควรประเมินอาการอ่อนล้าและส่งเสริมการจัดการกับอาการอ่อนล้าเป็นระยะๆ ตั้งแต่ระยะก่อนและหลังรับการรักษา จนถึงระยะที่มาตรวจติดตามการรักษา ในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรศึกษาปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง เช่น ความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ และการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นต้น

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการอ่อนล้า การรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

J Nurs Sci. 2014;32(1):39-50

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร ดนัยดุขฎีกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700; e-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

\* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์  
และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>1</sup> คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นปัญหาทางระบบหลอดเลือดที่พบได้บ่อย ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งจากแผ่นไขมัน (plaque) พอกบริเวณผนังหลอดเลือดแดงจนทำให้รูหลอดเลือดตีบแคบลงเรื่อยๆ และเกิดภาวะขาดเลือดขั้นวิกฤติในที่สุด ซึ่งส่งผลให้ปวดขาแม้ขณะพัก เกิดเนื้อเยื่อเน่าตาย และมีแผลขาดเลือดเรื้อรัง ทำให้เสี่ยงต่อการถูกตัดขาและคุณภาพชีวิต อุบัติการณ์ของโรคพบมากในผู้สูงอายุ<sup>1</sup> ซึ่งประเทศไทยมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว คาดว่าจากเดิมร้อยละ 8 ใน พ.ศ. 2543 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16 ใน พ.ศ. 2563<sup>2</sup> และปัจจุบันการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของอวัยวะส่วนปลาย ส่งเสริมการหายของแผลขาดเลือดและบรรเทาอาการปวดขา นับเป็นวิธีที่แพทย์ให้การยอมรับและใช้สำหรับรักษาโรคนี้น่ามากขึ้นเช่นกัน<sup>1</sup> แต่อย่างไรก็ตามภายใน 1-3 ปี หลังการรักษาพบว่า ค่าการไหลเวียนเลือดแดงที่ขาจะลดลงเรื่อยๆ จนเหลือเพียงร้อยละ 20-50<sup>3</sup> ซึ่งทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ โดยเฉพาะในรายที่ไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ตามเกณฑ์และเป้าหมายภายหลังการรักษา โดยเป้าหมายหลักภายหลังการรักษา คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ป้องกัน ฝ้าระวังและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน<sup>1</sup> ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวล้วนเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองนับเป็นกลวิธีที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบข้อมูลที่น่าสนใจว่า ยังมีปัญหาในการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษา โดยพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 62.5 มีระดับ HbA<sub>1c</sub> มากกว่าปกติ (7%) ร้อยละ 47.3 มีระดับไขมันในเลือด (LDL) มากกว่าปกติ (100 มก/ดล.) ร้อยละ 73.6 มีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 130/80 มม.ปรอท และร้อยละ 36.3 ไม่เคยออกกำลังกาย<sup>4</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาแก้ไขหลอดเลือดแดงที่ขาตีบตันมีแนวโน้มพบโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการกลับเป็นซ้ำสูงขึ้นทุกปี<sup>5</sup> ดังนั้นเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมจัดการตนเองภายหลังการรักษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวน

หลอดเลือดแดง ภายใต้กรอบทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory)<sup>6</sup> โดยเน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน พบการศึกษาที่กล่าวถึงปัจจัยการเกิดโรค<sup>7</sup> ระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัย<sup>8</sup> ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>4,9</sup> อาการปวดขา และการจัดการอาการปวดขา<sup>10</sup> ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคนี้น่ามีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะการจัดการด้านการดูแลตนเอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การป้องกัน ฝ้าระวังและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีลักษณะการดูแลใกล้เคียงกัน พบหลายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ได้แก่ อาการอ่อนล้า สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นต้น<sup>11-13</sup>

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงเลือกศึกษา 3 ปัจจัย ได้แก่ อาการอ่อนล้า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และการรับรู้ความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่อยู่ในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และพบว่าทั้งการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ และการวิจัยเชิงคุณภาพ แต่การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายยังพบน้อย<sup>6,15</sup>

อาการอ่อนล้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากความซับซ้อนทางสรีรวิทยา การทำหน้าที่ทางร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อประเภทและลักษณะของพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง และเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังผ่าตัดทั้งช่วงก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล<sup>14</sup> ซึ่งการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการอ่อนล้ากับพฤติกรรมจัดการตนเองพบน้อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน แต่พบบ้างในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีลักษณะการดูแลจัดการตนเองใกล้เคียงกัน เช่น ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบว่า อาการอ่อนล้าส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลง และจัดการสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ลดลง รวมถึงมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพลดลงด้วย เช่น การจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย<sup>15</sup> ซึ่งการออกกำลังกายโดยเฉพาะการเดินนับเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายได้มากขึ้น<sup>1</sup>

การรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ข้อเท็จจริงและความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลสร้างขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย ช่วงเวลาสาเหตุ ผลกระทบของการเจ็บป่วย ความสามารถในการควบคุมโรค และการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย<sup>16</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านต่างๆ มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย<sup>12</sup> เช่น การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย หากผู้ป่วยรับรู้ที่เกิดจากโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่เป็นอยู่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมการเจ็บป่วยนั้นๆ ไม่ให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นหรือหากผู้ป่วยรับรู้ลักษณะอาการของการเจ็บป่วยว่า เมื่อไม่มีอาการแสดงของโรคแปลว่าโรคหายขาด ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจด้านลบ ไม่เคร่งครัดในการควบคุมอาหารและการรับประทานยา หยุดรับประทานยาเอง เป็นต้น<sup>16</sup>

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นการรับรู้ถึงกระบวนการดูแลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมกันตัดสินใจในการรักษา<sup>13</sup> ซึ่งนับเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การสื่อสารที่ดียังทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย<sup>13</sup>

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย และเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนด้านปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพของโรค และรายละเอียดการดูแลที่ค่อนข้างมาก แม้จะมีหลักฐานการศึกษาว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ<sup>13,16</sup> แต่จากบททวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยดังกล่าวในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการ

รักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาว่า อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงได้หรือไม่ และพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างไร เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

### สมมติฐานการวิจัย

อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภายหลังได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงได้

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน และได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศิริราช

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการเปิดตาราง Power Analysis<sup>17</sup> โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า

ไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงได้กำหนดค่า effect size อยู่ในระดับปานกลาง<sup>17</sup> เท่ากับ .13 ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่สามารถฟังและตอบคำถามได้ 2) รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดงเป็นครั้งแรก และ 3) มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนรวมของแบบประเมิน Set Test ตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขาตั้งแต่ระดับเหนือข้อเท้าขึ้นไป ก่อนการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง และมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ อัมพาตหรืออัมพฤกษ์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2555 ถึงเมษายน 2556

#### เครื่องมือการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมิน Set Test พัฒนาขึ้นโดย Isaacs และ Akhtar<sup>18</sup> เป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง โดยระบุข้อสิ่งของ 4 หมวดหมู่ ได้แก่ ลัตว์ผลไม้ สี และจังหวัด เกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 ข้อ เท่ากับ 1 คะแนน แต่ละหมวดมีคะแนนสูงสุด 10 คะแนน คะแนนรวม 40 คะแนน ประเมินกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คัดเข้าตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 65 ราย ทุกรายมีคะแนนมากกว่า 25 คะแนนขึ้นไป โดยคะแนนต่ำสุด 26 คะแนน และสูงสุด 40 คะแนน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

1.2 ข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อาการสำคัญที่มาพบแพทย์ ระยะเวลาของการมีอาการสำคัญก่อนมาพบแพทย์ ชนิดและตำแหน่งของการตีบตัน สภาวะของเท้าก่อนการรักษา และการรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาดังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง ผลล่าสุดของการตรวจ wave form ของหลอดเลือดแดงที่ขา การหายของแผลขาดเลือดที่เท้า อาการแสดงหลังการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โรคร่วม และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมจัดการตนเองประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม (6 ข้อ) 2) การดูแลเท้า (4 ข้อ) 3) การเฝ้าระวัง การป้องกัน และจัดการกับภาวะแทรกซ้อน (3 ข้อ) 4) การรับประทุษยา และการจัดการกับผลข้างเคียง (4 ข้อ) 5) การออกกำลังกาย (3 ข้อ) 6) การจัดการกับสภาวะอารมณ์ (5 ข้อ) และ 7) การติดตามการตรวจรักษา (4 ข้อ) ข้อคำถามรวม 29 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวม 29-145 คะแนน การแปลผลโดยนำคะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 4.5-5 หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองระดับดีมาก คะแนน 3.5-4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองระดับดี คะแนน 2.5-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองระดับค่อนข้างดี คะแนน 1.5-2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองระดับค่อนข้างไม่ดี และคะแนน 1-1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองระดับไม่ดี

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์อาการอ่อนล้า (The Revised Piper Fatigue Scale) พัฒนาโดย Piper และคณะ<sup>19</sup> การศึกษานี้ใช้ฉบับภาษาไทย ของ ดวงรัตน์ มนโธสง<sup>20</sup> แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรม/ความรุนแรง (behavioral/severity) 2) การรับรู้ความหมาย (affective meaning) 3) ความรู้สึกทางร่างกายและจิตใจ (sensory) และ 4) สถิติปัญญาและอารมณ์ (cognitive/mood) ข้อคำถามรวม 22 ข้อ มีลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นตัวเลขบนเส้นตรงมีคะแนน 0-10 คะแนน คะแนนรวม 0-220 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีอาการอ่อนล้ามาก คะแนนต่ำ หมายถึง อาการอ่อนล้าน้อย และคะแนน 0 คือ ไม่มีอาการอ่อนล้า

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ดัดแปลงจากแบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย สุภาพร เพ็ชรอาวุธ<sup>13</sup> ประกอบด้วยเนื้อหาในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (9 ข้อ) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (13 ข้อ) และการร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาล (1 ข้อ) ข้อคำถามรวม 23 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวม 23-115

คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สุขภาพยิ่งดี

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire) พัฒนาโดย Broadbent และคณะ<sup>16</sup> ซึ่งแปลโดยพิมพ์ เทพวัลย์<sup>21</sup> ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 8 ข้อ ประเมิน 3 ด้าน คือ 1) การรับรู้ความเจ็บป่วย (5 ข้อ) ได้แก่ การรับรู้ลักษณะเฉพาะ ช่วงเวลา สาเหตุ ผลกระทบของการเจ็บป่วย และความสามารถในการควบคุมโรค 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (2 ข้อ) และ 3) ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (1 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง 0-10 คะแนน และเป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งไม่นำมาคิดคะแนนในการศึกษาครั้งนี้ คะแนนรวม 0-80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวมในระดับมาก คะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวมในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การวิจัยนี้ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เฉพาะแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 และ 4 และได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2, 3, 4 และ 5 ไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย และนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น .77, .92, .92 และ .59 ตามลำดับ

สำหรับเครื่องมือชุดที่ 5 ได้ค่าความเชื่อมั่น .59 แต่เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้ใช้ในงานวิจัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ<sup>16,21</sup> ผู้วิจัยจึงไม่ได้ปรับแก้ข้อคำถาม และได้นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นอีกครั้งกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 ราย พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (หมายเลข Si/561/2012 รหัสโครงการ 519/2555 EC1)

#### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้ตรวจสอบ

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมิน Set Test หลังจากการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มการสัมภาษณ์และบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง เริ่มตั้งแต่ชุดที่ 1-5 ตามลำดับ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และผู้วิจัยเก็บข้อมูลชุดที่ 1 จากเวาระเบียน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (enter regression) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภายหลังจากได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง โดยก่อนการวิเคราะห์ ได้ทดสอบข้อมูลพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

#### ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50) มีอายุ 41-89 ปี อายุเฉลี่ย 68.9 ปี (SD = 9.95) ร้อยละ 83.4 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 66.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.4 มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดและปริมณฑล และร้อยละ 64.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพภายหลังการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง ร้อยละ 44.9 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.3 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายในครอบครัวและค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 97.4 มีอาการสำคัญก่อนมาพบแพทย์ คือ มีเนื้อเยื่อเน่าตายและแผลขาดเลือดที่เท้า (ร้อยละ 57.7) มีอาการปวดขาขณะเดิน (ร้อยละ 35.9) และปวดขาขณะพัก (ร้อยละ 32.1) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.8 มีอาการสำคัญนานกว่า 60 วัน ก่อนมาพบแพทย์ ซึ่งระยะเวลาที่นานที่สุด คือ 1,440 วัน ร้อยละ 33.3 ถูกตัดนิ้วเท้าหรือหน้าเท้า (fore foot) ออกก่อนได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง และร้อยละ 55.5 ได้รับการรักษาด้วย Percutaneous transluminal angioplasty with stent

2. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.2 ได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง มานาน 7-57 เดือน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีแผลขาดเลือดเรื้อรังก่อนการรักษา พบร้อยละ

51.1 แผลดีขึ้นไม่มีการติดเชื้อลุกลาม และร้อยละ 48.9 แผลหาย ภายหลังจากได้รับการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าร้อยละ 51.3 มีอาการปวดแผลขาดเลือดเรื้อรัง หรือชาเท้า หรือปวดน่องขณะเดิน หรือปวดบริเวณสะโพก ส่วนโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง พบร้อยละ 80.8 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 71.8 เป็นโรคไขมันในเลือดสูง และร้อยละ 66.7 เป็นโรคเบาหวาน ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพบว่า ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.1 ยัง

สูบบุหรี่ และร้อยละ 6.4 ยังดื่มแอลกอฮอล์  
 3. พฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.85, SD = .37$ ) โดยทุกด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.53-4.30, SD = .59-1.17$ ) ยกเว้นด้านการจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับค่อนข้างดี ( $\bar{X} = 3.32, SD = .74$ ) (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n = 78)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	Actual Range	Mean	SD	แปลผล
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	2.97-4.62	3.85	.37	ดี
พฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้าน				
- การเฝ้าระวัง ป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน	1.67-5.00	4.30	.80	ดี
- การรับประทานยาและจัดการกับผลข้างเคียง	2.50-5.00	4.16	.59	ดี
- การติดตามการตรวจรักษา	2.00-5.00	4.12	.76	ดี
- การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม	1.33-5.00	3.98	.67	ดี
- การดูแลเท้า	1.50-5.00	3.65	.77	ดี
- การออกกำลังกาย	1.00-5.00	3.53	1.17	ดี
- การจัดการกับสภาวะอารมณ์	1.80-5.00	3.32	.74	ค่อนข้างดี

4. อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.219, p < .05$ ) ส่วนการรับรู้ความเจ็บป่วยและการสื่อสารระหว่าง

ผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ( $p > .05$ ) (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 78)

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

\* p < .05

5. อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 10 ( $R^2 = .10, p < .05$ ) โดยอาการอ่อนล้าเพียงตัวแปรเดียวที่

สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X} = -.303, p < .05$ ) (ดังตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** อำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE <sub>b</sub>	Beta	t
อาการอ่อนล้า	-.096	.038	-.303	-2.547*
การรับรู้ความเจ็บป่วย	.137	.102	.165	1.344
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	.100	.086	.135	1.164

Constant = 102.581, R = .316, R<sup>2</sup> = .100, R<sup>2</sup>adj = .063, F change = 2.736\*, \*p < .05

**การอภิปรายผล**

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.85$ ,  $SD = .37$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทุกด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับค่อนข้างดี (ตารางที่ 1) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.4 เกิดอาการแสดงของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันมาก่อนการรักษา โดยมีอาการตั้งแต่ปวดขาขณะเดิน (ร้อยละ 35.9) ปวดขาขณะพัก (ร้อยละ 32.1) จนกระทั่งมีเนื้อเยื่อเน่าตาย และเกิดแผลขาดเลือดเรื้อรัง (ร้อยละ 57.7) ซึ่งส่งผลให้มีข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะอาการปวดขาขณะพัก เป็นอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก<sup>1</sup> นอกจากนี้อาการแสดงที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนกระทั่งทำให้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.3 ต้องถูกตัดนิ้วเท้าหรือหน้าเท้า (fore foots) ออกก่อนได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง จึงทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ไม่ดี และไม่ต้องการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งภาวะสุขภาพในอดีตมีส่วนส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น<sup>2</sup>

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.2 ได้รับการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงมานาน 7-57 เดือน ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยมานานหลายปี ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ เข้าใจธรรมชาติของโรค และมีประสบการณ์ในการจัดการดูแลตนเองได้เหมาะสมมากขึ้น<sup>4</sup> จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านต่างๆ อยู่ในระดับดี แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.4 เป็นวัยสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) และเคยมีประสบการณ์ทุกข์ทรมานจากอาการแสดงดังกล่าวข้างต้น ซึ่งส่งผล

กระทบต่ออารมณ์และบทบาททางสังคม แม้ว่าภายหลังได้รับการรักษา อาการแสดงต่างๆ ทางกายจะทุเลาลง แต่การฟื้นตัวทางด้านอารมณ์และสังคม นับเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับเปลี่ยน<sup>23</sup> จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับพฤติกรรมด้านการจัดการกับสภาวะอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างดี อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมของพฤติกรรมการจัดการตนเองพบว่า อยู่ในระดับดีสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ รัตนา แตรงอด และคณะ<sup>4</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงต่ำกว่าขาหนีบอุดตัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นเรื่อยๆ โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 60 และสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีลักษณะการดูแลใกล้เคียงกัน เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี<sup>13</sup> และในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงเช่นกัน<sup>12</sup>

2. อำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า อาการอ่อนล้า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอาการอ่อนล้าเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X} = -.303$ ,  $p < .05$ ) (ตารางที่ 3) ซึ่งหมายความว่า ถ้าอาการอ่อนล้าเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย จะทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเองลดลง .303 หน่วย สามารถอธิบายได้ว่า อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพ

ของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันตั้งแต่ระยะก่อนการรักษา ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่ออวัยวะส่วนปลายขาดลดลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อขาได้รับสารอาหารและออกซิเจนลดลงจนเกิดภาวะขาดเลือด โดยเฉพาะขณะเดินซึ่งกล้ามเนื้อต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้น จึงเกิดการเผาผลาญพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจนและได้กรดแลคติก ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดขาหรือเมื่อยล้าบริเวณน่องขณะเดินเดินได้ระยะทางลดลงจนกระทั่งไม่สามารถเดินได้ เมื่อไม่ได้เดินหรือมีการใช้กล้ามเนื้อขาลดลงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อลดลง ขาอ่อนแรง และเกิดอาการอ่อนล้า<sup>15</sup> นอกจากนี้ อาการแสดงที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค ได้แก่ ปวดขาขณะพัก และมีแผลขาดเลือดเรื้อรัง ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย<sup>1</sup> ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า รู้สึกหมดพลัง ขาดแรงจูงใจ สมองไม่ปลอดโปร่ง และรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง<sup>19</sup> ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรมในการจัดการตนเองด้านการส่งเสริมสุขภาพลดลง เช่น การจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ และการออกกำลังกาย เป็นต้น และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันทั้งการทำหน้าที่ของร่างกาย อารมณ์ และสังคมได้ลดลง<sup>15</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองเรื้อรังที่พบว่า อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีกิจวัตรประจำวัน ( $r = -.219, p < .05$ )<sup>24</sup> และในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่พบว่า อาการอ่อนล้าที่แสดงออกถึงความอ่อนเพลีย/เปลี่ยนไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.494, p < .01$ )<sup>25</sup>

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมในการจัดการตนเองได้ ( $p > .05$ ) การที่การรับรู้ความเจ็บป่วยไม่สามารถทำนายพฤติกรรมในการจัดการตนเองได้ อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยภายหลังได้รับการรักษา ซึ่งเป็นระยะที่อาการแสดงต่างๆ ของโรคทุเลาลง โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีแผลขาดเลือดเรื้อรัง ร้อยละ 51.1 แผลดีขึ้นไม่มีการติดเชื้อลุกลาม และร้อยละ 48.9 แผลหาย นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 69.2 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดงมานาน 7-57 เดือน ซึ่งเป็นช่วงที่มีการฟื้นตัวสู่สภาวะปกติและสามารถกลับมาดำเนินชีวิตประจำวัน

วันได้มากขึ้น<sup>23</sup> จนอาจทำให้บุคคลเกิดความตระหนักเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยที่ไม่เพียงพอสำหรับการนำไปสู่พฤติกรรมในการจัดการตนเอง<sup>6</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ French และคณะ<sup>26</sup> ที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยไม่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านความสม่ำเสมอเนื่องในการรับประทานยา

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมในการจัดการตนเองได้ อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างถึงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล สัมพันธภาพ และการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งการสื่อสารทั้ง 3 ด้านนี้ อาจเป็นเพียงกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและมีความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ แต่สิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเองนั้นอาจมีอิทธิพลโดยตรงจากความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Heisler และคณะ<sup>27</sup> ที่พบว่า การสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลการดูแลตนเองและการรักษา และรูปแบบการชักชวนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยผ่านความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ( $\bar{X} = .25, p < .001$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าความเข้าใจในข้อมูลเพียงตัวแปรเดียวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ( $\bar{X} = .21, p < .001$ ) และสามารถทำนายพฤติกรรมในการจัดการตนเองได้ทุกด้าน ทั้งการใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การตรวจวัดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และการรับประทานยาตามแนวปฏิบัติ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาแบบประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพโดยเน้นถึงประสิทธิภาพของการแลกเปลี่ยนข้อมูล ซึ่งอาจช่วยเพิ่มอำนาจในการทำนายพฤติกรรมในการจัดการตนเองได้ หรือศึกษาปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง เช่น ความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ เป็นต้น

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าทั้ง 3 ปัจจัยที่เลือกมาศึกษาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมในการจัดการตนเองได้เพียงร้อยละ 10 โดยที่มีอาการอ่อนล้าเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมในการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ อาจเนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง มากกว่าตัวแปรที่เลือกมาศึกษาใน ครั้งนี้ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจาก ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 66.7 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มี สถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 83.4 เป็นผู้สูงอายุ (อายุมาก กว่า 60 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่จำเป็นต้องมีการพึ่งพาผู้อื่น<sup>2</sup> และ มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับบุคคลในครอบครัวและ ลี้ંગแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนส่วนใหญ่ได้รับจากบุคคลใน ครอบครัวด้วยเช่นกัน<sup>10</sup> เช่น การช่วยเหลือทางวัสดุสิ่งของ ช่วยเหลือด้านกำลังกาย และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ตนเอง ตลอดจนการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยมีความเชื่อ มั่นในความสามารถของตนเอง และสามารถปฏิบัติ พฤติกรรมจัดการตนเองได้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้นการสนับสนุนในด้านต่างๆ จากบุคคลในครอบครัวจึง อาจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองได้ มากกว่าอิทธิพลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ดังการศึกษาที่ผ่านมา ของ สมฤทัย เพชรประยูร<sup>28</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนของ ครอบครัวสามารถทำนวยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค เบาหวานชนิดที่ 2 ได้

#### ข้อเสนอแนะ

##### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรให้ความสำคัญต่อปัญหาอาการอ่อนล้า ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน โดยประเมิน อาการอ่อนล้าเป็นระยะๆ ตั้งแต่ระยะก่อนและหลังรับการ รักษาในโรงพยาบาล จนถึงระยะที่มาตรฐานติดตามการรักษา เพื่อส่งเสริมการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้น

##### 2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการพัฒนาแบบประเมินการสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่เน้นถึงประสิทธิภาพของการ แลกเปลี่ยนข้อมูล หรือศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วน ปลายตีบตัน ภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือด แดง เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว และความ เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ เป็นต้น

2.2 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการ ตนเองด้านสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วน ปลายตีบตันภายหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือด

เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนากิจกรรมการ พยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเอง ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

#### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzner NR, Bakal CW, CreZxager MA, Halperin JL, et al. ACC/AHA 2005 Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease. *Circulation*. 2006;113:e463-654.
2. Siriboon S, Milinthankool C. The elderly population data [internet]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008 [cited 2012 April 4]. Available from: [http://www.cps.chula.ac.th/cps/research\\_division/article\\_ageing/ageing\\_001.html](http://www.cps.chula.ac.th/cps/research_division/article_ageing/ageing_001.html). (in Thai).
3. Nelson PR, O'Malley KA, Feezor RJ, Moldawer LL, Seeger JM. Genomic and proteomic determinants of lower extremity revascularization failure: Rationale and study design. *J Vasc Surg*. 2007;45(6):A82-A91.
4. Thangrod R, Kimpee S, Thosingha O, Ruangsetakit C. Factors predicting health status in patients after infrainguinal bypass. *J Nurs Sci*. 2010;28 Suppl 4:46-54. (in Thai).
5. Egorova NN, Guillerme S, Gelijns A, Morrissey N, Dayal R, McKinsey JF, et al. An analysis of the outcomes of a decade of experience with lower extremity revascularization including limb salvage, lengths of stay, and safety. *J Vasc Surg*. 2010;51(4):878-85. e871.
6. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook*. 2009;57(4): 217-25. e6.

7. Wongkongkam K, Thosingha O, Utriyaprasit K, Riegel B, Ruangsetakit C, Viwatwongkasem C. Relationship between diabetic duration and the severity of peripheral arterial disease among Thai patients with type-2 diabetes. *J Nurs Sci*. 2011;29 Suppl 2:124-32. (in Thai).
8. Sawangphong S, Sindhu S, Kimpee S, Ruangsetakit C. Factors related to first diagnosis time in patients with peripheral arterial occlusive disease. [master's thesis]. Bangkok; Mahidol University; 2009. 122 p. (in Thai).
9. Panchoowong T, Utriyaprasit K, Kimpee S, Satayawiwat W. Ischemic leg pain experienced, management strategies, and outcomes in patients with peripheral arterial occlusion disease. *TJNC*. 2008;23(1):60-73. (in Thai).
10. Bunnag C, Noona R, Prasungsit C. Factors associated with quality of life for the patients with limb ischemia. *J Nurs Sci*. 2011;29(2 Suppl 1):27-36. (in Thai).
11. Disler RT, Gallagher RD, Davidson PM. Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(2):30-42.
12. Maneesri S, Sungkard K, Pongthavornkamol K, Teerapomlertratt T. Factors influencing self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. *Vajira Nursing Journal*. 2011;13(1):14-27. (in Thai).
13. Phetarvut S, Watthayu N, Suwonnarop N. Factors predicting diabetes self-management behavior among patients with diabetes mellitus type 2. *J Nurs Sci*. 2011;29(4):18-26. (in Thai).
14. Galloway S, Bubela N, McKibbin A, Rebeyka D, Saxe-Braithwaite M. Symptom distress, anxiety, depression, and discharge information needs after peripheral arterial bypass. *J Vasc Nurs*. 1995;13(2):5-40.
15. Fritschi C, Quinn L. Fatigue in patients with diabetes: A review. *J Psychosom Res*. 2010;69(1):3-41.
16. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;60(6):631-7.
17. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 8<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkin 2008.
18. Isaacs B, Akhtar AJ. The set test: A rapid test of mental function in old people. *Age Ageing*. 1972;1(4):222-6.
19. Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM. The revised Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1998;25(4):677-84.
20. Monthaisong D, Sriyukasuth A, Pongthavornkamol K, Chanchairujira T. Fatigue experience, management strategies, and quality of life in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Vajira Nursing Journal*. 2011;12(1):29-41. (in Thai).
21. Thepphawan P, Watthnakitkrilear D, Pongthavornkamol K, Dumavibhat C. Cognitive representation, emotional responses and hospitalization experience in predicting decision making for receiving treatment among patients with acute coronary syndrome. *J Nurs Sci*. 2011; 29 (2 Suppl 1):111-9. (in Thai).

22. Suporn P. The relationship between health perception, social support, and self-care behavior of the patients undergoing coronary artery bypass grafting [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1995. 105 p. (in Thai).
23. Wann-Hansson C, Hallberg IR, Risberg B, Lundell A, Klevsgard R. Health-related quality of life after revascularization for peripheral arterial occlusive disease: Long-term follow-up. *J Adv Nurs*. 2005;51(3):227-35.
24. Cantley MEG. Patient responses to COPD symptoms: The relationship of dyspnea and fatigue to activities of daily living, inhaler use, and self-care capability [dissertation]. United States: Virginia Commonwealth University; 2001. 210 p.
25. Suwanrusamee W. Symptom experiences, symptom management, and functional status in patients with heart failure [master's thesis]. Bangkok; Mahidol University; 2012. 186 p. (in Thai).
26. French DP, Wade AN, Farmer AJ. Predicting self-care behaviours of patients with type 2 diabetes: The importance of beliefs about behaviour, not just beliefs about illness. *J Psychosom Res*. 2013;74(4):327-33.
27. Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DM, Kerr EA. The relative importance of physician communication, participatory decision making and patient understanding in self-management. *J Gen Intern Med*. 2002;17(4):243-52.
28. Petprayoon S. The influence of perceived severity, health literacy, and family support on self-care behavior of patients with diabetes mellitus type 2 [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2013. 146 p. (in Thai).