ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

The Effect of Self-Management Enhancing Program on Health Behaviors in Patients With Chronic Peripheral Arterial Occlusion

รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม

Rattanaporn Saelim

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University
2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

ผู้เขียน นางสาวรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

(ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

.....กรรมการ

(ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

.....กรรมการ

(ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....

(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์ดารา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง
ผู้เขียน	นางสาวรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา	2553

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังจำนวน 30 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดได้แก่ มีการรับรู้ปกติ มีปัจจัยเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันอย่างน้อย 1 อย่าง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 15 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านและหาความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) และคำนวณค่าร้อยละของความสอดคล้องในการตอบ (percentage of agreement) ได้เท่ากับร้อยละ 80 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบสมมุติฐานด้วยสถิติทีคู่และสถิติทีอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t =9.97, p < .01)

2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t =8.08, p < .01)

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยมีทักษะการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นได้ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และติดตามผลในระยะยาวต่อไป

Thesis Title	The Effect of Self-Management Enhancing Program on Health Behaviors in Patients With Chronic Peripheral Arterial Occlusion
Auther	Miss Rattanaporn Saelim
Major program	Nursing Science
Academic Year	2010

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of a self-management enhancing program on health behaviors in patients with chronic peripheral arterial occlusion. Thirty subjects were patients with chronic peripheral arterial occlusion admitted in the surgical ward of a tertiary hospital, southern Thailand, who met the inclusion criteria including normal perception, having at least 1 risk factor and no severe complication. Fifteen subjects were placed to the control group and recived conventional care. The fifteen subjects in the experimental group received the self-management enhancing program. The experimental instrument was the self-management enhancing program in patients with chronic peripheral arterial occlusion, which was developed by the researcher based on the self-management concept to enhance the self-monitoring, self-evaluation and self-reinforcement skills. A set of questionnaires for data collection comprised the Demographic Data Form and the Health Behaviors of Patients With Chronic Peripheral Arterial Occlusion Questionaire, which was developed based on the literature review. The content validity of all instruments was exmined by 5 experts. The reliability of the Health Behaviors of Patients With Chronic Peripheral Arterial Occlusion Questionaire was tested by test-retest method, with a percentage of agreement of 80%. The demographic data were analyzed using descriptive statistics. The hypotheses were examined by paired t-test and independent t-test.

The results showed that:

1. The mean score of the total health behaviors of the experimental group after receiving the program was significantly higher than before (t =9.97, p < .01)

2. The mean score of the total health behaviors of the experimental group after receving the program was significantly higher than that of the control group (t =8.08, p < .01)

The findings indicated that the self-management enhancing program could increase the self-monitoring, self-evaluation and self-reinforcement skills of the patients with chronic peripheral arterial occlusion, leading to improved smoking cessation, controlling risk factors and performing exercise. However, this study needs to be replicated with a larger sample size and follow up of health behaviors over a longer term.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งตลอดมาของ อาจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์ และ ผศ.ดร.วิภา แซ่เซี้ย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็นและตรวจสอบข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี พร้อมกันนี้ยังคอยให้กำลังใจตลอดเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์อันมีค่า พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณกรรมการผู้สอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านและผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะตลอดจนข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฝ่ายบริการพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คุณอุไร กาญจนภูมิ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 ทุกท่านที่มีส่วนส่งเสริมในการศึกษาต่อครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดาผู้ล่วงลับไปแล้ว มารดา พี่ๆ น้องๆ หลานๆ ตลอดจน กัลยามิตรทุกท่าน รวมถึงเพื่อนร่วมรุ่นปริญญาโททุกท่าน ที่คอยให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา คุณความดีและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่ บุพการี คณาจารย์ ผู้มีพระคุณและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันทุกท่าน

รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อ……		(3)
ABSTRACT……..		(5)
กิตติกรรมประกาศ……..		(7)
สารบัญ……		(8)
รายการตาราง……..		(10)
รายการภาพประกอบ……..		(11)
บทที่ 1	บทนำ……...	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา……..	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย……...	4
	คำถามการวิจัย……	4
	กรอบแนวคิด……...	4
	สมมติฐาน……	7
	นิยามศัพท์……	7
	ขอบเขตของการวิจัย……	8
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ…….	8
บทที่ 2	วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง……..	9
	โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง……..	9
	พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง……	17
	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง..	20
	การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง……	23
	สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง……..	31
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย……..	32
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง……	32
	เครื่องมือในการวิจัย……..	34
	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ……	37

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	37
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
	การวิเคราะห์ข้อมูล	42
บทที่ 4	ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	44
	ผลการวิจัย	44
	อภิปรายผล	51
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	59
	สรุปผลการวิจัย	59
	ข้อจำกัดในการวิจัย	60
	ข้อเสนอแนะ	61
บรรณานุกรม		62
ภาคผนวก		68
ก	แบบวัดการรับรู้ในผู้สูงอายุ (ฉบับภาษาไทย)	69
ข	การคำนวณขนาดอิทธิพล	70
ค	เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	71
ง	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	98
จ	แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	104
ฉ	ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ	106
ช	ตารางนำเสนอผลการวิจัย (เพิ่มเติม)	108
ซ	เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัย	109
ฌ	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	110
ประวัติผู้เขียน		111

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 30)……..	45
2	จำนวน ร้อยละและ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 30) ……	46
3	จำนวน ร้อยละ และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 30)……	47
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (N = 30)……	48
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่และสถิติวิลคอกซ์ (N = 30)……	49
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ (N = 30)…….	49
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระและสถิติแมนน์วิทนีย์ยู (N = 30)…….	50

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย……...	6
2	ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย……	41

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ช่วงปี พ.ศ. 2549 - 2551 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16 เป็นร้อยละ 36 และมีผู้ป่วยดังกล่าวมารับการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือดในปี พ.ศ. 2551 ประมาณ 23 - 44 รายต่อเดือน (หน่วยเวชสถิติ งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2552) โดยมีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า (หน่วยเวชสถิติ งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2552)

หลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเกิดได้ 2 ลักษณะคือ หลอดเลือดแข็งตัวจากเซลล์เยื่อบุหลอดเลือดแอนโดธิเลียมของหลอดเลือดชั้นในมีผังผืดหรือไขมันเกาะบริเวณผนังของหลอดเลือดชั้นนี้และการอักเสบติดเชื้อของหลอดเลือดชั้นนี้โดยผนังหลอดเลือดจะหนาตัวขึ้น โดยพยาธิสภาพทั้ง 2 ลักษณะจะส่งผลให้ช่องภายในหลอดเลือดแดงตีบแคบลงและอุดตันได้ (ประมุข, 2549; ลิวรรณ, จันทนา, วิไลวรรณ,วีนัส และพัสมณฑ์, 2552) โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังถือเป็นโรคหลอดเลือดทั่วระบบร่างกาย (systemic disease) เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคจะส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดบริเวณอื่นร่วมด้วย เช่น หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง (Beard & Gaines, 2006) มีรายงานว่าผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการของระบบหัวใจและหลอดเลือดได้มากกว่าคนปกติถึงร้อยละ 25 (Hernado & Conejero, 2007)

อาการของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังด้วย ประกอบกลุ่มอาการ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ไม่แสดงอาการ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้ร้อยละ 7-15 จะพัฒนาไปสู่อาการปวดขาขณะเดิน (intermittent claudication) ภายในเวลาไม่เกิน 5 ปี (Beard & Gaines, 2006) 2) กลุ่มที่มีอาการปวดขาขณะเดิน โดยจะไม่มีอาการปวดขณะพัก อาการปวดจะสัมพันธ์กับระยะทางการเดิน และจะหายไปภายในเวลา 1-3 นาที เมื่อหยุดเดินโดยไม่ต้องนั่งหรือนอน และ 3) กลุ่มอาการที่อวัยวะขาดเลือดมาเลี้ยงอย่างรุนแรง โดยลักษณะอาการที่พบบ่อยคือ เท้าเย็น อาการของการขาดเลือดอย่างรุนแรงจะเริ่มจากนิ้วเท้าและมักเกิดในเวลากลางคืน รวมทั้งอาจมีแผลจากการขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีการเน่าตายของเท้าด้วย (Beard & Gaines)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดขาขณะเดิน มีอาการปวดจนเดินไม่ได้ (ศิริพร, 2546) มีบาดแผลจากการขาดเลือด มีแผลเรื้อรังและติดเชื้อ (Chat, 2004) ซึ่งแนวทางการรักษาที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาโดยเฉพาะยากลุ่มต้านการจับกลุ่มของเกร็ดเลือด (antiplatelet drug) ซึ่งมีความสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดอาการแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ โดยผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การรักษาด้วยการผ่าตัดซึ่งเป็นการแก้ไขสาเหตุของการอุดตัน และการรักษาตามอาการเช่น การบรรเทาอาการปวดหรือการรักษาบาดแผลติดเชื้อ อย่างไรก็ตามการรักษาดังกล่าวอาจไม่เพียงพอในการชะลอการดำเนินโรคและป้องกันผลกระทบจากโรค ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังมีอาการของโรคเข้าสู่ระยะขาดเลือดมาเลี้ยงอย่างรุนแรง (critical limb ischemia) ต้องรักษาด้วยการตัดขาในที่สุด (Norgren et al., 2007) รวมทั้งยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของระบบหลอดเลือดหัวใจและสมองได้สูงกว่าปกติ (ปิยะมิตร, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญและสามารถป้องกันผลกระทบจากโรคได้ โดยคณะทำงานในสมาคมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (The Trans - Atlantic Inter - Society Consensus Document on Management of Peripheral Arterial Disease [TASC]) ได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันจำนวน 227 เรื่อง และได้ข้อสรุปว่า พฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังประกอบด้วย 1) การหยุดสูบบุหรี่ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งเนื่องจาก การสูบบุหรี่จะส่งผลต่อความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงในการถูกตัดขา หลอดเลือดเทียมอุดตัน และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต (Norgren et al., 2007) 2) การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันอันได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยการควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว และการรับประทานยา ซึ่งจะช่วยชะลอการดำเนินโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันและลดการเกิดอาการแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ (Norgren et al., 2007) และ 3) การออกกำลังกาย โดยมีรายงานจากการทบทวนงานวิจัยจำนวน 21 เรื่อง พบว่า การออกกำลังกายจะช่วยทำให้ระยะเวลาในการเกิดอาการปวดขาขณะเดินยาวนานขึ้นทำให้อาการปวดขาขณะเดินทุเลาลง (Gardner & Poehlman, 1995) สอดคล้องกับการทบทวนรายงานการวิจัยเชิงทดลองจำนวน 22 เรื่อง ซึ่งพบว่า การออกกำลังกายจะช่วยลดอาการปวดขาขณะเดิน ช่วยให้มีระยะเวลาในการเดินและระยะทางในการเดินเพิ่มขึ้น (Watson, Ellis, & Leng, 2009) และรายงานการวิจัยของโคลิน จอนสัน และซูเซค (Collins, Johnson, & Souchek, 2007) ที่ศึกษาผลของการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันต่อความสามารถในการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน โดยโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของโรค การควบคุมอาหาร และออกกำลังกายโดยการเดินเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการเดินแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ผ่านมามุ่งเน้น การให้ความรู้ การแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอให้สอดคล้องกับลักษณะของโรคที่มีการดำเนินโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลานานเป็นๆหายๆ ผู้ป่วยจึงอาจมีปัญหาหรืออุปสรรคที่ไม่สามารถทำให้ปฏิบัติตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเคนเฟอร์ และแกลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick - Buys, 1991) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรังไม่สามารถทำได้ง่ายและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเองอาจไม่พึงพอใจ ผู้ป่วยต้องมีแรงจูงใจและตระหนักว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเอง ผู้ป่วยเองจะเป็นผู้ที่สามารถสังเกตและเข้าใจถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีที่สุด ผู้ป่วยจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดการตนเอง บุคลากรทีมสุขภาพเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือเท่านั้น โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการด้วยตนเอง (Embrey, 2006; Kanfer & Gaelick - Buys) ทั้งนี้เคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick - Buys, 1991) ได้เสนอวิธีการจัดการตนเอง (self - management method) โดยใช้เทคนิคการกำกับตนเอง (self-regulation) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ซึ่งมีรายงานการวิจัยที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังเช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคข้อเข่าอักเสบ โรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง และผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีทักษะในการจัดการอาการสูงขึ้น (จินตนา, 2548; จุฬาภรณ์, 2550; พรทิพย์, 2548; Dongbo et al., 2003; Koch, Jenkin, & Kralik, 2004; Newbould, Taylor, & Bury, 2006; Yip et al., 2007) โปรแกรมในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะประกอบด้วยการให้ความรู้ การฝึกทักษะในการจัดการอาการต่างๆ และการติดตามอาการ เช่น จินตนา (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ พรทิพย์ (2548) ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การจัดการอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังสามารถจัดการตนเองได้โดยมีทักษะในการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า หากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองดังกล่าวจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง การลดหรือหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกาย อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องนำไปสู่เป้าหมายในการบรรเทาอาการปวดและป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ระยะรุนแรง ตลอดจนเป็นการป้องกันการเกิดโรคในระบบหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง อันเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย นอกจากนี้ผลการวิจัยที่ได้จะช่วยให้พยาบาลมีข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญอื่นๆเพิ่มเติมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังควรมีพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกาย (Norgren et al., 2007) เพื่อป้องกันผลกระทบจากโรค การวิจัยครั้งนี้เชื่อว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังที่สามารถจัดการตนเองได้จะมีพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นบุคคลสำคัญในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการดำเนินการและยอมรับว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเอง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติและมีเป้าหมายของตนเอง โดยใช้วิธีการจัดการตนเองตามเทคนิคการกำกับตนเอง ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การติดตามตนเองคือ การให้ความสนใจ การสังเกต การคิดพิจารณาอย่างรอบคอบในการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมาย ขั้นที่ 2 การประเมินตนเอง ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการติดตามตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และขั้นที่ 3 การเสริมแรงตนเอง ซึ่งเป็นการเสริมแรงให้กับตนเองเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายการจัดการตนเองที่กำหนดไว้ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991)

ผู้วิจัยใช้แนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 1 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการติดตามตนเอง โดยการสำรวจตรวจสอบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมากับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัจจัย ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว พร้อมทั้งสามารถวางแผนและตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านของตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนและเพิ่มเติมทักษะแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น การฝึกทักษะที่จำเป็นเช่น การออกกำลังกาย ตลอดจนแนะนำวิธีการลงบันทึกเป้าหมายของตนเองในสมุดบันทึก พร้อมกับกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดทางบวกเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกแก่ตนเองในพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแล้วหรือการหาพัฒนาตนเองเพิ่มเติมในพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม เป็นต้น

กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมากับเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดไว้ในครั้งที่ 1 เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัจจัย ปัญหาและอุปสรรคในการที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมาย ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดทางบวกเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกแก่ตนเองในพฤติกรรมสุขภาพที่ทำได้ตามเป้าหมายพร้อมทั้งวางแผนและตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมแต่ละด้านที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ซึ่งพยาบาลมีหน้าที่ให้การสนับสนุนด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ตลอดจนให้คำปรึกษารายบุคคล และการฝึกทักษะเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ได้พร้อมการลงบันทึกไว้ในสมุดบันทึกพร้อมกับกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดในการเสริมแรงตนเอง

กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการเสริมแรงตนเอง โดยการประเมินผลลัพธ์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมาในช่วง 4 สัปดาห์ ในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การควบคุมที่โรคเป็นปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกายกับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเสริมแรงแก่ตนเองโดยการสะท้อนคิดทางบวกเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกแก่ตนเองในพฤติกรรมสุขภาพที่ทำได้ตามเป้าหมายให้เพิ่มขึ้นและวางแนวทางพัฒนาตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พยาบาลสนับสนุนผู้ป่วยด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการคิดพิจารณาการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมาและเสริมแรงตนเองทั้งทางบวกและทางลบ ดังแสดงในภาพ 1

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 1 ด้วยวิธีการดังนี้

1) สำรวจการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมากับมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ ตระหนักและให้ความสำคัญ รวมทั้งค้นหาปัจจัยและปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเอง

2) การให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยวางแผนจัดการตนเองและตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง

3) การฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

4) เลือกแนวทางปฏิบัติและกำหนดเป้าหมาย บันทึกในสมุดบันทึก เพื่อให้ผู้ป่วยกำหนดแนวทางปฏิบัติและตรวจสอบผลการปฏิบัติของตนเองได้

5) พิจารณาให้การเสริมแรงตนเองทั้งทางบวกและทางลบ

กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 2 ด้วยวิธีการดังนี้

1) ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อติดตามผลของการปฏิบัติในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2) เปรียบเทียบการปฏิบัติกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดเพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง

3) การให้ความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติมร่วมกับให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อร่วมหาแนวทางแก้ปัญหา

4) เลือกแนวทางปฏิบัติและกำหนดเป้าหมายของตนเอง บันทึกในสมุดบันทึกของผู้ป่วยเพื่อให้มีแนวทางที่เหมาะสมของตนเอง

5) พิจารณาให้การเสริมแรงตนเองทั้งทางบวกและทางลบ

กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 3 ด้วยวิธีการดังนี้

1) ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อติดตามผลของการปฏิบัติในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2) เปรียบเทียบการปฏิบัติกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรคในการจัดการตนเองที่ผ่านมาทั้งหมด

3) นำเสนอผลดีและอุปสรรคของการจัดการตนเองและพิจารณาเสริมแรงตนเอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

⇨

พฤติกรรมสุขภาพ

1. การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง
2. การออกกำลังกาย
3. การลดหรือหยุดสูบบุหรี่

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นิยามศัพท์

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง หมายถึง ชุดของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการจัดการตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ ภาวะไขมันในเลือดสูง) และการออกกำลังกาย ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเอง 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการติดตามตนเอง โดยให้ผู้ป่วยสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของตนเองกับมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ค้นหาปัญหาและอุปสรรค วางแผนและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พยาบาลสนับสนุนด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ฝึกทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติ พร้อมกับให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางปฏิบัติและกำหนดเป้าหมายของตนเองพร้อมบันทึกไว้ในสมุดบันทึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดเพื่อการเสริมแรงตนเองและพิจารณาให้การเสริมแรงตนเองทั้งทางบวกและทางลบ ครั้งที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการประเมินตนเอง โดยให้ผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาโดยการเปรียบเทียบการปฏิบัติของตนเองกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดไว้ในครั้งที่ 1 ค้นหาปัญหาและอุปสรรค วางแผนและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติสำหรับตนเองในครั้งต่อไป พยาบาลสนับสนุนด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติม ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคล พร้อมกับให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางปฏิบัติและกำหนดเป้าหมายของตนเองพร้อมบันทึกไว้ในสมุดบันทึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดเพื่อการเสริมแรงตนเองและพิจารณาให้การเสริมแรงตนเองทั้งทางบวกและทางลบ ครั้งที่ 3 เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการเสริมแรงตนเอง โดยให้ผู้ป่วยประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านในช่วงเวลา 4 สัปดาห์ พร้อมกับเปรียบเทียบการปฏิบัติของตนเองกับมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังและพิจารณาให้การเสริมแรงทางบวกและทางลบแก่ตนเองอย่างเหมาะสม

บทที่ 2
วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสรุปเนื้อหาไว้เป็น 4 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง
    1.1 สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง
    1.2 พยาธิสรีรภาพของโรค
    1.3 แนวทางการรักษา
    1.4 อาการและอาการแสดง
2. พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง
4. การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเป็นภาวะที่หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณขาและเท้าลดลงหรือขาดเลือด (ปิยะมิตร, 2549) ซึ่งพบว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังเพิ่มขึ้น ซึ่งมีรายงานว่ามีประชากรประมาณ 8 ล้านคนในอเมริกาเป็นโรคดังกล่าว (Arian & Cooper, 2008) สำหรับในประเทศไทยมีรายงานอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่ง คือโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. 2544 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคดังกล่าวจำนวน 120 คน และเพิ่มเป็น 188 คนในปี พ.ศ. 2547 (ธิดารัตน์, เกศรินทร์, สุวิมล และวรรณี, 2551) และโรงพยาบาลศิริราชปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน จำนวน 414 คน (ธิดารัตน์และคณะ) สำหรับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - 2551 จำนวน 145 คน 181 คน 197 คนตามลำดับ และประเภทผู้ป่วยนอกจำนวน 138 คน 136 คน 144 คนตามลำดับ (หน่วยเวชสถิติ งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2552)

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเฉียบพลัน (acute arterial occlusion) โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง (chronic arterial occlusion) (Beard & Gaines, 2006) โดยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังถือว่าเป็นโรคหลอดเลือดทั่วระบบร่างกาย (systemic disease) เนื่องจากพยาธิสรีรภาพของระบบหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดบริเวณอื่นเช่น หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง (Beard & Gaines, 2006) มีรายงานว่าผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการของระบบหัวใจและหลอดเลือดได้มากกว่าคนปกติถึงร้อยละ 25 (Hernado & Conejero, 2007) โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ประกอบกลุ่มอาการ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่ไม่แสดงอาการ (asymptomatic disease) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้ร้อยละ 7-15 จะพัฒนาไปสู่อาการปวดขาขณะเดิน (intermittent claudication) ภายในเวลาไม่เกิน 5 ปี และจะพัฒนาไปสู่ความรุนแรงในที่สุด และกลุ่มที่ไม่แสดงอาการจะมีความเสี่ยงในการเกิดอาการของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infraction) มากกว่ากลุ่มที่มีอาการแสดงอาการปวดขณะเดินและกลุ่มที่มีอวัยวะขาดเลือดอย่างรุนแรง (Beard & Gaines, 2006)

2. กลุ่มที่มีอาการปวดขาขณะเดิน (intermittent claudication) โดยจะไม่มีอาการปวดขณะพักหรือเมื่อเดินระยะแรก อาการปวดจะสัมพันธ์กับระยะทางการเดิน อาการปวดจะทุเลาลงภายในเวลา 1-3 นาที เมื่อหยุดเดินโดยไม่ต้องนั่งหรือนอนและจะหายสนิทภายในระยะเวลา 10-15 นาที แต่จะเกิดอาการอีกครั้งเมื่อเดินต่อไป (ประมุข, 2549; Beard & Gaines) การรักษาที่ช่วยได้คือ การออกกำลังกายโดยการเดินที่เพียงพอ ร่วมกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคที่ดี จากการศึกษาพบว่ากลุ่มนี้มีประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน โดยร้อยละ50 ของผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นร้อยละ 25 อาการคงที่ และร้อยละ 25 มีอาการเสื่อมลง โดยกลุ่มนี้มีร้อยละ 5 ต้องผ่าตัดซ่อมแซมหลอดเลือด (revascularization) และประมาณร้อยละ 1-2ที่ต้องรักษาโดยการตัดขา (amputation) (Beard & Gaines)

3. กลุ่มอาการอวัยวะขาดเลือดมาเลี้ยงอย่างรุนแรง (critical limb ischemia) โดยลักษณะอาการที่พบบ่อยคือ เท้าเย็น อาการของการขาดเลือดอย่างรุนแรงจะเริ่มจากนิ้วเท้า และมักเกิดในเวลากลางคืน จึงส่งผลกระทบต่อการนอนหลับของผู้ป่วย อาการปวดมีลักษณะปวดแสบร้อน (burning pain) ซึ่งมีชื่อเรียกคือ อาการขาปวดขณะพัก (rest pain) ผู้ป่วยมักลดอาการปวดโดยการห้อยขาออกจากเตียงเดินรอบเตียง หรือแช่เท้าในน้ำเย็น อาการอวัยวะขาดเลือดมาเลี้ยง จะรวมถึงการมีแผลจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (ulceration) หรือการเน่าตายของเท้า (digital gangrene) ด้วย (Beard & Gaines) ซึ่งมีการศึกษาของสถาบัน Vascular Surgical Society of Great Britain and Ireland Foundation พบว่าประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีอาการอวัยวะขาดเลือดมาเลี้ยงอย่างรุนแรงอาการจะดีขึ้นโดยการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดซ่อมแซมหลอดเลือด (revascularization) (Beard & Gaines)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุของการเกิดหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะได้แก่ 1) หลอดเลือดแข็งตัวจากชั้นแอนโดธิเลียมหนาตัวมีผังผืด (arteriosclerosis) หรือไขมันเกาะที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ผนังหลอดเลือดขรุขระ อาจมีหินปูน สารประกอบของเลือด ไขมันมาเกาะทำให้ภายในท่อตีบแคบลง (ประมุข, 2549; ลิวรรณและคณะ, 2552) เมื่อร่างกายมีกิจกรรมที่ต้องการพลังงานมากขึ้น หัวใจต้องบีบตัวเพิ่มส่งเลือดไปยังเนื้อเยื่อต่างเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดการแตกของผลึกของไขมันในเลือด (plaque) เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (atherothombosis) (ประมุข) และ 2) การอักเสบของหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง พบในโรคเบอร์เกอร์ (Buerger 's disease) หรือเรียกอีกชื่อคือ ทอมโบแองไจทิสออปลิเทอร์แรนด์ (Thromboangitis Obiliterans) (ประมุข; ลิวรรณ และคณะ)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีภาพของหลอดเลือดที่สำคัญ ได้แก่

1. อายุ เมื่ออายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดมีการเสื่อมสลายของเส้นใยและกล้ามเนื้อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดชั้นในและชั้นกลางได้รับผลกระทบ ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและไม่คลายตัว ส่งผลให้เลือดไปสู่ส่วนปลายน้อยลง (Chat, 2004; Norgren et al., 2007)

2. การสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาทิติกเป็นสาเหตุให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดมีแรงต้านทานเพิ่มขึ้นทำให้เกิดลิ่มเลือดอันเกิดจากการแตกปริของผนังหลอดเลือด (plaque rupture) เกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันส่งผลให้เนื้อเยื่อส่วนปลายได้รับเลือดลดลง (โสภณและคณะ, 2549; Hernado & Conejero, 2007) โดยบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังโดยจะเพิ่มอัตราการตายในกลุ่มที่มีอาการปวดขาขณะเดินได้ถึง 1.5 - 3 เท่า (Beard & Gaines, 2006)

3. โรคเบาหวาน เมื่อร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ในการสร้างพลังงานได้ทำให้ต้องสลายเนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อ มีการเพิ่มของระดับโปรตีนและไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำในพลาสมาประกอบกับระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก ทำให้เกิดการทำลายหลอดเลือดในชั้นเอนโดธิเลี่ยม (endothelium) ไขมันซึมผ่านเข้าไปผนังหลอดเลือดบริเวณที่อักเสบทำให้หลอดเลือดแข็งตัว (Chat, 2004) โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการอุดตันของหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันขนาดเล็ก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันที่เป็นโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงในการรักษาโดยการตัดขา (amputation) ได้ถึง 10 - 16 เท่า และจากการศึกษาพบว่าระดับการเพิ่มขึ้นของฮีโมบินเอวันซี ($Hb\ A_{1C}$) ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันถึงร้อยละ 28 (Beard & Gaines)

4. ความดันโลหิตสูง เนื่องจากหัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้นเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงแขนขาได้ตามปกติ ความแรงของเลือดที่ไปกระทบต่อผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณหลอดเลือดส่วนใน ทำให้เกิดการหนาตัวและตีบจนตันได้ (โสภณ และคณะ) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/85 มิลลิเมตรปรอท (Beard & Gaines)

5. ระดับไขมันในเลือด เนื่องจากระดับไขมันในเลือดที่สูง จะนำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน โดยอาการของหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันจะแสดงเมื่อมีการเพิ่มของระดับโคเลสเตอรอลรวม (total cholesterol), ไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำคือ แอลดีแอลโคเลสเตอรอล (low density lipoprotein cholesterol, LDL-C), ไตรกลีเซอร์ไรด์ (triglyceride) และการลดลงของไขมันที่มีความหนาแน่นสูงคือ เอชดีแอลโคเลสเตอรอล (high density lipoprotein cholesterol, HDL-C) (Beard & Gaines, 2006; Hernando & Connejero, 2007)

6. การขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากเป็นสาเหตุนำไปสู่ความอ้วนซึ่งทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น (วุฒิชัย, 2549) ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนเป็นโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

พยาธิสรีภาพของโรค

หลอดเลือดแดงทำหน้าที่ในการนำอาหารและออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อ โดยอาหารและของเสียจะถูกแลกเปลี่ยนบริเวณเส้นเลือดฝอย หลังจากนั้นหลอดเลือดดำจะรับของเสียซึ่งปล่อยออกซิเจนไปแล้ว ผ่านเส้นเลือดดำเล็กเข้าหลอดเลือดดำที่ใหญ่ขึ้นและเข้าสู่หัวใจ (ผ่องพรรณ, 2550) การอุดตันของหลอดเลือดแดงซึ่งเกิดจากหลอดเลือดแข็งตัวหรือจากการอักเสบของหลอดเลือดจะทำให้การส่งอาหารและออกซิเจนให้แก่เนื้อเยื่อส่วนปลายลดลงหรือไม่มี ทำให้เนื้อเยื่อขาดอาหารและง่ายต่อการติดเชื้อ ซึ่งการดำเนินโรคประกอบด้วย 4 ระยะ ในระยะแรก จะยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัด เนื่องจากร่างกายมีกลไกการปรับตัวโดยเพิ่มการไหลเวียนในหลอดเลือดแขนง (collateral circulation) ทดแทนหลอดเลือดที่อุดตัน เพื่อให้สามารถนำเลือดไปเลี้ยงขาและเท้าได้พอเพียง (Hernado & Conejero, 2007) ในระยะต่อมา เมื่อหลอดเลือดตีบเพิ่มขึ้นเส้นเลือดแขนงไม่เพียงพอสำหรับนำเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลาย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของหลอดเลือดบริเวณขาและเริ่มมีอาการปวดกล้ามเนื้อขณะเดินที่เรียกว่า คลอดิเคชั่น (claudication pain) โดยเป็นอาการปวดและชาบริเวณขาซึ่งเป็นอาการปวดที่เกิดขึ้นเมื่อเดินไปได้ระยะหนึ่ง อาการปวดจะดีขึ้นเมื่อหยุดพักเนื่องจากเมื่อเดินกล้ามเนื้อมีความต้องการสารอาหารและออกซิเจนเพิ่มขึ้นจากสาเหตุของการอุดตันของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ทำให้ไม่มีเลือดมาเลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อบริเวณปลายขาเกิดการคั่งของกรดแลคติกจากกระบวนการเผาผลาญอาหารโดยไม่ใช้ออกซิเจนทำให้เกิดความรู้สึกปวดขาจากตัวกระตุ้นระบบ

ประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดของกรดแลคติก (ศิริพร, 2546) ต่อมาเมื่อมีการอุดตันเรื้อรังเพิ่มขึ้นในระยะที่สาม ปริมาณเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอไปเลี้ยงปลายเท้าขณะอยู่เฉยๆ จะเริ่มมีอาการแสดงคืออาการปวดขณะพัก (rest pain) ซึ่งมักเกิดในเวลากลางคืน (ประมุข, 2549) และการอุดตันจะดำเนินต่อไปจนมีอาการเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสรีรภาพให้เห็นชัดเจน เช่น กล้ามเนื้อลีบฝ่อ ผิวหนังบางมีจำนวนเส้นขนลดลง มีแผลบริเวณเท้า และแผลหายช้า ซึ่งการมีกล้ามเนื้อลีบฝ่อทำให้การทำหน้าที่ลดลง มีอาการชาปลายเท้า ปลายเท้าบวม เท้าเย็น ผู้ป่วยบางรายเท้าแดงเนื่องจากมีการขยายตัวของหลอดเลือดบริเวณชั้นใต้ผิวหนัง ซึ่งเรียกว่า ลอปสเตอร์รูท (Lobster Root) (Hernado & Conejero, 2007) และในระยะสุดท้าย กล้ามเนื้อมีความต้องการใช้ออกซิเจน ในกระบวนการเผาผลาญอาหารลดลง เนื้อเยื่อเริ่มมีภาวะวิกฤติจากการขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างรุนแรงจนกระทั่งแปรสภาพและตาย ในระยะนี้จะมีอาการปวดรุนแรงร่วมกับติดเชื้อ (Hernado & Conejero)

ความรุนแรงของโรคสามารถแบ่งได้ตามลักษณะอาการทางคลินิก (Rutherford, 1997 as cited in Nordness & Money, 2005) ได้เป็น 4 ระดับ และ 6 กลุ่มดังต่อไปนี้

ระดับ	กลุ่ม	ลักษณะอาการทางคลินิก (Cinilical Description)
0	0	ไม่มีอาการ แต่มีความผิดปกติของหลอดเลือด
	1	มีอาการปวดแบบคลอดิเคชั่นเล็กน้อย (Mild Claudication pain)
1	2	มีอาการปวดแบบคลอดิเคชั่นปานกลาง (Moderate Claudication pain)
	3	มีอาการปวดแบบคลอดิเคชั่นรุนแรง (Severe Claudication pain)
2	4	มีอาการปวดขณะพัก (Ischemic rest pain)
3	5	เนื้อเยื่อตายเฉพาะที่ (Minor tissue loss)
	6	เนื้อเยื่อตายแผ่ขยาย (Major tissue loss)

นอกจากนี้ความรุนแรงของโรคสามารถประเมินได้จากการวัดระดับการไหลเวียนโดยการหาค่าอัตราส่วนระหว่างความดันของหลอดเลือดแดงข้อเท้ากับความดันหลอดเลือดแดงข้อพับแขน ค่าที่คำนวณได้เรียกว่า “Ankle Brachail Index: ABI ” ซึ่งการใช้ ABI ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเป็นวิธีที่มาตรฐานและยอมรับในปัจจุบัน เป็นวิธีการตรวจที่ค่อนข้างแม่นยำและทำได้ไม่ยาก สำหรับวิธีการตรวจ ABI ทำได้โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายเป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาที และวัดความดันแขนสองข้าง ข้างที่มีค่าซิสโตลิกสูงกว่าจะใช้เป็นตัวคำนวณแล้ว วัดความดันซิสโตลิกบริเวณขาตำแหน่งดอร์ซอลลิสพีดิส (dorsalis pedis) และโพสทีเรียร์ทีเบีย (posterior tibialis) โดยวางคัฟฟ์ (cuff) อยู่เหนือข้อเท้าเล็กน้อย ค่าซิสโตลิกสูงกว่าจะใช้เป็นตัวคำนวณของขาข้างนั้น สำหรับเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันโดยใช้ค่า ABI มีดังนี้ (Arian & Cooper, 2008)

ABI มากกว่า 0.90	การวินิจฉัยคือ	ปกติ
ABI ในช่วง 0.80 - 0.90	การวินิจฉัยคือ	ตีบตันเล็กน้อย
ABI ในช่วง 0.50 - 0.79	การวินิจฉัยคือ	ตีบตันปานกลาง
ABI น้อยกว่า 0.50	การวินิจฉัยคือ	ตีบตันรุนแรง

แนวทางการรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันมีหลายวิธีซึ่งแพทย์อาจต้องปรับตามภาวะสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งพอสรุปได้คือ

1. การรักษาด้วยยาได้แก่ ยาต้านการจับกลุ่มของเกร็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาเสริมการไหลเวียนเลือด ยาขยายหลอดเลือด ยาละลายลิ่มเลือด เป็นต้น

2. การรักษาปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การรักษาระดับความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรักษาระดับไขมันในเลือด และการเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

3. การรักษาโดยไม่ใช้ยา โดยเฉพาะการออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังหลอดเลือดแขนงและเพิ่มเลือดไปยังหลอดเลือดส่วนปลายโดยจะมีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันได้ ถ้าปฏิบัติไม่น้อยกว่าครั้งละ 30 นาทีสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (Arain & Cooper, 2008)

4. การใช้วิธีรังสีร่วมรักษา (intervention radiology) ซึ่งวิธีการรังสีร่วมรักษาที่ใช้ในการรักษามีหลายวิธี เช่น การถ่างขยายหลอดเลือด (percutaneous angioplasty) การวางลวดตาข่าย (stent placement) การดูดตะกอนเลือดในหลอดเลือด (clot aspiration) เป็นต้น

5. การผ่าตัด จะทำในรายที่มีข้อบ่งชี้ดังนี้คือ 1) มีการขาดเลือดอย่างรุนแรงจนกระทั่งเป็นเนื้อตายหรือเปื่อย 2) มีอาการปวดเท้าในขณะพัก (rest pain) และ 3) มีภาวะปวดขาอย่างรุนแรงเนื่องจากขาดเลือดมาเลี้ยงจนกระทั่งไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือประกอบอาชีพได้และอาการไม่ดีขึ้นหลังการรักษาและดูแลตนเองมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน (ประมุข, 2549; Arian & Cooper, 2008) วิธีการผ่าตัดในโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังในปัจจุบัน มี 2 ชนิดได้แก่

5.1 การผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินหลอดเลือดแดง (arterial bypass) เป็นการผ่าตัดเพื่อให้การไหลเวียนไปยังส่วนปลายได้ดีขึ้น เพื่อรักษาอาการปวดขาขณะพัก (rest pain) และเพื่อผู้ป่วยสามารถใช้เท้าได้ โดยใช้หลอดเลือดเทียมซึ่งในปัจจุบันมี 2 ชนิด ได้แก่ ชีวสารคือ หลอดเลือดแดงของผู้ป่วย (arterial autografts) และหลอดเลือดดำของผู้ป่วย (venous autografts) และสารสังเคราะห์ได้แก่ decron และ polytetra fluroethylene (PTEE) และสารสังเคราะห์รวมกับชีวสาร (ประมุข, 2549)

5.2 การผ่าตัดเส้นประสาทซิมพาเธติก (sympatectomy) เพื่อลดการหลั่งสารแอดรีนาลินทำให้เส้นเลือดแดงขยายตัว (ช่อผกา และ พิกุลทิพย์, 2553; Beard & Gaines, 2006)

6. การตัดนิ้วและตัดขา ซึ่งเป็นทางเลือกอันดับสุดท้ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน โดยมีข้อบ่งชี้คือ มีการเน่าตายของเนื้อเยื่อ และไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีอื่น (ช่อผกา และ พิกุลทิพย์; Beard & Gaines)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยหลอดเลือดส่วนปลายอุดตันเรื้อรังจะไม่แสดงอาการในระยะแรก เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจึงทำให้เกิดอาการดังนี้

1. อาการปวดขาขณะเดิน (intermittent claudication) เป็นอาการปวดขาในระดับที่อยู่ต่ำกว่าการอุดตันของหลอดเลือดแดง ภายหลังจากการเดินไปได้ระยะหนึ่ง อาการปวดจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆในขณะที่ผู้ป่วยยังเดินต่อไป และในที่สุดผู้ป่วยต้องหยุดเดินเนื่องจากอาการปวดมีความรุนแรงมากขึ้น ภายหลังการหยุดพักเดินประมาณ 10 ถึง 15 นาที อาการปวดจะทุเลาลงจนหายสนิท (โสภณ และคณะ, 2549) ผู้ป่วยจะกลับไปเดินใหม่ได้อีกครั้ง ความรุนแรงในการปวดจะต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นกับตำแหน่งและการมากน้อยในการอุดตันของหลอดเลือด วิธีการประเมินระดับความปวดจากการรายงานของผู้ป่วยเอง (self report) เป็นวิธีการที่ให้ผลไวและเชื่อถือได้ถ้าวิธีการประเมินที่ใช้เหมาะสม (ศศิกานต์, 2549) สำหรับการแบ่งระดับความรุนแรงของความปวด (pain score) สามารถแบ่งได้ดังนี้ 1) ระดับความรุนแรงของความปวด 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย 2) ระดับความรุนแรงของความปวด 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง 3) ระดับความรุนแรงของความปวด 7-10 คะแนน หมายถึง ปวดรุนแรง (สถาพร, 2552) อาการปวดเกิดขึ้นได้หลายระดับ เช่น บริเวณก้น สะโพก ต้นขา น่องและเท้า หรืออาจเกิดรวม ๆ กัน เนื่องจากมีระดับการอุดตันหลายตำแหน่งของหลอดเลือด (โสภณ และคณะ; Arian & Cooper, 2008) ซึ่งส่วนใหญ่พบอาการปวดบริเวณน่อง (Beard & Gaines, 2006) อาการปวดขาชนิดนี้เป็นอาการปวดขาจากการได้รับเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอซึ่งจะเกิดเมื่อมีการออกกำลังกาย การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยที่มีอาการปวดขาชนิดนี้อาจไม่รุนแรงถ้ายังมีเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องได้เพียงพอ การรักษาที่ช่วยได้คือ การออกกำลังกายโดยการเดินที่เพียงพอร่วมกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคที่ดี (Beard & Gaines; Arian & Cooper)

2. อาการของขาขาดเลือดมาเลี้ยงอย่างรุนแรง (critical limb ischemia) ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการได้แก่

2.1 อาการปวดเท้าขณะพัก (rest pain) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากปริมาณเลือดที่ไหลไปยังอวัยวะส่วนปลายลดลง โดยเท้าเป็นอวัยวะที่อยู่ส่วนปลายสุดจะขาดเลือดก่อนส่วนอื่น ๆ มักจะเกิดช่วงเวลากลางคืนเนื่องจากในขณะนอนพัก อัตราการเต้นของหัวใจจะช้าและอ่อนลงทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตำแหน่งหลอดเลือดแดงที่มีการอุดตันลดลงมาก อาการปวดมีลักษณะปวดแสบร้อน (burning pain) มีอาการเท้าเย็น และจะมีอาการปวดโดยเริ่มจากนิ้วเท้า ผู้ป่วยมักห้อยขาออกจากเตียงทำให้เท้ามีอาการบวมและมีสีม่วงคล้ำจากเลือดดำคั่งในขณะห้อยเท้า นอกจากนี้อาการปวดเท้าขณะพักมีการขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเรื้อรังทำให้มีอาการอื่นร่วมด้วยได้แก่ ผิวหนังบางจนเป็นมันขนตามผิวหนังร่วง เล็บแห้งมีรอยแตก การตรวจวินิจฉัยโดยการยกเท้าสูงกว่าระดับลำตัวจะพบว่าเท้ามีสีซีดและเย็นแต่เมื่อปล่อยให้ขาอยู่แนวต่ำกว่าลำตัวจะพบว่ามีสีม่วงคล้ำ อาการปวดเท้าขณะพักนี้แสดงถึงความรุนแรงของการขาดเลือดอยู่ในขั้นวิกฤติจำเป็นต้องรับการรักษาเร็บด่วน จากการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ70 ของผู้ป่วยที่มีอาการอวัยวะขาดเลือดมาเลี้ยงอย่างรุนแรง อาการจะดีขึ้นโดยการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดซ่อมแซมหลอดเลือด (revascularization) (โสภณ และคณะ; Arian & Cooper; Beard & Gaines, 2006)

2.2 แผลขาดเลือด (ischemic ulcer) เกิดจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงขาลดลงจนถึงขั้นวิกฤติ ผิวหนังบริเวณปลายเท้าบวมบาง และไม่ทนทานต่อการกระทบกระเทือนเพียงเล็กน้อยทำให้เกิดแผลได้ง่ายและการหายของแผลเป็นไปอย่างล่าช้าแผลไม่สามารถหายได้ หากเกิดการติดเชื้อแผลสามารถลุกลามไปยังส่วนต้นได้รวดเร็ว นำไปสู่การเสียชีวิตได้ (โสภณ และคณะ)

2.3 การเน่าตายของนิ้วเท้า (digital gangrene) โดยมีกลไกทางพยาธิสภาพ 2 ประการ คือ จากปริมาณเลือดไปเลี้ยงปลายเท้าไม่เพียงพอเช่นเดียวกับกลไกแผลขาดเลือด และจากแผ่นไขมันขนาดเล็กหลุดจากผนังหลอดเลือดมาอุดตันหลอดเลือดขนาดเล็กของนิ้วเท้า ทำให้นิ้วเท้าขาดเลือดซึ่งมีลักษณะสีม่วงคล้ำเรียกภาวะนี้ว่า บูลโทซินโดม (blue toe syndrome) (โสภณ และคณะ, 2549) สำหรับแผลเน่าตายของนิ้วเท้าชนิดแห้ง (dry gangrene) และไม่ติดเชื้อไม่จำเป็นต้องผ่าตัด (โสภณ และคณะ)

พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยควรมีพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน โดยรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การหยุดสูบบุหรี่ มีรายงานการศึกษา ของคณะทำงานในสมาคมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันชื่อว่า ทาร์ส (The Trans - Atlantic Inter - Society Consensus Document on Management of Peripheral Arterial Disease [TASC]) ซึ่งได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันจำนวน 227 เรื่อง ได้มีคำแนะนำว่า การหยุดสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง เนื่องจากอาการปวดขาขณะเดินจะเกิดในผู้ที่สูบบุหรี่ประมาณ 2-3 เท่า และจะลดลงตามการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งในรายงานกล่าวว่า การสูบบุหรี่จะส่งผลต่อความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงในการถูกตัดขา หลอดเลือดเทียมอุดตัน และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนที่สูบบุหรี่ต้องหยุดสูบบุหรี่ โดยวิธีการในการหยุดสูบบุหรี่นั้นขึ้นกับแต่ละบุคคล (Norgren et al., 2007) และ มีรายงานจากการทบทวนงานวิจัยจำนวน 29 เรื่องที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ต่อผลกระทบต่อหลอดเลือดเทียม พบว่าการสูบบุหรี่หลังผ่าตัดจะทำให้หลอดเลือดเทียมมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายได้เพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า (Willigendeal et al., 2005)

2. การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวดังกล่าว ควรมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคที่เหมาะสม โดยสมาคมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน [TASC] มีคำแนะนำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง มีการควบคุมอาหาร ควบคุมน้ำหนักตัว การรับประทานยา และออกกำลังกาย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยชะลอการดำเนินโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันและลดการเกิดอาการแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ (Norgren et al., 2007) และมีรายงานการศึกษาซึ่งจัดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเดินออกกำลังกายเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ควบคู่กับการให้ความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงเช่น ควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การควบคุมอาหาร เป็นต้น โดยพบว่าระดับความสามารถในการเดินขึ้นลงบันไดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =.02) แต่ภายหลังได้รับกิจกรรมการไหลเวียนเลือดไปยังเท้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =.08) (Collins, Johnson, & Souchek, 2007) สำหรับรายละเอียดในการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง มีดังนี้

2.1 โรคความดันโลหิตสูง สมาคมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน [TASC] มีข้อแนะนำในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันคือ ต้องควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยเบาหวานและโรคไต พร้อมกันนี้ต้องมีการใช้ยาควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนลดการรับประทานอาหารเค็ม มีการออกกำลังกาย (Norgren et al.)

2.2 โรคเบาหวาน สมาคมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน [TASC] มีข้อแนะนำในการควบคุมโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันคือ ต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาลที่เข้มงวด ต้องควบคุมปริมาณน้ำตาลที่เกาะบนเม็ดเลือดแดง (HbA_{1C}) ให้น้อยกว่า 7 % (Norgren et al., 2007) ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดขนาดเล็ก ซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันโดยการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย เป็นต้น พร้อมกันนี้สมาคมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน [TASC] มีข้อแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรได้รับการตรวจวัด ABI ทุก 5 ปี เพื่อหาความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในรายที่ยังไม่มีอาการ

2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง สมาคมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน [TASC] มีข้อแนะนำในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันคือ ต้องควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยเฉพาะไขมันชนิดแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (low density lipoprotein cholesterol, LDL-C) ให้น้อยกว่า < 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยการควบคุมการรับประทานอาหาร และการรับประทานยาลดไขมันในเลือดอย่างเคร่งครัด (Norgren et al., 2007)

3. การออกกำลังกาย โดยการเดินการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มปริมาณไหลเวียนของเลือดไปยังหลอดเลือดแขนงที่สร้างขึ้นใหม่ (ช่อผกา และ พิกุลทิพย์, 2553) ซึ่งรายงานจากการทบทวนงานวิจัยจำนวน 21 เรื่อง เกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้ที่มีอาการปวดขาขณะเดิน โดยเป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในทดลอง (randomised controlled trials) จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัยที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง (nonrandomized controlled trials) จำนวน 4 เรื่อง และงานวิจัยที่ไม่ควบคุมการทดลอง (uncontrolled) จำนวน 14 เรื่อง พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายจะช่วยทำให้ระยะเวลาในการเกิดอาการปวดขาขณะเดินยาวนานขึ้น ทำให้อาการปวดขาขณะเดินทุเลาลง โดยต้องปฏิบัติไม่น้อยกว่าครั้งละ 30 นาทีสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ซึ่งในทางปฏิบัติในการออกกำลังกายสามารถทำโดยการเดินตามปกติหรือวิ่งเยาะๆจนเริ่มมีอาการปวดจึงหยุดเมื่อหายปวดจึงเริ่มเดินต่อ (Gardner & Poehlman,1995) สอดคล้องกับรายงานจากการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 22 เรื่อง ซึ่งเปรียบเทียบการออกกำลังกายกับการดูแลแบบปกติ การออกกำลังกายกับการผ่าตัดหรือการใช้วิธีการทางรังสีวิทยา การออกกำลังกายกับการใช้ยาเช่น ยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือดหรือยาเสริมการไหลเวียนของเลือด การออกกำลังกายกับการใช้เครื่องกระตุ้นการไหลเวียนเลือดบริเวณน่อง (pneumatic foot and calf compression) ซึ่ง

วิธีการในการออกกำลังกายมีตั้งแต่การฝึกเกร็งกล้ามเนื้อ การบริหารแขนขา โดยทำการออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งพบว่า การออกกำลังกายจะช่วยลดอาการปวดขาขณะเดิน มีระยะเวลาในการเดิน และระยะทางในการเดินเพิ่มขึ้นแต่การออกกำลังกายไม่ได้ช่วยให้ค่าดัชนีการไหลเวียนเลือดไปยังเท้า (ABI) เพิ่มขึ้น (Watson, Ellis, & Leng, 2009) และมีรายงานการศึกษาของ แอบสัน, คาน,ปอลเตอร์,รอนสัน และโทมัส (Abbassian, Khan, Poulter, Ronsome, & Thomas, 2006) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมออกกำลังกายต่อภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือดและอาการปวดอาการปวดขาขณะเดิน ซึ่งพบว่าหลังใช้โปรแกรมการออกกำลังกายแล้วช่วยให้มีระยะทางเดินในการเดินได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.3 (p =.01) และมีความสามารถในการทำกิจกรรมในการดูแลตนเองทางกายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.5 (p =.07) นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาของเกริทร์และคณะ (Garg et al., 2006) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันที่มีการทำกิจกรรมทางด้านร่างกายในการใช้ชีวิตประจำวัน จะมีอาการปวดขาขณะเดิน (claudication pain) ลดลง และมีอัตราการเสียชีวิตและอาการแทรกซ้อนจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆลดลง สมาคมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน [TASC] มีข้อแนะนำในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันต้องทำครั้งละ 30 - 60 นาทีไม่น้อยกว่า 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์และต้องทำตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป (Norgren et al., 2007)

4. การใช้ยา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันมักได้รับยาเช่น ยากลุ่มต้านการจับกลุ่มของเกร็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากยาดังกล่าวหากใช้ในปริมาณยาที่มากเกินไปจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีใช้ยาอย่างระมัดระวังและต้องสังเกตอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองหลังได้รับยาเช่น การสังเกตภาวะเลือดออกง่าย การมีเลือดออกในทางเดินอาหาร (ผ่องพรรณ, 2550; มุกดา, 2547) รวมถึงการพกบัตรแสดงตนว่าได้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยในกรณีที่มีความจำเป็นต้องมีการรักษาด้วยการทำหัตถการหรือการผ่าตัด (มุกดา) เป็นต้น นอกจากนี้การได้รับยาบรรเทาอาการปวดและยาในกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งการใช้ยาร่วมกันหลายชนิดอาจทำให้บุคคลมีอาการข้างเคียงของยา และมีความยากลำบากในการรับประทานและจดจำชนิดยา (พินทอง, 2550) ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการใช้ยาที่เหมาะสมคือ ใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด ซึ่งสมาคมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน [TASC] มีข้อแนะนำให้ผู้ป่วยที่มีโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดใช้ยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งยากลุ่มต้านการจับกลุ่มของเกร็ดเลือดในระยะยาวจะช่วยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตจากโรคได้

5. การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันมีการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง การสังเกตอาการผิดปกติของตนเองที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดที่เหมาะสม เช่น มีการประเมินอาการและความรุนแรงของโรคด้วยการตรวจสอบชีพจรบริเวณเท้า (pedal pulse) การคลำเท้าตรวจดูว่าอุ่นหรือเย็น

ตลอดจนมีการประเมินบาดแผล เป็นต้น (ปิยะนุช, 2551) ซึ่งเมื่อสังเกตพบความผิดปกติแล้วผู้ป่วยอาจขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านหรือมาพบแพทย์ทันทีแล้วแต่ความเร่งด่วนของปัญหาสุขภาพนั้น (มุกดา, 2547)

6. การมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันต้องให้ความสำคัญในการมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ วางแผนรักษาในระยะยาวและต่อเนื่องซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องดังกล่าวที่เหมาะสม (ผ่องพรรณ, 2550; มุกดา, 2547)

โดยสรุปพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง การหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดและ การมาพบแพทย์ตามนัด เป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังโดยผู้ป่วยต้องมีจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อช่วยในการบรรเทาอาการของโรคและชะลอการดำเนินโรคอันส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย เนื่องจากพฤติกรรมด้านอื่นๆมีการปฏิบัติในการพยาบาลตามปกติแล้ว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

พฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ซึ่งถูกกำหนดโดยอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม (เฉลิมพล, 2543) สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของพฤติกรรมคือ 1) พันธุกรรมคือ การถ่ายทอดจากปู่ ย่า ตา ยายสู่ลูกหลานเป็นลักษณะที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดและ 2) สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเราเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบรายงานวิจัยที่มีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของโรคดังกล่าว เช่น การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย สามารถสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ด้านภาระหน้าที่ ความคุ้นชิน หรือลักษณะนิสัยส่วนตัวที่ปฏิบัติมาในอดีต และ ความหวังในชีวิต เป็นต้น (ขวัญตา, 2552; ชนิดา, 2552) ซึ่งผลการศึกษามีดังนี้

1.1 การรับรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบแตกต่างกันออกไปภายใต้การตีความหมายของบุคคลเช่น การที่บุคคลรับรู้ว่าการออกกำลังกายมีผลดีทำให้ร่างกายแข็งแรง จะมีผลทำให้บุคคลนั้นให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย (ชนิดา, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธยาน์ เกสร และชดช้อย (2008) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลโดยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =.32, .27 และ.19, p <.01) ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สัญพิชา (2552) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =.39, .39, p < .01) ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สรายุทธ (2546) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสามเณรซึ่งอาพาธที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์โดยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคที่เกิดจากบุหรี่การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01)

1.2 ด้านภาระหน้าที่ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยมีรายงานการศึกษาของขวัญตา (2552) ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่นซึ่งพบว่า ภาระหน้าที่จากการทำงานทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย และทำให้นอนหลับไม่เป็นเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิดา (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในเขตชนบทจังหวัดขอนแก่น โดยพบว่าปัจจัยด้านภาระหน้าที่ส่งผลให้บุคคลแต่ละคนมีเงื่อนไขในการกิจกรรมต่างๆเช่น ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ไม่มีเวลาในการเตรียมอาหาร เป็นต้น

1.3 ความคุ้นชินหรือลักษณะนิสัยส่วนตัวที่ปฏิบัติมาในอดีต จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยจะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำได้ยากเช่น การรับประทานอาหารปริมาณมากเพราะถ้ารับประทานไม่อิ่มจะมีอาการอ่อนเพลีย ทำให้ไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้ (ชนิดา, 2552)

1.4 ความหวังในชีวิต จะเป็นแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการของชีวิต เช่น ความหวังที่จะมีสุขภาพดี (ชนิดา, 2552)

2. ปัจจัยด้านครอบครัว มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยพบว่า ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว การดูแลสนับสนุนจากลูกหลานกำลังใจจากครอบครัว การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวเป็นปัจจัยด้านบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนการคิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวเป็นปัจจัยด้านลบที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (ชนิดา, 2552)

3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดย พบว่าภาวะเศรษฐกิจจะส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เช่น ไม่มีเงินจะทำให้ไม่สามารถซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกาย (ขวัญตา, 2552) สอดคล้องกับ รายงานการศึกษาของ ณัฐธยาน์ เกสร และชดช้อย (2008) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p < .05$)

4. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและวิถีชุมชน มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดย พบว่าความเชื่อประเพณี ค่านิยม และ การเปลี่ยนแปลงของสังคมจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่น การนิยมรับประทานอาหารจานด่วน อาหารทอด หรือพฤติกรรมการพักผ่อนเปลี่ยนไปจากการมีแหล่งบันเทิง (ขวัญตา, 2552; ชนิดา, 2552)

อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยจำนวนมากที่พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังมีความจำเป็นต้องจัดการตนเอง โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพได้ สำหรับปัจจัยบางด้านที่ไม่สามารถจัดการได้ง่ายแต่ผู้ป่วยสามารถใช้วิธีการจัดการตนเองที่ทำให้ประสบความสำเร็จโดยอาศัยเทคนิคการกำกับตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น การศึกษาที่ผ่านมาของจินตนา (2548) ซึ่งพบว่าผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับแนวคิดการกำกับตนเองมีผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตภาคใต้ตอนล่างมีอาการหายใจลำบากน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ วัลย์ลดา (2548) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่พัฒนาจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับแนวคิดการกำกับตนเองและแนวคิดการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาดเลือดชั่วคราวหรือไม่รุนแรงต่อความแข็งแรง ความพึงพอใจ ต่อปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีระยะทางการเดินภายใน 6 นาทีและมีความพึงพอใจต่อผลของการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นต้น

การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

แนวคิดการจัดการตนเองสร้างขึ้นโดยโทมัส แคร์ (Thomas Creer) ในปี 1960 ซึ่งเชื่อว่า บุคคลจะสนใจและหาวิธีการที่จะอยู่และควบคุมสถานการณ์ความเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ มีทักษะการจัดการที่ดี สามารถจัดการอาการด้วยตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ดี โดยมีความรู้และความเข้าใจในผลของการจัดการ มีการเสริมพลังอำนาจในการปรับตัว การแก้ปัญหา และการตัดสินใจ ซึ่งจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Embrey, 2006) ผู้ป่วยเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดการตนเอง โดยผู้ป่วยต้องยอมรับและตระหนักถึงความสำคัญ ความจำเป็นในการจัดการต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา และเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ พร้อมกันนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองโดยต้องกำหนดเป้าหมายและมีวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บุคลากรทีมสุขภาพเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ (Embrey; Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ซึ่ง เคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรังไม่สามารถทำได้ง่าย และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเองอาจไม่พึงพอใจ ผู้ป่วยเองจะเป็นผู้ที่สามารถสังเกตและเข้าใจถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีที่สุด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องเกิดจากแรงกระตุ้นและแรงจูงใจในตัวผู้ป่วยเองไม่ใช่เกิดจากการสั่งการโดยบุคคลอื่น เทคนิคการกำกับตนเอง (self-regulation) เป็นเทคนิคที่จะช่วยให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จได้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) (Kanfer & Gaelick-Buys) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 การติดตามตนเอง (self-monitoring) คือ การให้ความสนใจ การสังเกตติดตามพร้อมบันทึกพฤติกรรมของตนเอง โดยพฤติกรรมที่สังเกตอาจเป็นทั้งเหมาะสมและไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการสังเกต ติดตาม และบันทึกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น สภาพแวดล้อม การยอมรับในสังคม และประสบการณ์ของบุคคล โดยการติดตามตนเองจะช่วยให้บุคคลจะคิดพิจารณาอย่างรอบคอบในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมไปสู่เป้าหมาย

ขั้นที่ 2 การประเมินตนเอง (self-evaluation) เป็นการเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองกับเป้าหมายที่บุคคลกำหนดไว้ทำให้เกิดการตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นๆ

ขั้นที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เป็นปฏิกิริยาของบุคคลซึ่งจะแสดงออกทางความคิด อารมณ์ ต่อผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินตนเองในการกระทำพฤติกรรมซึ่งอาจบรรลุหรือไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยบุคคลจะมีวิธีการในการเสริมแรงแก่ตนเองทั้ง

ทางบวกและทางลบ และแรงเสริมมีทั้งจากภายนอก ได้แก่ สิ่งที่เป็นวัตถุ และ แรงเสริมจากภายใน ได้แก่ การใช้พูดชมเชยตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจ และการใช้แรงเสริมต่อตนเองในทางลบเช่น การตำหนิตนเอง ทำโทษตนเอง การสร้างเงื่อนไข เป็นต้น

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังควรมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ การลดหรือหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกาย ซึ่งการจัดการตนเองของผู้ป่วยนั้นต้องกระทำในลักษณะกระบวนการที่ต่อเนื่องทั้ง 3 ทักษะ ซึ่งในกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 1 ผู้ป่วยต้องสำรวจตรวจสอบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมากับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง สามารถค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของตนเองในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมกับมีความตระหนักถึงความสำคัญตลอดจนรับรู้ความสำคัญของในการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยการได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการคิดพิจารณากระทำพฤติกรรมสุขภาพเช่น การปฏิบัติพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมที่โรคเป็นปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกายที่มีผลต่อการดำเนินโรคและการป้องกันผลกระทบจากโรค สามารถวางแผนและตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านของตนเอง พร้อมบันทึกเป้าหมายของตนเองในสมุดบันทึกโดยขั้นตอนนี้พยาบาลให้การสนับสนุนผู้ป่วยโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติที่เพียงพอ ร่วมกับกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการสะท้อนคิดเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกและทางลบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ต่อจากนั้นจะเข้าสู่กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 2 คือ ผู้ป่วยต้องสามารถประเมินตนเองในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาโดยเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยได้กำหนดไว้ในขั้นที่ 1 สามารถค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติของตนเอง ตลอดจนวางแผนในการจัดการตนเองเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพต่อไปอย่างไรให้ถึงเป้าหมาย มีการสะท้อนคิดทางบวกเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกแก่ตนเองในพฤติกรรมสุขภาพที่ทำได้ตามเป้าหมาย พร้อมทั้งวางแผนและตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมแต่ละด้านที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย พยาบาลมีหน้าที่ให้การสนับสนุนด้วยการให้ความรู้และการฝึกทักษะเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ได้ พร้อมกับกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดในการเสริมแรงตนเองและกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 3 ผู้ป่วยต้องสามารถประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมาทั้งหมด พร้อมกับสามารถเปรียบเทียบการปฏิบัติของตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดและมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังตลอดจนสามารถพิจารณาให้การเสริมแรงตนเองทั้งทางบวกและทางลบแก่ตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งพยาบาลให้การสนับสนุนผู้ป่วยโดยการกระตุ้นให้คิดพิจารณาการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมาและเสริมแรงตนเองทั้งทางบวกและทางลบ

ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังต้องมีการจัดการตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง การลดหรือหยุดสูบบุหรี่ ควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย ดังนี้

1. การจัดการตนเองเพื่อการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ ได้แก่

1.1 ประเมินการปฏิบัติการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ของตนเองที่ผ่านมากับมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

1.2 ต้องรับรู้และให้ความสำคัญในการหยุดสูบบุหรี่

1.3 วางแผนและวางเป้าหมายในการหยุดสูบบุหรี่ของตนเอง

1.4 ลงมือปฏิบัติในการหยุดสูบบุหรี่

1.5 บันทึกพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สามารถลดได้ของตนเอง

1.7 ประเมินผลการหยุดสูบบุหรี่ของตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

1.8 เสริมแรงแก่ตนเองโดยอาศัยผลลัพธ์จากการปฏิบัติ

2. การจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

2.1 การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยต้องปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดังนี้ 1) เฝ้าระวังและติดตามอาการที่ผิดปกติด้วยตนเอง เช่น อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยโดยเฉพาะช่วงเช้าหลังตื่นนอน อาการคลื่นไส้อาเจียนหรือตามัว อาการเวียนศีรษะมึนงง เลือดกำเดาไหล 2) ลดการรับประทานอาหารเค็ม อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่นไขมันสัตว์ 3) การควบคุมน้ำหนักตัวโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย และรอบเอวในผู้ชายไม่ให้เกิน 39 นิ้วและในผู้หญิงไม่ให้เกิน 34 นิ้ว 4) การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสารคาเฟอีน ลดการสูบบุหรี่ 5) ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 6) มีการผ่อนคลายความเครียด 7) รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ 8) การมาพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษา 9) สังเกตอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง (ผ่องพรรณ, 2550) ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเองดังนี้

2.1.1 ประเมินการปฏิบัติการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของตนเองที่ผ่านมากับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

2.1.2 ต้องรับรู้และให้ความสำคัญในการควบคุมภาวะความดันโลหิต

2.1.3 วางแผนและวางเป้าหมายในควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของตนเอง

2.1.4 ลงมือปฏิบัติในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง

2.1.5 บันทึกพฤติกรรมการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของตนเอง

2.1.6 ประเมินผลการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของตนเอง

2.1.7 เสริมแรงแก่ตนเองโดยอาศัยผลลัพธ์จากการปฏิบัติ

2.2 การควบคุมโรคเบาหวาน ผู้ป่วยต้องปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดังนี้ 1) สังเกตและติดตามอาการที่ผิดปกติด้วยตนเอง เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อาการที่พบคือ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คอแห้ง ปัสสาวะมากขึ้น (ภาวนา, 2544) 2) ควบคุมอาหารโดยการรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสม งดรับประทานอาหารจุกจิก 3) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 4) ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 5) รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ 6) การดูแลเท้าป้องกันการเกิดแผล 7) การมาพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษา 8) การสังเกตอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน เช่น อาการตามัวเนื่องจากจอประสาทตาเสื่อมจากโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมป์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเองดังนี้

2.2.1 ประเมินการปฏิบัติการควบคุมโรคเบาหวานของตนเองที่ผ่านมากับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

2.2.2 รับรู้และให้ความสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน

2.2.3 วางแผนและวางเป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานของตนเอง

2.2.4 ลงมือปฏิบัติในการควบคุมโรคเบาหวาน

2.2.5 บันทึกพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของตนเอง

2.2.6 ประเมินผลการควบคุมโรคเบาหวานของตนเอง

2.2.7 เสริมแรงแก่ตนเองโดยอาศัยผลลัพธ์จากการปฏิบัติ

2.3 การควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยต้องปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดังนี้ 1) ควบคุมการรับประทานอาหารให้ได้พลังงานประมาณ 30 - 35 กิโลแคลอรี่ต่อกิโลกรัมต่อวัน 2) ใช้ไขมันพืชแทนไขมันสัตว์ 3) งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการเลิกสูบบุหรี่ 4) รับประทานยาลดไขมันในเลือด 5) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น (อุไร, 2543) ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเองดังนี้

2.3.1 ประเมินการปฏิบัติการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงของตนเองที่ผ่านมากับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

2.3.2 รับรู้และให้ความสำคัญในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง

2.3.3 วางแผนและวางเป้าหมายในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดของตนเอง

2.3.4 ลงมือปฏิบัติในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง

2.3.5 บันทึกพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงของตนเอง

2.3.6 ประเมินผลการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงของตนเอง

2.3.7 เสริมแรงแก่ตนเองโดยอาศัยผลลัพธ์จากการปฏิบัติ

3. การจัดการตนเองเพื่อการออกกำลังกาย ได้แก่

3.1 ประเมินการปฏิบัติการออกกำลังกายของตนเองที่ผ่านมากับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

3.2 รับรู้และให้ความสำคัญในการออกกำลังกาย

3.3 วางแผนและวางเป้าหมายในการออกกำลังกายของตนเอง

3.4. ลงมือปฏิบัติในการออกกำลังกาย

3.5 บันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกายในแต่ละวันของตนเอง

3.6 ประเมินผลการออกกำลังกายของตนเอง

3.7 เสริมแรงแก่ตนเองโดยอาศัยผลลัพธ์จากการปฏิบัติ

รายงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังสามารถป้องกันความทุกข์ทรมานจากโรค และลดงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ โดยแนวคิดการจัดการตนเองเป็นการเพิ่มความสามารถให้แก่ผู้ป่วยและทำให้มีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล มีความมั่นใจในการทำกิจกรรม ซึ่งเป็นรูปแบบในการดูแลที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Embrey, 2006) ลดการพึ่งพาเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ เพิ่มทักษะในการจัดการอาการด้วยตนเอง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงและมีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ (Dongbo et al., 2003) ดังมีรายละเอียดดังนี้

นิวบอนด์ เทเลอร์ และบูรี่ (Newbould, Taylor, & Bury, 2006) ได้ทบทวนการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากงานวิจัยจำนวน 17 เรื่อง และ รายงานการประชุมจำนวน 2 เรื่องซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคปอด ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (HIV) โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก และปวดหลัง โปรแกรมการจัดอาการตนเองประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการจัดการอาการ เช่น การออกกำลังกาย การดูแลด้านอาหาร การจัดการอาการอ่อนล้าและการนอนหลับ การฝึกเทคนิคการใช้ยา และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน การจัดการกับอารมณ์ การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ พบว่าหลังการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยรายงานความเจ็บปวดว่ามีระดับลดลงร้อยละ12 - 20 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นและช่วยลดค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของดองโบ และคณะ (Dongbo et al., 2003) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปอด โรคข้ออักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ซึ่งได้รับโปรแกรมประกอบด้วย การออกกำลังกายเช่น การฝึกไทจิ่ การออกกำลังกายข้อเข่า การสอนทักษะการจัดการอาการ การสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คอส จีนคิน และคาลิก (Koch, Jenkin, & Kralik, 2004) ซึ่งทำการวิจัยโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยหอบหืดจำนวน 24 ราย ในเรื่องการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างรายงานการจัดการตนเองใน 3 รูปแบบคือ 1) การจัดการการตนเองทางการแพทย์ เช่น การใช้ยา การป้องกันอาการกำเริบตลอดจนการหลีกเลี่ยงสิ่งที่มากระตุ้น 2) การจัดการตนเอง ซึ่งอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ (collaboration model) โดยการช่วยเหลือให้คำแนะนำในการจัดการปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น การปรับเปลี่ยนยา การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ และ 3) การจัดการอาการด้วยตนเอง (self-care agency model) โดยการวางแผนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับสภาวะโรค เช่น การหยุดสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ทำให้เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพเข้าใจผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น

พรทิพย์ (2548) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การจัดการอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง โดยการใช้เทคนิคคือ การพูดคุยซักถามปัญหา การให้ความรู้และฝึกทักษะในการจัดการอาการ การสร้างแรงจูงใจให้ตนเองหรือการให้แรงเสริม และการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในจัดการอาการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสูงขึ้นและมีภาวะหายใจลำบากลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)และแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จินตนา (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 3 ระยะที่ 1ให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาตนเอง ระยะที่ 2 วางแผนปฏิบัติและพัฒนาทักษะ และระยะที่ 3 เป็นการติดตามผลการกำกับตนเองตามเป้าหมายโดยเทคนิคที่นำมาใช้ได้แก่ การพูดคุยประเมินปัญหา การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและเปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามปัญหาตลอดจนค้นหาปัญหาตนเองจนสามารถวางเป้าหมายในการจัดการตนเองได้ซึ่งพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$) และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$)

จุฬาภรณ์ (2550) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็นและการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามกระบวนการจัดการตนเองได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง ซึ่งพบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองในเรื่อง อาการหายใจลำบาก มีสมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$)

รายงานการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าอักเสบโดยเป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง (randomised controlled trials) ใช้เวลาในการทดลอง 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง 120 คน ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ในการจัดการอาการปวดเข่า อาการอ่อนล้า การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การจัดการความเครียด พร้อมฝึกทักษะในการออกกำลังกายข้อเข่า การเดิน การฝึกไทจี่ และมีการให้แรงเสริมทางบวกระหว่างการปฏิบัติในโปรแกรม ซึ่งเทคนิคที่ผู้วิจัยนำมาใช้ได้แก่ เทคนิคในการให้ความรู้โดยการสอนการจัดอาการปวดเข่าด้วยตนเองโดยวิธีการต่างๆ เช่น การประคบร้อน ประคบเย็น การออกกำลังกายแบบต่างๆเป็นต้น โดยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น มีทักษะในการจัดการ เช่น การประคบร้อน ประคบเย็น พร้อมกับมีระยะเวลาในการออกกำลังกายและความสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Yip et al., 2007)

วัฒนะ ศรีสุพรรณ โปธิบาล และ อัพเชิร์ช (Wattana, Srisuphan, Pothiban & Upchurch, 2007) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 147 คน ใช้เวลา 24 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้โรคเบาหวาน การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการฝึกทักษะการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวโรคเบาหวานดีขึ้น ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารลดลง ระดับฮีโมโกลบินเอ วันซี (HbA_{1C}) ลดลง ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

มีรายงานการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดอย่างน้อย 2 อย่างเป็นระยะเวลา 1 ปีโดยให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 125 ราย พูดคุยในพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของตนเอง กระตุ้นให้วางเป้าหมายการจัดการปัญหาของตนเอง ลงมือปฏิบัติ เสริมแรงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและติดตามผลการเปลี่ยนแปลง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ในจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดและระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.01) (Sol, Graaf, Brouwer, Hickox, & Vissere, 2010) ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวเน้นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคแต่ไม่ได้วัดในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

จากการทบทวนงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการใช้แนวคิดการจัดการตนเองส่งผลทางบวกต่อระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังพบว่ามีเพียงหนึ่งการศึกษาที่ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองคือ

การศึกษาของโคลิน จอนสัน และซูเชค (Collins, Johnson, & Souchek, 2007) ซึ่งศึกษาผลของการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันต่อความสามารถในการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยง การควบคุมอาหาร การเดินออกกำลังกายเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าภายหลังได้รับกิจกรรมระดับความสามารถในการขึ้นลงบันไดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p*=.02*)* แต่การไหลเวียนเลือดไปยังเท้า (ABI) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*=.08) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมและต่อเนื่องจะส่งผลทางบวกต่อสุขภาพ ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองจึงเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองให้สามารถจัดการตนเองได้ ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพและนำไปสู่เป้าหมายการบรรเทาอาการของโรคและป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ระยะรุนแรงต่อไป

จากรายงานการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การจัดการตนเองทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยพยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือโดยจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะจัดการตนเองจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพบว่า วิธีการส่งเสริมการจัดการตนเองประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคตลอดจนปัจจัยเสี่ยงของโรค การฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดตนเองและการจัดการอาการผิดปกติ (จินตนา, 2548; จุฬาภรณ์, 2550; พรทิพย์, 2548; Collins, Johnson, & Souchek, 2007; Wattana, Srisuphan, Pothiban & Upchurch, 2007; Yip et al., 2007) การสร้างแรงจูงใจให้ตนเองหรือการให้แรงเสริม และการติดตามเยี่ยมบ้าน (พรทิพย์, 2548)

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังซึ่งถือว่าเป็นโรคเรื้อรังพบว่าการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพทำได้ยากตามแนวคิดของเคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังมีรูปแบบการดำเนินโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งแต่ละบุคคลอาจมีปัญหาหรืออุปสรรคที่ไม่สามารถทำให้ปฏิบัติตัวได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังโดยอาศัยกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังให้มีกลวิธีในการจัดการตนเองเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 3 ครั้ง ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 1 กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 2 และกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 3 ซึ่งเป้าหมายของการสร้างโปรแกรมคือ ส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมช่วยชะลอการดำเนินโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคระบบหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองและภาวะทุพลภาพจากการตัดขาอันเป็นการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังเป็นภาวะที่หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายโดยเฉพาะขาและเท้าได้อย่างเพียงพอ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดขาตลอดจนการบาดแผลเรื้อรังจากการขาดเลือดเกิดขึ้นซึ่งโรคจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังถือว่าเป็นโรคหลอดเลือดทั่วระบบร่างกายเนื่องจากพยาธิสรีรภาพของระบบหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดบริเวณอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังจึงมีความจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง การหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกาย โดยต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาวเพื่อชะลอการดำเนินของโรคไปสู่ระยะที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามการปรับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันสามารถนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้เพื่อทำให้ผู้ป่วยได้มีการรับรู้ ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเองโดยแนวคิดดังกล่าวมีความเชื่อว่า ผู้ป่วยเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยต้องยอมรับว่าตนเองมีความสำคัญและมีความจำเป็นในการจัดการต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา และเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการจัดการในพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ พร้อมกันนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองโดยต้องมีเป้าหมายในการจัดการตนเองตลอดจนมีวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง มีกลวิธีในการจัดการตนเองซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ ขั้นที่1 การติดตามตนเอง ขั้นที่ 2 การประเมินตนเอง และขั้นที่ 3 การเสริมแรงตนเอง ซึ่งมีรายงานการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ผ่านมาที่แสดงถึงผลลัพธ์ทางบวกในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการใช้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังงานวิจัยที่ผ่านมามุ่งเน้นการให้ความรู้ แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ ขาดการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังเพื่อเป้าหมายคือ ผู้ป่วยมีทักษะในการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกาย ซึ่งจะสามารถบรรเทาอาการปวด ชะลอการดำเนินโรคไปสู่ระยะที่รุนแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหลอดเลือดอื่นๆเช่น ระบบหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental design) ชนิดก่อนหลังแบบมีกลุ่มควบคุม (pretest - posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 4 หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. มีการรับรู้ปกติ โดยผ่านเกณฑ์ตามแบบวัดการรับรู้ในผู้สูงอายุ Mini - Mental State Examination ฉบับภาษาไทย (ผ่องพรรณ, 2551) (ภาคผนวก ก) และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

2. มีปัจจัยเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันอย่างน้อย 1 อย่างได้แก่ การสูบบุหรี่ มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือขาดการออกกำลังกาย

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ มีแผลหรือภาวะเท้าขาดเลือดรุนแรงจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ได้รับการผ่าตัดขาหรือเท้า (amputation) ที่ไม่สามารถเดินได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และหาอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้คือ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เขตภาคใต้ตอนล่าง (จินตนา, 2548) ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 ราย โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.46 (ภาคผนวก ข) แต่ผู้วิจัยเลือกใช้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวเป็นการศึกษาในกลุ่มโรคที่แตกต่างกัน จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 50 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย เป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และจำนวน 25 ราย เป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าช่วงเวลาดังกล่าวมีกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาเป็นจำนวน 71 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุเมื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว เมื่อนำมาทดสอบตามแบบวัดการรับรู้ในผู้สูงอายุพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์จึงไม่สามารถนำเข้าสู่การทดลองได้ พร้อมกันนี้แต่ละครั้งมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องใช้เวลาในการรักษาประมาณ 1-2 เดือนจึงเสร็จสิ้นการรักษาหรือมีผู้ป่วยรายเดิมต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์หลังจำหน่ายในช่วงเวลา 1-2 สัปดาห์ พร้อมทั้งมีกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตระหว่างการเก็บข้อมูลจำนวน 3 ราย ตลอดจนการมีข้อขัดข้องในการใช้เครื่องฝึกเดินของหน่วยกายภาพบำบัดที่ผู้วิจัยวางแผนสำหรับการฝึกการเดินออกกำลังกายในช่วงแรกทำให้การเก็บข้อมูลทำได้ล่าช้า ผู้วิจัยจึงสามารถเก็บข้อมูลได้เพียงกลุ่มละ 15 ราย รวมเป็น 30 ราย ภายในระยะเวลา 6 เดือน เมื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลแล้วพบว่า มีอำนาจทดสอบสูงถึง 1.00 ซึ่งสูงกว่าที่กำหนดไว้ก่อนเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงยุติการรวบรวมข้อมูล

การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ก่อนการศึกษาผู้วิจัยวางแผนการดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pair) ให้มีความคล้ายคลึงกันตามคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี 2) ความรุนแรงของโรคในระดับเดียวกันหรือใกล้เคียงกันโดยแบ่งตามเกณฑ์ ABI 3) ระดับความปวดก่อนการทดลองในระดับเดียวกัน แต่การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 ข้อนั้นทำได้ค่อนยากเนื่องจากการที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะสามารถเข้าสู่การวิจัยได้จำนวนน้อย พร้อมกันนี้ยังส่งผลกระทบต่อการสุ่มเข้ากลุ่มในการวิจัยก่อนการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยต้องกระทำภายใต้บริบทของเหตุการณ์ในขณะนั้น

สำหรับการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้การหยิบสลากแต่ไม่สามารถทำได้สมบูรณ์ตลอดการวิจัยเนื่องจากประสบปัญหาระหว่างการทดลองเช่น ผู้ป่วยบางรายผู้วิจัยหยิบสลากได้กลุ่มทดลองแต่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการทำกิจกรรมตลอดโปรแกรมทั้ง 3 ครั้ง ซึ่งการร่วมกิจกรรมในโปรแกรมต้องอาศัยการติดต่อทางโทรศัพท์กรณีที่ไม่ตรงกับวันที่แพทย์นัด ซึ่งผู้ป่วยแจ้งว่ามีความยุ่งยากสำหรับผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยอาศัยในพื้นที่ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์เคลื่อนที่หากจะ

ใช้โทรศัพท์ต้องเดินทางออกมาจากบ้านประมาณ 2-3 กิโลเมตร และต้องใช้โทรศัพท์บ้าน ทั้งนี้ผู้ป่วยแจ้งว่ามีความรู้สึกลำบากใจถ้าหากต้องมารบกวนใช้โทรศัพท์เพื่อนบ้านบ่อยๆอีกทั้งไม่สะดวกถ้าหากต้องเดินทางมาพบผู้วิจัยตามโปรแกรมกรณีไม่ตรงกับวันที่แพทย์นัดเนื่องจากเดินทางลำบากแต่ผู้ป่วยยินดีร่วมมือในการให้ข้อมูลซึ่งผู้วิจัยจำเป็นต้องจัดเข้าเป็นกลุ่มควบคุม ทั้งนี้การเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดำเนินการไปพร้อมกัน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง (ภาคผนวก ค) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 3 ครั้งดังนี้

1.1 กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 1 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการติดตามตนเอง (ภาคผนวก ค) โดยการจัดกิจกรรมครั้งนี้มีอุปกรณ์และสื่อประกอบการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยคือ 1) แผนการให้ความรู้สำหรับผู้วิจัย ที่มีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันรุนแรง อาการและอาการแสดง การรักษา และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ได้แก่ การลดหรือหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง) และการออกกำลังกาย พร้อมกับใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ ประเมินทักษะตนเองในการปฏิบัติ กำหนดแนวทางและวางเป้าหมายในการปฏิบัติ และการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น การออกกำลังกาย การตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและหาแนวทางลดหรือเลิกสูบบุหรี่ 2) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง ใช้ประกอบกิจกรรมการให้ความรู้ ซึ่งเป็นสื่อที่มีรูปภาพประกอบเนื้อหาครอบคลุมตามแผนการให้ความรู้ในพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ได้แก่ การลดหรือหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกาย โดยสอดแทรกรูปภาพและข้อความในเรื่องการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด และการมาพบแพทย์ตามนัด ตามแนวทางการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง พฤติกรรมการควบคุมที่โรคเป็นปัจจัยเสี่ยง 3) สมุดบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงอุดตันเรื้อรัง ประกอบด้วย การปฏิบัติพฤติกรรมการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย เป็นรายวันสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยใช้สมุดบันทึกดังกล่าวเพื่อตรวจสอบการปฏิบัติในการจัดการตนเอง และใช้สำหรับยืนยันการตอบคำถาม

ในแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง 4) เครื่องฝึกเดิน (Treadmill) ของหน่วยกายภาพบำบัดใช้เป็นอุปกรณ์ในการฝึกทักษะการออกกำลังกายโดยการเดิน ซึ่งระหว่างการฝึกเดินจะมีนักกายภาพร่วมดูแลผู้ป่วยกับผู้วิจัยเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้วิจัยกรณีมีปัญหาระหว่างการทดลอง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่สามารถใช้เครื่องฝึกเดินตามแผนการที่กำหนดไว้ได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือดังนี้ 1) ระหว่างการเก็บข้อมูลเครื่องฝึกเดินชำรุด 1 เครื่องจากจำนวน 2 เครื่อง ส่งผลให้หน่วยกายภาพมีเครื่องสำหรับบริการผู้ป่วยทั่วไปลดลงและหน่วยกายภาพบำบัดขอความร่วมมือให้ผู้วิจัยนำผู้ป่วยไปฝึกในช่วงเวลาหลัง 14 น เป็นต้นไป เนื่องจากเป็นเวลาที่ผู้ป่วยทั่วไปใช้เครื่องน้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยที่แพทย์ให้จำหน่ายบางรายไม่สะดวกในการทำกิจกรรมนี้ 2) เครื่องฝึกเดินของหน่วยกายภาพบำบัดไม่สามารถเปิดให้บริการได้นอกเวลาราชการและวันหยุด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่แพทย์ไม่ได้วางแผนการจำหน่ายล่วงหน้าหรือจำหน่ายในช่วงวันหยุดไม่สามารถใช้เครื่องได้ 3) การนำผู้ป่วยลงไปฝึกต้องมีการประสานกับผู้ป่วย แพทย์ นักกายภาพบำบัดและพยาบาลประจำตึกซึ่งปัญหาที่พบ เช่น นักกายภาพบำบัดติดภาระกิจไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ในเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยไม่พร้อมเช่น อ่อนเพลีย ปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น แพทย์ผู้รักษาบางท่านไม่สะดวกที่จะให้นำผู้ป่วยไปฝึกเดินขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาเฮฟพารินทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น ผู้วิจัยจึงแก้ปัญหาโดยการจัดให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทั้งหมดฝึกเดินภายในหอผู้ป่วยทดแทนคือ ฝึกเดินให้เร็วที่สุดตามความสามารถที่ทำได้สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยมีเป้าหมายคือ เดินให้เกิดความรู้สึกปวดขาภายในเวลา 3-5 นาที จัดสถานที่คือทางเดินภายในหอผู้ป่วยระยะทางยาว 5 เมตรเมื่อรู้สึกปวดขาให้หยุดพักแล้วจดบันทึกระยะทางที่ได้และเวลาที่เริ่มรู้สึกปวดขา ซึ่งเป็นการประยุกต์จากการฝึกเดินบนเครื่องฝึกเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน [TASC]

1.2 กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการประเมินตนเอง (ภาคผนวก ค) โดยการจัดกิจกรรมครั้งนี้มีอุปกรณ์และสื่อประกอบการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยคือ แผนการให้ความรู้สำหรับผู้วิจัยและสมุดบันทึก

1.3 กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 3 เพื่อมุ่งเน้นการเสริมแรงตนเอง (ภาคผนวก ค) โดยการจัดกิจกรรมครั้งนี้มีอุปกรณ์คือ แผนการให้ความรู้สำหรับผู้วิจัยและสมุดบันทึก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง (ภาคผนวก ง) ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่อง ปัจจัยเสี่ยง อาการของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วย ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ความรุนแรงของโรคโดยแบ่งตามเกณฑ์ABI และระดับความปวด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังประกอบด้วย พฤติกรรมการลดหรือหยุดสูบบุหรี่จำนวน 3 ข้อ พฤติกรรมการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ ภาวะไขมันในเลือดสูง) จำนวน 14 ข้อ และพฤติกรรมการออกกำลังกายจำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคร์ท (Likert scale) 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 5 คือ ทำบ่อยมาก หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติเป็นประจำทุกวันใน 1 สัปดาห์
ระดับ 4 คือ ทำบ่อย หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติอย่างน้อย 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ระดับ 3 คือ ทำบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติอย่างน้อย 3 - 4 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ระดับ 2 คือ ทำน้อย หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติอย่างน้อย 1 - 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ระดับ 1 คือ ไม่ได้ทำ หมายถึง กิจกรรมนั้นไม่ได้ปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์

การคำนวณคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมรายด้านมีดังนี้ พฤติกรรมการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมการออกกำลังกาย คำนวณโดยนำคะแนนรวมรายด้านหารด้วยจำนวนข้อของแต่ละด้านในกลุ่มตัวอย่างทุกราย สำหรับพฤติกรรมการลดหรือหยุดสูบบุหรี่จะคำนวณเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงสูบบุหรี่เท่านั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่หยุดสูบบุหรี่แล้วไม่สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านนี้หลังได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้านจะเท่ากับ 1 - 5 สำหรับเกณฑ์ในการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้ (บุญใจ, 2550)

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก

การคำนวณคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในกลุ่มตัวอย่างที่หยุดสูบบุหรี่แล้วนำคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด 19 ข้อ และ กลุ่มตัวอย่างที่ยังคงสูบบุหรี่นำคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด 21 ข้อ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมจะเท่ากับ 1 - 5 และแปลคะแนนเช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยรายด้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำไปตรวจคุณภาพความตรงด้านเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมหลอดเลือด 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และ พยาบาลผู้ปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด 1 ท่าน และนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ พร้อมกันนี้ได้นำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังและสมุดบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงอุดตันเรื้อรังไปใช้ทดลองใช้กับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันจำนวน 2 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหาซึ่งพบว่าโปรแกรมดังกล่าว ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเนื้อหาคำถามในโปรแกรมตลอดจนสามารถคิดหาคำตอบที่เป็นแนวทางของการจัดการตนเองได้ดี สำหรับสมุดบันทึกผู้ป่วยสามารถบันทึกได้อย่างถูกต้องและมีข้อเสนอแนะให้ปรับขนาดตัวอักษรให้โตขึ้นเพื่อความสะดวกในการบันทึก ผู้วิจัยจึงปรับขนาดอักษรให้มีขนาด 18 พอยต์

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังที่มารับบริการ ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 10 ราย ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) โดยวิธีการให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามครั้งที่ 1 ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอก และครั้งที่ 2 โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ระยะเวลาห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ แล้วนำไปคำนวณหาค่าร้อยละของความสอดคล้องในการตอบ (percentage of agreement) ได้เท่ากับร้อยละ 80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ของเครื่องมือที่สร้างใหม่ซึ่งมีค่าความเที่ยงมากกว่า 0.70 (บุญใจ, 2550)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัย ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ได้แก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้วต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยทุกราย โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล แจ้งวัตถุประสงค์การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง แนวทางการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย จำนวนครั้ง ระยะเวลาของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล

รายละเอียดของแบบสอบถาม ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยและอธิบายผลกระทบที่อาจเกิดจากการวิจัยครั้งนี้เช่น ด้านจิตใจอาจเกิดความรู้สึกเครียดขณะเข้าร่วมโปรแกรม (ภาคผนวก จ) ซึ่งผู้วิจัยสามารถยืดหยุ่นเวลาให้กลุ่มตัวอย่างให้เกิดความสะดวกได้ การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกหรือออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ตลอดจนข้อมูลต่างๆจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการนำชื่อ สกุลมาเปิดเผย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยและตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นต์ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีการบังคับใดๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.ขั้นเตรียมการ

1.1 ทำการศึกษานำร่อง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 1 ราย และในระหว่างที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยบันทึกปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมและแบบสอบถาม ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ก่อนทำการศึกษาจริง

1.2เสนอโครงการต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัยและติดตามผลการพิจารณา

1.3 ขอหนังสือรับรองจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่ออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย และติดตามผลการพิจารณา

1.5 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 4 หอผู้ป่วย และหัวหน้าคลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่พยาบาลในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นดำเนินการ

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้ (ภาพ 2)

2.1 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัยโดยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงลายมือชื่อไว้ในใบพิทักษ์สิทธิและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย และครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 4 สัปดาห์ ณ คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก หรือใช้การโทรศัพท์ติดตามในรายที่แพทย์ไม่นัดติดตามอาการ ซึ่งระหว่างนี้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรืออ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ การลงคำตอบในแบบสอบถามจะทำโดยญาติหรือผู้วิจัย สำหรับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับคือ คำแนะนำเกี่ยวการรับประทานยา อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด พร้อมกันนี้ในกลุ่มควบคุมกรณีผู้ป่วยมีข้อสงสัยในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านช่วงระหว่างการทดลอง ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาได้จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือคลินิคศัลยกรรมได้ และเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองสามารถขอรับคำปรึกษาการจัดการตนเองในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพจากผู้วิจัยได้หากมีความต้องการ

2.2 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยโดยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงลายมือชื่อไว้ในใบพิทักษ์สิทธิ และอธิบายการเข้ารับกิจกรรมตามขั้นตอนในโปรแกรมการทดลอง

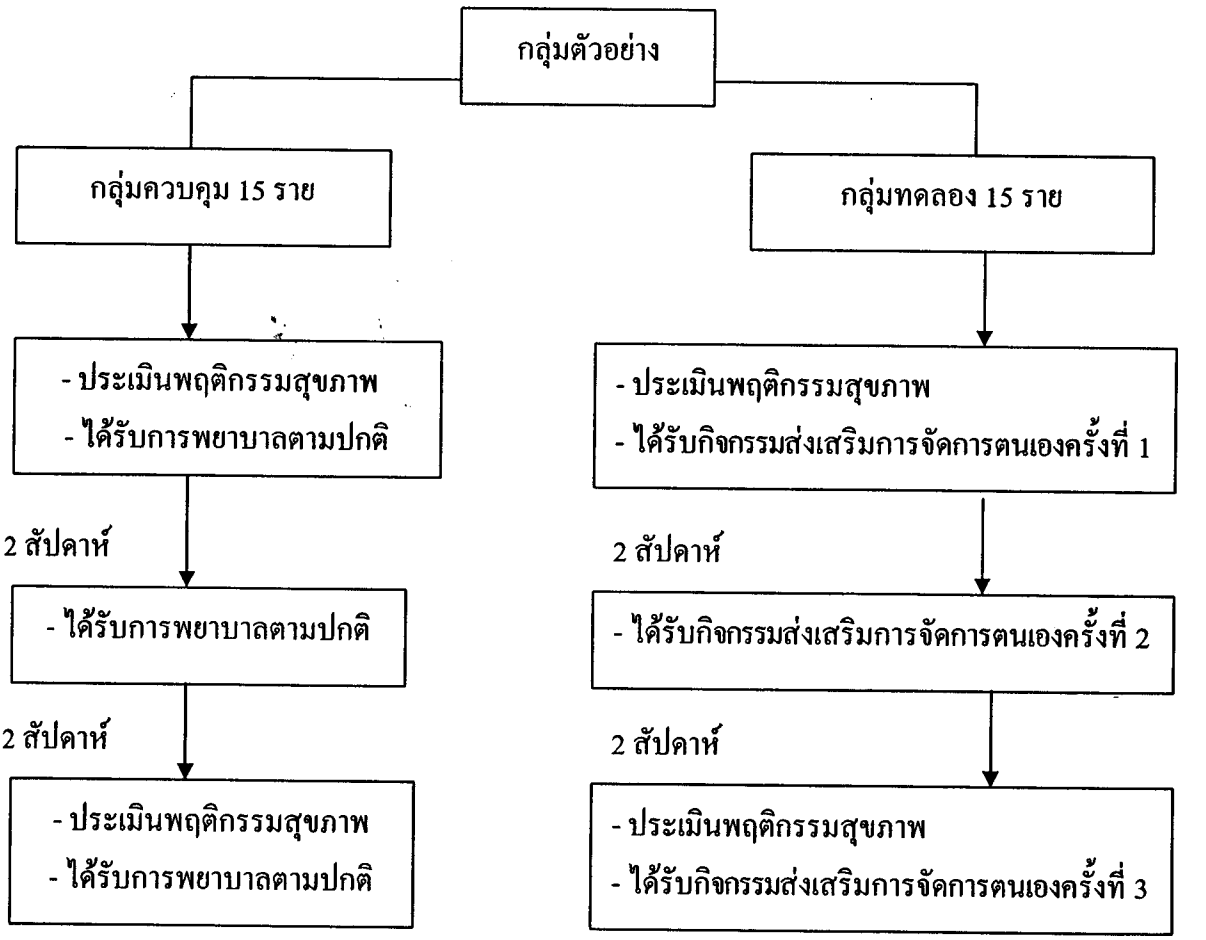
2.2.2 ผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ซึ่งการลงคำตอบในแบบสอบถามจะทำโดยญาติหรือผู้วิจัย

2.2.3 จัดให้กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 30-90 นาที ในช่วง 2-3 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้ป่วยสำรวจตรวจสอบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมากับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโดยการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เกิดการรับรู้ มีความตระหนักและให้ความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนสำรวจและสะท้อนคิดในปัญหาและอุปสรรคของการจัดการตนเอง 2) พยาบาลให้การสนับสนุนผู้ป่วยโดยการกระตุ้นให้ได้ค้นหาปัจจัย ปัญหาและ

อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ด้วยการให้ความรู้และใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ซึ่งการให้ความรู้นั้นจัดให้แก่ผู้ป่วยทุกรายและกระทำเป็นรายบุคคลโดยมีเนื้อหาของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันรุนแรง อาการและอาการแสดง การรักษา และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ได้แก่ การลดหรือหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมที่โรคเป็นปัจจัยเสี่ยง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง) และการออกกำลังกายโดยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง ประกอบการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนและตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง 3) พยาบาลฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองเป็นรายบุคคลเช่น การเดินออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมคลินิกงดบุหรี่ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะกับภาวะโรค เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง 4) ผู้ป่วยเลือกแนวทางปฏิบัติและกำหนดเป้าหมายของตนเองโดยพยาบาลใช้แนวคำถามปลายเปิดกระตุ้นผู้ป่วยให้กำหนดแนวทางและวางเป้าหมายและบันทึกไว้ในสมุดบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงอุดตันเรื้อรังโดยพยาบาลแนะนำการบันทึกเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติและใช้ในการตรวจสอบผลการปฏิบัติของตนเองได้ 5) ผู้ป่วยเสริมแรงตนเองทั้งทางบวกและทางลบเพื่อให้เกิดแรงจูงใจการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดในการเสริมแรงตนเอง ต่อจากนั้นนัดพบผู้ป่วยครั้งต่อไป อีก 2 สัปดาห์

2.2.4 พบผู้ป่วย ณ คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอกหรือโทรศัพท์ติดตามในรายที่แพทย์ไม่นัดติดตามอาการในช่วงสัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพร้อมจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้ป่วยประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองหลังลงมือปฏิบัติในช่วง 2 สัปดาห์ โดยการเล่าให้พยาบาลฟังเกี่ยวกับปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2) ผู้ป่วยเปรียบเทียบการปฏิบัติของตนเองกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยได้กำหนดไว้ในขั้นที่ 1 โดยพยาบาลใช้แนวคำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยการค้นหาปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อค้นหาปัญหาและ อุปสรรคในการจัดการตนเอง 3) พยาบาลให้ความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติมโดยใช้แนวคำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อร่วมหาแนวทางแก้ปัญหาของการปฏิบัติไม่ได้ตามที่วางแผนไว้ 4) ผู้ป่วยเลือกแนวทางปฏิบัติและกำหนดเป้าหมายของตนเองโดยพยาบาลใช้แนวคำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยกำหนดแนวทางและวางเป้าหมาย และบันทึกไว้ในสมุดบันทึกของผู้ป่วยเพื่อให้มีแนวทางที่เหมาะสมของตนเอง 5) ผู้ป่วยพิจารณาให้การเสริมแรงตนเองทั้งทางบวกและทางลบเพื่อให้เกิดแรงจูงใจการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตลอดจนวางแนวทางเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ต่อจากนั้นนัดพบผู้ป่วยครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์

2.2.5 พบผู้ป่วย ณ คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอกหรือโทรศัพท์ติดตามในรายที่แพทย์ไม่นัดติดตามอาการในช่วงสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พร้อมจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้ป่วยประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านโดยการเล่าให้พยาบาลฟังเกี่ยวกับปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง เพื่อตรวจสอบผลการปฏิบัติในการจัดการตนเองที่ผ่านมาทั้งหมด 2) ผู้ป่วยมีการเปรียบเทียบการปฏิบัติของตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง โดยพยาบาลใช้แนวคำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 3) พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำเสนอผลดีและอุปสรรคของการจัดการตนเองและพิจารณาเสริมแรงตนเองโดยพยาบาลใช้แนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ในเสริมแรงตนเองเพื่อกำหนดแนวทางและวางเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถสรุปขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยได้ดังภาพ 2



ภาพ 2 ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ ศาสนา อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง (การสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง) และอาการของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง (ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความรุนแรงของโรค ระดับความรู้สึกปวดขา) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์แบบฟิชเชอร์ (Fisher' s exact-test) เนื่องจากมีค่าความคาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มย่อยหลังใช้ตาราง 2 x 2

2.การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้คือ การแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (normality) และความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variances) ของชุดข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้ ผลทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Fisher skewness coefficient ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความเบ้เล็กน้อย แต่เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (skewness) ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่ามีค่าอยู่ในช่วง 0.15-1.75 ซึ่งไม่เกิน ± 1.96 (Munro, 2001) (ภาคผนวก ฉ) และผลทดสอบความแปรปรวนภายในกลุ่มของชุดข้อมูลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Levene's test พบว่า ชุดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองชุดก่อนการทดลองมีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p >.05) จึงสามารถยอมรับได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการนำสถิติไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้สถิติวิเคราะห์ค่าทีคู่ (paired t-test) และสถิติทีอิสระ (independent t-test) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test)

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

สำหรับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านพบว่าไม่เป็นไปตามข้อตกลงเรื่องค่าความเบ้ (skewness) ผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้สถิติวิลคอกซ์ (Wilcoxon Signed Ranks Test) ในการทดสอบทดแทนสถิติทีคู่ ใช้สถิติแมนน์วิทนีย์ยู (Mann-Witney U test) ในการทดสอบทดแทนสถิติทีอิสระ

บทที่ 4
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 4 หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดให้มีลักษณะเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ ความรุนแรงของโรค และระดับความปวดก่อนการทดลอง จำนวน 30 คน โดยกลุ่มควบคุมจำนวน15 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองจำนวน15 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง แบ่งเป็น 3 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมุติฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีลักษณะดังนี้ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีเพศชาย ร้อยละ 86.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.3 และ ร้อยละ 80 ตามลำดับ ด้านอายุ กลุ่มควบคุมมีอายุตั้งแต่ 33 - 79 ปี อายุเฉลี่ย 64.9 ปี (SD = 13.3) กลุ่มทดลองมีอายุตั้งแต่ 34 - 76 ปี อายุเฉลี่ย 57.6 ปี (SD = 13.7) ด้านสถานภาพสมรส กลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 73.3 และกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 80 ด้านการศึกษาทั้ง 2 กลุ่มมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษาร้อยละ93.3 และ ร้อยละ 80 ตามลำดับ ทั้งนี้จากวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์แบบฟิชเชอร์ (Fisher's exact-test) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 15)	กลุ่มทดลอง (n = 15)	Statistics	P - value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	value	
เพศ			.00[a]	1.00
ชาย	13 (86.7)	13 (86.7)		
หญิง	2 (13.3)	2 (13.3)		
ศาสนา			.00[a]	1.00
พุทธ	11 (73.3)	12 (80)		
อิสลาม	4 (26.7)	3 (20)		
อายุ	Range = 33-79	Range = 34-76	1.67[b]	.10
	($\bar{\times}$ = 64.9, SD = 13.3)	($\bar{\times}$ = 57.6, SD = 13.7)		
ต่ำกว่า 50 ปี	2 (13.3)	6 (40)		
ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	13 (86.7)	9 (60)		
สถานภาพสมรส			.00[a]	1.00
คู่	11 (73.3)	12 (80)		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4 (26.7)	3 (20)		
ระดับการศึกษา			.28[a]	.59
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	14 (93.3)	12 (80)		
สูงกว่าประถมศึกษา	1 (6.7)	3 (20)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			2.13[a]	.14
น้อยกว่า 5,000 บาท	10 (66.7)	5 (33.3)		
มากกว่า5,000 บาท	5 (33.3)	10 (66.7)		
การประกอบอาชีพ			.54[a]	.46
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8 (53.3)	5 (33.3)		
ประกอบอาชีพ	7 (46.7)	10 (66.7)		

a = Fisher' s exact-test, b = t-test

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลความเจ็บป่วยดังนี้ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่หรือใบจากร้อยละ 40 กลุ่มควบคุมมีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 60 และกลุ่มทดลองมีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 73.3 ตามลำดับ ทั้ง 2 กลุ่มมีโรคเบาหวานร้อยละ 20 และกลุ่มควบคุมมีโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 33.3 และกลุ่มทดลองมีโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 46.7 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมมีจำนวนปัจจัยเสี่ยงของโรคต่อรายมากกว่า 2 อย่างร้อยละ 40 และกลุ่มทดลองมีจำนวนปัจจัยเสี่ยงของโรคต่อรายมากกว่า 2 อย่างร้อยละ 53.3 ทั้งนี้จากผลการเปรียบเทียบข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์แบบฟิชเชอร์ (Fisher's exact - test) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 2

ตาราง 2

จำนวนร้อยละและ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 30)

ข้อมูลความเจ็บป่วย	กลุ่มควบคุม (n = 15)	กลุ่มทดลอง (n = 15)	Statistics	P - value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	value	
ประวัติการสูบบุหรี่หรือใบจาก			.00[a]	1.00
ไม่เคยสูบหรือสูบและเลิกแล้ว	9 (60)	9 (60)		
ยังคงสูบบุหรี่	6 (40)	6 (40)		
ประวัติโรคความดันโลหิตสูง			.15[a]	.69
ไม่มี	6 (40)	4 (26.7)		
มี	9 (60)	11 (73.3)		
ประวัติโรคเบาหวาน			.00[a]	1.00
ไม่มี	12 (80)	12 (80)		
มี	3 (20)	3 (20)		
ประวัติโรคไขมันในเลือดสูง			.13[a]	.70
ไม่มี	10 (66.7)	8 (53.3)		
มี	5 (33.3)	7 (46.7)		
จำนวนปัจจัยเสี่ยงของโรคต่อราย			.13[a]	.71
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 อย่าง	9 (60)	7 (46.7)		
มากกว่า 2 อย่าง	6 (40)	8 (53.3)		

a = Fisher' s exact-test

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังมาเป็นระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 93.3 และร้อยละ 80 ตามลำดับ อาการปวดขาในกลุ่มควบคุมมีระดับความปวดตั้งแต่ 1-10 คะแนน ระดับความปวดเฉลี่ย 5.6 คะแนน (SD = 2.7) กลุ่มทดลองมีระดับความปวดตั้งแต่ 2-8 คะแนน ระดับความปวดเฉลี่ย 5.27 คะแนน (SD = 1.7) ซึ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความปวดมากกว่า 3 คะแนนร้อยละ 80 และร้อยละ 86.7 ตามลำดับ สำหรับระดับความรุนแรงของโรคซึ่งแบ่งตามเกณฑ์ ABI ในกลุ่มควบคุมมีระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่ .50 - .88 ความรุนแรงของโรคเฉลี่ยเท่ากับ .68 (SD = .12) กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่ .50 - .80 ความรุนแรงของโรคเฉลี่ยเท่ากับ .65 (SD = .09) โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความรุนแรงของโรคในช่วง 0.50 - 0.79 ร้อยละ 73.3 และร้อยละ 93.3 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบอาการของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์แบบฟิชเชอร์ (Fisher's exact - test) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 30)

ข้อมูลความเจ็บป่วย	กลุ่มควบคุม (n = 15)	กลุ่มทดลอง (n = 15)	Statistics	P - value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	value	
ระยะเวลาที่เป็นโรค			.28[a]	.59
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	14 (93.3)	12 (80)		
มากกว่า 5 ปี	1 (6.7)	3 (20)		
ระดับความรู้สึกปวดขา			.47[b]	.63
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน	3 (20)	2 (13.3)		
มากกว่า 3 คะแนน	12 (80)	13 (86.7)		
ระดับความรุนแรงของโรค (วัดจากค่า ABI)			1.47[b]	.15
0.80 - 0.9	4 (26.7)	1 (6.7)		
0.50 - 0.79	11 (73.3)	14 (93.3)		

a = Fisher's exact-test, b = t-test

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมุติฐาน

ผลการทดสอบมุติฐานที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีดังนี้ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 9.97, p <.01) ดังตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (N = 30)

		คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม					
		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p - value
กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{\times}$	SD	$\bar{\times}$	SD		
กลุ่มควบคุม	15	3.54	.42	3.72	.37	2.03 ns	.06
กลุ่มทดลอง	15	3.38	.43	4.60	.18	9.97	.01

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีดังนี้ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ด้านการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ (T = 2.20, p < .02) การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (t = 9.04, p <.01) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย (T = 3.37, p < .01) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่และสถิติวิลคอกซ์ (N = 30)

พฤติกรรมสุขภาพ	n	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ก่อนทดลอง $\bar{X}$	SD	หลังทดลอง $\bar{X}$	SD	Statistics value	P - value
การลดหรือหยุดสูบบุหรี่							
กลุ่มควบคุม	6	3.66	.91	3.94	.57	.81[ns]	.41
กลุ่มทดลอง	6	2.88	1.12	4.83	.27	2.20[a]	.02
การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง							
กลุ่มควบคุม	15	59.06	7.15	61.33	5.51	1.74[ns]	.10
กลุ่มทดลอง	15	56.46	6.57	70.80	2.33	9.04[b]	.01
การออกกำลังกาย							
กลุ่มควบคุม	15	4.06	1.66	4.46	1.64	1.23[ns]	.21
กลุ่มทดลอง	15	3.80	1.65	11.6	3.15	3.37[a]	.01

a = Wilcoxon Signed Ranks Test, b = t-test

ผลการทดสอบมุติฐานที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีดังนี้ ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.08$, $p < .01$) ดังตาราง 6

ตาราง 6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (N = 30)

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม กลุ่มควบคุม $\bar{X}$	SD	กลุ่มทดลอง $\bar{X}$	SD	*t*	*p* - value
ก่อนทดลอง	15	3.54	.42	3.38	.43	1.06	.29[ns]
หลังทดลอง	15	3.72	.37	4.60	.18	8.08	.01

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีดังนี้ ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.12$, $p < .01$) และพฤติกรรมการออกกำลังกายมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 4.10$, $p < .01$) ดังตาราง 7

ตาราง 7

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระและสถิติแมนน์วิทนีย์ยู (N = 30)

		คะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน				Statistics value	P - value
		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean Rank	Sum of Rank	Mean Rank	Sum of Rank		
การลดหรือหยุดสูบบุหรี่							
ก่อนทดลอง	6	7.5	45	5.5	33	.96[ns]	.33
หลังทดลอง	6	4.5	27	8.5	51	2.00[a]	.06
การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง							
ก่อนทดลอง	15	3.76	.43	3.93	.47	1.03[ns]	.30
หลังทดลอง	15	4.08	.36	4.72	.15	6.12[b]	.01
การออกกำลังกาย							
ก่อนทดลอง	15	16.30	244.50	14.70	220.50	.64[ns]	.52
หลังทดลอง	15	9.13	137	21.87	328	4.10[a]	.01

a = Mann - Witney U test, b = t-test

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 86.7 สอดคล้องกับรายงานความชุกของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตรา 1.4 ต่อ 1 (Nordness & Money, 2005) และพบมากในกลุ่มอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป (Norgren et al., 2007) สอดคล้องกับอายุเฉลี่ยที่พบในกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 64.9 ปี และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 57.6 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบหลอดเลือดคือ ผนังหลอดเลือดจะมีเนื้อยืดหยุ่นและใยคอลลาเจนลดลงทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวได้ (พจนา, 2550; ยุพาพิน, กรรณิการ์, สมใจ, วัลลา และจิราพร, 2547) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการศึกษาครั้งนี้มีระดับความรุนแรงของโรคโดยวัดจากค่า ABI อยู่ในช่วง 0.50 - 0.79 เป็นส่วนใหญ่ซึ่งเป็นการตีบตันของหลอดเลือดระดับปานกลาง (Arian & Cooper, 2008) ทั้งนี้การตีบตันของหลอดเลือดจะสัมพันธ์กับอาการปวดขาของผู้ป่วย (ช่อผกา และ พิกุลทิพย์, 2553; Arian & Cooper) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดในระดับปานกลางจึงเป็นสาเหตุอาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากสถานที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังส่วนใหญ่จึงเป็นกลุ่มที่มีภาวะโรครุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อน แม้ว่าผู้วิจัยจะใช้เวลาดำเนินการวิจัยประมาณ 6 เดือนแต่ยังคงได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เพียง 15 รายต่อกลุ่ม อย่างไรก็ตามจากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย และโดยเฉพาะตัวแปรที่ใช้ในการจับคู่ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค และระดับความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 1 ตาราง 2 และตาราง 3)

ผลการทดสอบสมมุติฐาน

ผลการทดสอบสมมุติฐานข้อ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งเท่ากับ 3.38 (SD =.43) เป็น 4.60 (SD =.18) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.97$, $p < .01$) (ตาราง 4) แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังในการศึกษาครั้งนี้พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเอง 3 ครั้ง กิจกรรมนำไปสู่การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองดังนี้คือ

ประการแรกโปรแกรมมีจุดเด่นคือ การจัดกิจกรรมการพยาบาลเป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลช่วยให้เกิดความเข้าใจบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย มีการสร้างสัมพันธภาพและพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทำให้ได้มีการพูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการกระตุ้นให้สะท้อนคิดต่อพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเป็นรายบุคคล ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นการให้ความสำคัญต่อผู้รับบริการรายบุคคลทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเกิดความไว้วางใจ (Berg & Danielson, 2007) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาเรื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการมอบหมายงานแก่พยาบาลในดูแลผู้ป่วยแต่ละรายตลอดเวลาที่รักษาในหอผู้ป่วย โดยพบว่าหลังใช้ระบบการพยาบาลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการยอมรับในตัวพยาบาลตลอดจนมีความไว้วางใจกล้าซักถามข้อมูลจากพยาบาล (พิมประพรรณ, 2550) ทั้งนี้การให้กิจกรรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญซึ่งเป็นแนวทางในการเสริมแรงตนเองอีกทางหนึ่ง ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถึงเป้าหมายต่อไป

โปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยการกระตุ้นให้สะท้อนคิดในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ด้วยการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ซึ่งเป็นรูปแบบการใช้การสื่อสารแบบ 2 ทาง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับตนเองได้ ซึ่งการกำหนดแนวทางการปฏิบัติด้วยตนเองดังกล่าวทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองช่วยให้เกิดผลลัพธ์ในทางสุขภาพที่ดีได้ (กัลยาณี, จงจิตร และบุญศรี, 2551)

การจัดกิจกรรมในโปรแกรมเน้นการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคล โดยการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะที่จำเป็นเป็นรายบุคคลก่อนให้ผู้ป่วยไปปฏิบัติด้วยตนเอง เนื่องจากพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเช่น การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม สำหรับการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยในโปรแกรมได้ใช้สื่อในการให้ความรู้ได้แก่ สื่อนำเสนอภาพนิ่งประกอบการให้ความรู้ ซึ่งผู้วิจัยจัดทำในรูปแบบสื่อนำเสนอภาพนิ่งที่มีรูปภาพและคำบรรยายที่มีขนาดใหญ่เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้สูงอายุช่วยให้มองเห็นได้อย่างชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับรูปภาพ

การเปลี่ยนแปลงของเท้าที่มีการอุดตันของหลอดเลือดในระยะต่างๆ ซึ่งการใช้สื่อดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย และมีสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพซึ่งผู้วิจัยสอดแทรกเนื้อหาสั้นๆในเรื่องการจัดการตนเองในพฤติกรรมต่างๆเพื่อจูงใจและช่วยกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วย อันเป็นการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการให้ความรู้โดยใช้สื่อการสอนที่ผสมหลายมิติ มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างกระฉับกระเฉง มีความกระตือรือร้นในการค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ (ดุสิต, 2549) สำหรับการฝึกทักษะที่จำเป็นจะฝึกตามความต้องการของผู้ป่วยและฝึกเป็นรายบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การส่งเสริมการจัดการตนเองต่อภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองด้วยการให้ความรู้การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการให้คำปรึกษาเป็นเวลา 6 เดือนซึ่งพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการจัดการตนเองและระดับความมั่นใจในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Su, Lu, Chen & Wang, 2009)

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุการจัดการตนเองบางอย่างอาจทำได้ยาก แต่ผู้ป่วยมีญาติหรือผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยเมื่อพยาบาลให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นตามกิจกรรมในโปรแกรมนั้นจะมีญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยขณะทำกิจกรรมในโปรแกรม ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติเองที่บ้านสมาชิกในครอบครัวสามารถให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การให้ความช่วยเหลือขณะฝึกเดินออกกำลังกาย การจัดเตรียมอาหาร ตลอดจนให้แรงเสริมด้วยการให้คำชมเชย และซึ่งเป็นการได้รับแรงเสริมจากภายนอกส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้บรรลุเป้าหมายได้เพิ่มขึ้น (สุพัตรา และคณะ, 2553) และยังเป็นแนวทางการส่งเสริมการจัดการในขั้นเสริมแรงตนเองอีกทางหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล ศิริรัตน์ และทัศนา (2551) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพร ศิริรัตน์ และทัศนา (2551) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นในโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสวางเป้าหมายของตนเอง โดยการให้ผู้ป่วยคิดวางเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเองพร้อมกับบันทึกเป้าหมายเป็นลายลักษณ์อักษรในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งวิธีการบันทึกเป้าหมายดังกล่าวเป็น

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกถึงข้อผูกพันกับตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ พร้อมกันนี้ผู้ป่วยยังได้ใช้ผลการปฏิบัติของตนเองในแต่ละวันในสมุดบันทึกมาใช้ประเมินตนเอง ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติของตนเองที่ผ่านมาช่วยให้สามารถวางแผนในการจัดการตนเองให้ถึงเป้าหมายต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ ศันสนีย์ (2552) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ได้รับโปรแกรมซึ่งมีกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผู้ป่วยสามารถเสริมแรงตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ผลการปฏิบัติที่ได้จากสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพซึ่งทำให้ผู้ป่วยเห็นความก้าวหน้าในการปฏิบัติของตนเอง พร้อมกันนี้ยังได้รับการเสริมแรงภายนอกเช่น ผู้วิจัย และ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพอื่นๆ โดยการบอกเล่าของผู้ป่วยและสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และยังได้รับการเสริมแรงจากญาติหรือผู้ดูแลโดยการให้กำลังใจตลอดจนคำชมเชยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อทำได้ตามเป้าหมาย เป็นการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องต่อไปได้ สอดคล้องกับศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ศศิธร, สุจิตรา, วิลาวรรณ และนงลักษณ์, 2549)

กิจกรรมสุดท้ายในโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองคือ กิจกรรมการติดตามผู้ป่วย โดยวิธีการพบผู้ป่วยด้วยตนเองหรือการโทรศัพท์ติดตามทุก 2 สัปดาห์ระหว่างการทดลองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยการเปรียบเทียบกับการปฏิบัติของตนเองกับเป้าหมายที่ตนเองกำหนดและมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน สามารถวางแผนและกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองต่อไปได้ ซึ่งกิจกรรมการติดตามผู้ป่วยดังกล่าวนอกจากส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแล้วยังเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้มีตรวจสอบความถูกต้องในการปฏิบัติของตนเองพร้อมทั้งสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหาในการจัดการตนเองได้อย่างรวดเร็ว เช่น การให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ซึ่งเป็นการลดผลกระทบที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมและยังแสดงถึงความห่วงใยที่มีต่อ

ผู้ป่วยและสามารถให้การเสริมแรงแก่ผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของการให้ข้อมูลอย่างสั้นๆทางโทรศัพท์ต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับให้ข้อมูลเพื่อฝึกฝนการจัดการตนเองทางโทรศัพท์จากผู้วิจัยทุกสัปดาห์ใน 3 เดือนแรกและทุก 2 สัปดาห์ใน 3 เดือนหลัง ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีการเสริมแรงตนเองและตระหนักในเป้าหมายของการดูแลตนเองส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดและการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (Sacco, Malone, Morrison, Friedman & Wells, 2009)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังในการศึกษาครั้งนี้ สามารถเพิ่มบทบาทของผู้ป่วยในการจัดการตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งการเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ มีการสังเกตอาการตนเอง การจัดการกับอาการที่ผิดปกติ เรียนรู้การป้องกันตนเองไม่ให้เกิดความผิดปกติ (ภาวนา, 2544) ร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยยอมรับและตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการตนเอง สามารถวางแผนการปฏิบัติและกำหนดเป้าหมายของตนเองได้ พร้อมกับมีการเสริมแรงตนเองและได้รับการเสริมแรงจากเจ้าหน้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพตลอดจนสมาชิกในครอบครัว ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

สำหรับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้นสามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังแต่ละด้านนั้นมีความยุ่งยากในการจัดการแตกต่างกันไปเช่น พฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงนั้นสามารถทำได้สะดวกและง่ายตลอดจนมีสมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือในการจัดเตรียมอาหารให้แก่ผู้ป่วยได้ หรือพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายโดยการเดินถึงแม้ว่าการเดินทำได้ค่อนข้างยากเนื่องจากการเดินเป็นสาเหตุที่ทำให้ปวดขามากขึ้น (ธิดารัตน์ และคณะ, 2551) แต่โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยได้รับทำให้ผู้ป่วยรับทราบประโยชน์ของการออกกำลังกายโดยการเดินที่มีต่อการดำเนินโรค ตลอดจนทราบแนวทางการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อมีอาการปวดขาระหว่างการเดินออกกำลังกาย เช่น เมื่อรู้สึกปวดขามากให้นั่งพักทันทีและสามารถรับประทานยาแก้ปวดตามที่แพทย์สั่งได้และเริ่มฝึกเดินใหม่เมื่อหายปวด เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายได้เพิ่มขึ้น แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ทำได้ค่อนข้างยาก ซึ่งการได้รับข้อมูลเรื่องผลของบุหรี่ต่อการดำเนินโรคจากพยาบาลนั้นอาจไม่เพียงพอในการจัดการตนเอง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ที่ประสบความสำเร็จนั้น

ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปจึงเห็นผลลัพธ์ได้ชัด (Rice & Stead, 2009) รวมทั้งต้องอาศัยวิธีการที่หลากหลายเพื่อให้ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิมศิริ วราภรณ์ และอำไพ (2551) ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกลับมาสูบบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องบุหรี่ในระดับสูงแต่มีการกลับมาสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าความรู้เป็นปัจจัยนำในการแสดงพฤติกรรมแต่ยังมีปัจจัยในด้านอื่นๆร่วมด้วยเช่น ความเชื่อเรื่องการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านตัวบุคคลด้านการเข้าถึงสถานบริการ การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแลสุขภาพตนเองที่สำคัญที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยต้องมีชีวิตกับโรคเรื้อรังเป็นเวลานาน (สุพัตรา และคณะ, 2553) ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังในการศึกษาครั้งนี้เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองโดยเกิดทักษะ 3 ขั้นตอนคือ การติดตามตนเอง คือสามารถสำรวจตรวจสอบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการตนเอง สามารถค้นหาสิ่งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคของตนเองได้ ได้รับการกระตุ้นให้วางแผนและตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองพร้อมทั้งบันทึกไว้ และพัฒนาเข้าสู่ขั้นที่สอง คือ การประเมินตนเอง คือสามารถประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองพร้อมทั้งสามารถเปรียบเทียบการปฏิบัติของตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในขั้นที่แรก และขั้นที่สามคือ การเสริมแรงตนเองคือ สามารถให้การเสริมแรงตนเองทั้งทางบวกและทางลบพร้อมทั้งสามารถวางแนวทางพัฒนาตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้ โดยพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือในการให้ความรู้ การฝึกทักษะและให้คำปรึกษา ซึ่งการจัดการตนเองที่เหมาะสมนั้นจะนำไปสู่เป้าหมายคือ ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ระยะรุนแรง ตลอดจนเป็นการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนในระบบหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลยอมรับว่าการจัดการตนเองมีความสำคัญและมีความจำเป็นในการจัดการต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาของตนเอง ซึ่งบุคคลนั้นต้องเป็นผู้รับผิดชอบตลอดจนมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ โดยบุคคลต้องมีเป้าหมายในการจัดการตนเองตลอดจนมีวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

ผลการทดสอบสมมุติฐานข้อ 2 ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.08, p < .01$) แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังได้สูงกว่า การพยาบาลตามปกติ (ตาราง 6)

ก่อนการทดลองผู้วิจัยได้ทดสอบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายเรื้อรังทำให้มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สำหรับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่า สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มควบคุมมีโอกาสที่จะลดลงจากการเจ็บป่วยเรื้อรังในระยะยาว การขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายเรื้อรังซึ่งมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆเช่น ด้านร่างกายจากสาเหตุการมีข้อจำกัดในการเดินเนื่องจากอาการปวดขา (Spronk, White, Bosch, & Hunink, 2007) หรือการพักผ่อนได้ลดลงเนื่องจากปวดขา (ศิริพร, 2546) ด้านจิตใจเช่น การเกิดความเครียดเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดจนการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Pratt, Norris & Kaufmann, 2005) เป็นต้น พร้อมกันนี้การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาและผลกระทบหลายๆด้าน เมื่อไม่ได้รับการส่งเสริมและช่วยเหลือให้สามารถการจัดการตนเองที่ดี ย่อมทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพและการเผชิญปัญหาทำได้ไม่ดีตามมา (ภาวนา, 2544) ทั้งนี้การพยาบาลตามปกติยังคงมีข้อจำกัด เนื่องจากมุ่งเน้นการให้ข้อมูลเช่น การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด และการมาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น โดยผู้ป่วยทุกรายมักจะได้ข้อมูลเช่นเดียวกัน ยังไม่มีการจัดระบบการให้ความรู้และการฝึกทักษะเป็นรายบุคคล และขาดการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย พร้อมกันนี้ยังต้องปฏิบัติกิจกรรมภายใต้เวลาการให้บริการที่จำกัด ซึ่งการให้ความรู้ผู้ป่วยแต่ละรายส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที และไม่มีการใช้สื่อประกอบการให้ความรู้ที่จะช่วยเพิ่มทักษะและความเข้าใจแก่ผู้ป่วยได้ง่าย ทั้งนี้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รายงานว่า การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นต้องอาศัยใช้ฝึกทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับโรคนั้นๆควบคู่กับการให้ความรู้ (Coleman & Newtan, 2005) เพราะฉะนั้นหากพยาบาลต้องการลดข้อจำกัดเหล่านั้น การเพิ่มโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเข้าไปในการพยาบาลตามปกติจะช่วยให้ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ซอล แกรฟ เบราเวอร์ ฮิกคอซ์ และวิสเสอร์ (Sol, Graaf, Brouwer,_Hickox, & Vissere, 2010) ที่ศึกษาผลโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดอย่างน้อย 2 อย่างเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 125 ราย พูดคุยในพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของตนเอง กระตุ้นให้วางเป้าหมายการจัดการปัญหาของตนเอง ลงมือปฏิบัติ เสริมแรงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและติดตามผลการเปลี่ยนแปลง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ในจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดและระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร, น้ำอ้อย และวารินทร์ (2549) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอดโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองซึ่งประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์เป็นเวลา 6 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ได้มีการประเมินตนเอง วางแผนและเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง ฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง และการประเมินผลซึ่งพบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอดมีพฤติกรรมการสังเกตตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปผลจากการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังซึ่งมีกิจกรรมในการส่งเสริมการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยตามกระบวนการจัดการตนเองคือ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรง โดยพยาบาลช่วยเหลือให้เกิดกระบวนการดังกล่าวด้วยวิธีการให้ความรู้ การฝึกทักษะและการให้คำปรึกษาเป็นเวลา 1 เดือน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง สามารถประเมินพฤติกรรมสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง สามารถวางแผนและกำหนดเป้าหมายของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินผลการปฏิบัติกับเป้าหมายได้ตลอดจนใช้ผลการปฏิบัติมาเสริมแรงแก่ตนเองได้ อีกทั้งยังมีสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนสนับสนุนในการจัดการตนเองนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องได้

อย่างไรก็ตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการศึกษาครั้งนี้ การส่งเสริมการเสริมแรงตนเองทำเพียงระยะสั้นๆ โดยกระทำควบคู่กับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองซึ่งกระบวนการเสริมแรงตนเองในระยะยาวไม่สามารถวัดได้ในการศึกษาครั้งนี้ และการศึกษาครั้งนี้ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย และระดับการศึกษา หรือรายได้แตกต่างกัน เนื่องจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มในการทดลองทำได้ไม่สมบูรณ์ แต่เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่า อายุ รายได้ และระดับการศึกษาไม่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นนั้นเกิดจากผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental design) แบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 30 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 4 หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง ธันวาคม 2553 จัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ให้ความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ ความรุนแรงของโรคโดยแบ่งตามเกณฑ์ ABI และระดับความปวด แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 15 รายได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 15 รายได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจคุณภาพความตรงด้านเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ผู้วิจัยทำการปรับปรุงและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหาและวิธีการก่อนนำไปใช้จริง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังประกอบด้วย พฤติกรรมการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ พฤติกรรมการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผ่านการตรวจคุณภาพความตรงด้านเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ผู้วิจัยทำการปรับปรุงและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังที่มีลักษณะคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test - retest method) และหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าร้อยละของความสอดคล้องในการวัดซ้ำ (percentage of agreement) เท่ากับร้อยละ 80

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองครั้งแรกเมื่อพบผู้วิจัย ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและเก็บข้อมูล

ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 4 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังเป็นจำนวน 3 ครั้ง ในช่วงเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมในโปรแกรมได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการตนเอง และการให้คำปรึกษา เป็นกลวิธีเพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 1 เริ่มขณะผู้ป่วยเตรียมวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้เวลาประมาณ 30 - 90 นาที กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 2 จัดให้ผู้ป่วยแก่หลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ณ คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก หรือโทรศัพท์ติดตามในรายที่แพทย์ไม่นัดติดตามอาการใช้เวลาประมาณ 30 นาที กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 3 จัดให้แก่ผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 ณ คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอกหรือโทรศัพท์ติดตามในรายที่แพทย์ไม่นัดใช้เวลาประมาณ 30 นาที พร้อมเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องแล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยหาค่าแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้วยสถิติบรรยาย เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์แบบฟิชเชอร์ (Fisher' s exact-test) และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีคู่และสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t =9.97, p < .01)

2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t =8.08, p < .01)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในการวิจัยดังนี้

1. การมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็กและจำกัดเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ปกติ มีอาการปวดขาระดับปานกลาง และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำได้ไม่สมบูรณ์จึงมีข้อจำกัดในอ้างอิงถึงประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังได้ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล ควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังเนื่องจาก การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยเห็นผลดีที่เกิดกับตนเอง สามารถประเมินตนเองได้ สามารถลงมือปฏิบัติได้ ทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติซึ่งเป็นการเสริมแรงให้แก่ตนเอง ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติได้

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล นักวิจัยทางการพยาบาลสามารถนำวิธีการส่งเสริมการจัดการที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆและอาจศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติม เช่น คุณภาพชีวิต หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เพื่อสามารถทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาติดตามหลังได้รับโปรแกรมในระยะยาวเนื่องจาก การปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องไม่สามารถวัดได้ในระยะสั้นในช่วงเวลา 1 เดือน ดังนั้นควรเพิ่มระยะเวลาเป็น 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เป็นต้น

3.ควรศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค (วัดจากค่า ABI) ระดับความปวด อุบัติการณ์ในการรักษาด้วยการตัดขา เป็นต้น

4.การส่งเสริมการจัดการตนเองในด้านพฤติกรรมการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อที่สามารถวัดผลการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมดังกล่าวได้เพิ่มขึ้น

บรรณานุกรม

กัลยาณี บุญสิน, จงจิตร ตรีทศายุธ, บุญศรี เจริญมาก. (2551). ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 26*, 519 - 525.

ขวัญตา เอกบุตร. (2552). *พฤติกรรมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในเขตเมืองจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

จินตนา บัวทองจันทร์. (2548). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตภาคใต้ตอนล่าง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

จิรพร แอชตัน, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. *พยาบาลสาร, 35*(3), 84 - 96.

จุฬาภรณ์ คำพานุตย์. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อ การปฏิบัติการจัดการตนเองอาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

เฉลิมพล ตันสกุล. (2543). *พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพมหานคร:สหประชาพานิชย์.

ชนิดา ธนสารสุธี. (2552). *พฤติกรรมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในเขตชนบทจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ช่อผกา สุทธิพงศ์ และพิกุลทิพย์ หงส์เหิร. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบหลอดเลือดส่วนปลาย. ใน อุษาวดี อัศดรวิเศษ (บรรณาธิการ), *สาระหลักทางการพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 2,* (พิมพ์ครั้งที่1) (หน้า 33-59). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วัฒนาการพิมพ์.

ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล, เกสร สำเภาทอง และชดช้อย วัฒนะ. (2008). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. *Ramathibodi Nursing Journal, 14*, 298-309.

ดุสิต ขาวเหลือง. (2549). การบูรณาการใช้สื่อประสมและสื่อหลายมิติเพื่อการสอนและการเรียนรู้. *วารสารศึกษาศาสตร์, 18*, 29 - 44.

ทิมศิริ เชาวสกุ, วราภรณ์ บุญเชียง และอำไพ ชนะกอก. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่. *พยาบาลสาร*, *35*(4), 67 - 76.

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

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มิเดีย.

ประมุข มุทิรางกูร. (2549). โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องส่วนล่างอุดตันเรื้อรัง. ใน โสภน จิรสิริธรรม, ประเสริฐ ไตรรัตน์วรกุล, กำพล เลาหเพ็ญแสง และประมุข มุทิรางกูร (บรรณาธิการ), *ตำราศัลยศาสตร์หลอดเลือด เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 1) (หน้า 181-211). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

ปิยะนุช ภูตระกูล. (2551). Development guideline of arterial and venous ulcer. ใน พรพรหม เมืองแมน, จอมจักร จันทรสกุล และพรเทพ เปรมโยธิน (บรรณาธิการ), *Update on wound care 2008* (พิมพ์ครั้งที่ 1) (หน้า 133-138). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

ปิยะมิตร ศรีธรา. (2549). วิทยาการระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดแดงแข็งในประเทศไทย. ใน โสภน จิรสิริธรรม, ประเสริฐ ไตรรัตน์วรกุล, กำพล เลาหเพ็ญแสง และประมุข มุทิรางกูร (บรรณาธิการ), *ตำราศัลยศาสตร์หลอดเลือด เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 1) (หน้า 1-23). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2550). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การบันทึกกระบวนการพยาบาลผู้สูงอายุ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

พจนา ปิยะปกรณ์ชัย. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด. ใน คณาจารย์สถาบันพระบรมชนก (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 2*. (พิมพ์ครั้งที่ 8) (ปรับปรุงครั้งที่ 1) (หน้า 1 - 131) นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

พรทิพย์ อุ่นจิตร. (2548). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การจัดการอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

พิกุล ตินามาส, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. *พยาบาลสาร, 35*(3), 72-83.

พินทอง รัตนภุชงค์. (2550). *การดูแลตนเองของของบุคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่งจังหวัดขอนแก่น.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

พิมประพรรณ สถาพรพัฒน์. (2550). การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้: Primary nurse for holistic care. *วารสารพยาบาลสวนดอก*, *13*(1), 56-58.

ภาวนากีรติยุตวงศ์.(2544).*การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน:มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล*(พิมพ์ครั้งที่ 2).ชลบุรี: พี.เพรส.

มุกดา ตันชัย. (2547). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบและหลอดเลือดแดงโป่งพอง. *เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ หน่วยที่ 11 - 15*. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช

ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, กรรณิการ์ สุวรรณโคตร, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, วัลลา ตันตโยทัย และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2547). แนวคิดการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแบบองค์รวม. *เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ หน่วยที่ 1-5*. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช

ลิวรรณ อุนนาภิรักษณ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วีนัส ลีพหกุล และพัสมณฑ์ คุ้มทวีพร. (2552). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 8).กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์ .

วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์. (2548). *ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อ ความแข็งแรง ความพึงพอใจและปัจจัยเสี่ยงของ โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาดเลือดชั่วคราวหรือ ไม่รุนแรง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วุฒิชัย เพิ่มศิริวาณิชย์. (2549). *การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษาเฉพาะโรค*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2549). ความปวดเรื้อรัง. ในวุฒิชัย เพิ่มศิริวาณิชย์ (บรรณาธิการ), *การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษาเฉพาะโรค* (พิมพ์ครั้งที่1) (หน้า 95-124). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์ .

ศศิธร กรุณา, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์ และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2549). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัย มข. ฉบับบัณฑิตศึกษา, 6,* 91 - 101.

ศิริพร เลาหสุวรรณพานิช. (2546). การบรรเทาปวดในโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 9 เรื่อง การบำบัดทางการพยาบาล: วิถีสู่การพัฒนาคุณภาพ วันที่ 18-20 สิงหาคม2546.* กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศันสนีย์ กองสกุล. (2552). *ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมป์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์.

สถาพร ลีลานันทกิจ. (2552). การบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับปวด* (หน้า 155-193). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

สรายุทธ นามเมือง. (2546). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ - สามเณรที่อาพาธที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

สมพร พงศ์ชู, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2549). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต,กรุงเทพมหานคร.

สัญพิชา ศรภิรมย์. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สตางค์ ศุภผล, ทัศนีย์ ญาณะ, รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์, อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม, ผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ และคณะ. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง.

โสภน จิรสิริธรรม, ประเสริฐ ไตรรัตน์วรกุล, กำพล เลาหเพ็ญแสง และ ประมุข มุทิรางกูร. (2549). *ตำราศัลยศาสตร์หลอดเลือด เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

หน่วยเวชสถิติ. (2552). *สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน*. งานเวชระเบียน, โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.

อุไร ศรีแก้ว. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง*. สงขลา:ลิมบราเดอร์การพิมพ์.

Abbassian, A., Khan, A. Z., Poulter, E., Ransome, R., & Thomas, P. R. (2006). Treating lower limb vascular claudication using community based exercise rehabilitation. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, *13*, 216 - 222.

Arian, F. A., & Cooper, L. T. (2008). Peripheral arterial disease: Diagnosis and management. *Journal of Mayo Clinic Proceedings*, *83*, 944 - 950.

Beard, J. D., & Gains, P. A. (2006). *Vascular and Endovascular Surgery* (3nd ed). Philadelphia: Elserier.

Berg, L., & Danielson, E. (2007). Patients and nurses experiences of the caring relationship in hospital: An aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 21*, 500 - 506.

Chat, T. (2004). Peripheral vascular disease. *Primary Heath Care*, *14*(8), 29 - 34.

Cohen, J. (1988). The concept of power analysis. In J. Cohen (Ed.), *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed., pp. 1- 27). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Coleman, M. T., & Newtan, K. (2005). Supporting self - management in patients with chronic illness *American Family Physican, 72*, 1503 - 1510.

Collins, T. C., Johnson, S. L., & Souchek, J. (2007). Unsupervised walking therapy and atherosclerotic risk factor management for patients with peripheral arterial disease: A pilot trial. *Annual of Behavioral Medicine, 33*, 318-324.

Dongbo, F., Hua, F., Mcgowan, P., Yi-e, S., Lizhen, Z., Huiqin, Y. et al. (2003). Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self - management programe in Shanghai, China randomized controlled trial. *Bullentin of the World Health Organization, 81,* 174-182.

Embrey, N. (2006). A concept analysis of self - management in long term conditions. *British Journal of Neuroscience Nursing, 2*, 507-513.

Gardner, A. W., & Poehlman, E. T. (1995). Exercise rehabilitation programs for the treatment of claudication pain: A meta - analysis. *The Journal of American Medical Association, 274*, 975 - 980.

Garg, P. K., Tian, L., Criqui, M. H., Liu, K., Ferrucci, L., Guralnik, J. M., et al. (2006). Physical activity during daily life and mortality in patient with peripheral arterial disease. *Journal of Circulation*, *114*, 242 - 248.

Hernando, F. S., & Connejero, A. M. (2007). Peripheral artery disease pathophysiology diagnosis and treatment. *Journal of Revista Espanda de Cardiolo, 60,* 969 - 982.

Kanfer, F. H., & Gaelick - Buys, L. (1991). Self management methods. In F. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A text book of methods* (4 th Eds., pp. 305 - 360). New York: Pergamonpress.

Koch, T., Jenkin, P., & Kralik, D. (2004).Chronic illness self management: Locating the "self". *Journal of Advanced Nursing, 48*, 484 - 492.

Munro, B. H. (2001). *Statistical Medthods for Health Care Research.* (4 th ed). Philadelphia: Lippincott.

Newbould, J., Taylor, D., & Bury, M. (2006). Lay - led self management in chronic illness: A review of the evidence. *Journal of Chronic Illness*, *2*, 249 - 261.

Nordness, P. J., & Money, S. R. (2005). Evaluation of claudication. In M. Mansour & N. Labropoulos (Eds.), *Vascular Diagnosis*. Philadelphia: Elsevier Saunders.

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) *Journal of Vascular Surgery, 45*, 5 - 67.

Pratt, A. G., Norris, E. R., & Kaufmann, M. (2005). Peripheral vascular disease and depression. *Journal of Vascular Nursing, 23*(4), 123 - 129.

Sacco, W., Malone, J., Morrison, A., Friedman, A. & Wells. K. (2009). Effect of a brief, regular telephone intervention by paraprofessionals for type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine, 32*, 349 - 359.

Sol, B., Graaf, Y., Brouwer, B., Hickox, S., & Vissere, F. (2010). The effect of a self-management intervention to reduce vascular risk factors in patients with manifestations of vascular diseases. *Eropean Journal of Cardiovascular Nursing, 9*(2), 132 - 139.

Spronk, S., White, J. V., Bosch, J. L., & Hunink, M. G. (2007).Impact of claudication and it treatment on quality of life. *Journal Seminars Vascular Surgegy*, *20*(1), 3 - 9.

Su, C., Lu, X., Chen, W & Wang, T. (2009). Promoting self - management improves the health status of patients having peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing, 65*, 1381 - 1389

Rice, V. H., & Stead, L. F. (2009). Nursing interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *1*, 1 - 58.

Wattana, C., Srisuphan, W., Pothiban, L., & Upchurch, S. L. (2007). Effects of diabetes self - management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nursing and Health Science Journal, 9,* 135 - 141.

Watson, L., Ellis, B., & Leng, G. C. (2009). Exercise for intermittent claudication (Review). *Cochrane Database of Systemic Review, 4,* 1 - 54.

Willigendeal, E. M., Teijink, J. A., Bartelink, M. L., Peter, R. J., Buller, H. R., & Prins, M. H. (2005). Smoking and the patency of lower extremity bypass graft: A meta - analysis. *Journal of Vascular Surgery, 42*, 67 - 74.

Yip, Y. B., Sit, J. H., Fung, K. Y., Wong, D. S., Chong, S. C., Chung, L. H. et.al. (2007). Effect of a self - management arthritis programe with an added exercise component for osteoarthritic knee: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing, 59*, 20 - 28.

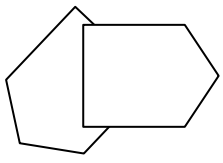
ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบวัดการรับรู้ในผู้สูงอายุ Mini – Mental State Examination ฉบับภาษาไทย (TMMSE)

ชื่อผู้บริการ…….อายุ…..….ปี…….เพศ…..

วันที่ประเมิน……

ค่าคะแนน	ค่าคะแนนที่ได้	คำถาม
		Orentation
5		วัน…….วันที่……เดือน……..ปี……เวลา……
5		โรงพยาบาล……..ชั้นที่…… อำเภอ……จังหวัด…….ภาค……
		Registration
3		แม่น้ำ รถไฟ ดินสอ
		Attention and calculation
5		100 - 7 (หยุดเมื่อครบ 5 คำตอบ) (93,86,79, 72, 65) หรือให้ทวนกลับคำว่า “สะพาน ” ทีละตัว
		Recall
3		ให้ทวนของ 3 อย่างใน Registration (แม่น้ำ รถไฟ ดินสอ)
		Language
2		นาฬิกา,ปากกา
1		พูดตามให้ชัดเจนที่สุด“ ขวนขวายหาความรู้”
3		ทำตามคำสั่ง “จงหยิบกระดาษด้วยมือขวา พับครึ่ง 1 ครั้ง แล้ววางบนพื้นห้อง
1		อ่านแล้วทำตามคำสั่ง “จงหลับตา”
1		เขียน 1 ประโยค
1		Copy รูป 5 เหลี่ยม 2 รูป 
30		
ประเมินระดับความรู้สึกตัวตลอดการทำแบบทดสอบ Alert Drowsy Stupor Coma		

การประเมินผล ถ้ารวมคะแนนได้ 23 คะแนน หรือน้อยกว่า ถือว่ามีภาวะ Cognitive Impairment

ที่มา อัญชุลี เตมียประดิษฐ์,วรัญ ตันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังสาพฤกษ์ และ คณะ. (2553) ใน ผ่องพรรณ อรุณแสง (บรรณาธิการ), *การบันทึกกระบวนการพยาบาลผู้สูงอายุ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่3) (หน้า 154-155). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ภาคผนวก ข

การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากสูตรของโคเฮน (Cohen, 1988)

$$d = \frac{\bar{X}_C - \bar{X}_E}{SDpool} \qquad (SDpool = \sqrt{[SD_C^2 + SD_E^2] / 2}$$

d คือ ขนาดอิทธิพล

$\bar{X}_E$ คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_C$ คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SDpool คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม

การศึกษาของจินตนา บัวทองจันทร์ (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตภาคใต้ตอนล่าง

$XE = 5.70$ $SD_E=1.25$, $XC = 7.60$ $SD_C=1.41$

แทนค่าสูตร $SDpool = \sqrt{[(1.25)^2 + (1.41)^2] / 2}$

$= \sqrt{[1.5625+1.9881] / 2}$

$= \sqrt{(3.5506) / 2}$

$= \sqrt{1.7753}$

$= 1.33$

$d = \frac{5.7 - 7.6}{1.3}$

$= 1.46$

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 50 ราย

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แผนการให้ความรู้สำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 สื่อนำเสนอภาพนิ่งประกอบการให้ความรู้

ส่วนที่ 3 สมุดบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง (แผนการให้ความรู้สำหรับผู้วิจัย)

ครั้งที่ 1 กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 1 สถานที่คือ หอผู้ป่วยใน กิจกรรมการให้ความรู้ และฝึกทักษะใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 90 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการให้การเข้าร่วมโครงการวิจัย	1.พูดคุยทักทาย แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและกิจกรรมทั้ง 3 ครั้ง ระหว่างร่วมโครงการ <u>ครั้งแรก</u> เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันพร้อมกับการได้รับความรู้และฝึกทักษะในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และให้ผู้ป่วยไปฝึกปฏิบัติต่อที่บ้านพร้อมบันทึกในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพที่ได้รับจากผู้วิจัย <u>กิจกรรมครั้งที่ 2</u> ผู้วิจัยจะติดตามผลการฝึกปฏิบัติของผู้ป่วยแต่ละราย โดยการพบปะพูดคุย ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (สำหรับผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัด)หรือการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์ยังไม่นัด) เพื่อรับฟังปัญหาในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและร่วมกันวางแผนปฏิบัติไปสู่เป้าหมายที่ผู้ป่วยแต่ละรายกำหนด <u>กิจกรรมครั้งที่ 3</u> ผู้วิจัยจะติดตามผลการฝึกปฏิบัติของผู้ป่วยแต่ละรายโดยการพบปะพูดคุย ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือดแผนกผู้ป่วยนอกในวันที่แพทย์นัด หรือการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์ยังไม่นัด) เพื่อรับฟังปัญหาและหาแนวทางในวางแผนจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและทำแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโครงการ **-หลังจากนั้นใช้คำถามในการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ ดังนี้** *" หลังจากที่ได้รับคำชี้แจงในการเข้าร่วมโครงการแล้วคุณคิดว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 3 ครั้งได้หรือไม่ "* (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)	-ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกขั้นตอนและกิจกรรมระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
2.ประเมินพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยง	2. ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง *(ใช้เครื่องมือคือ แบบสอบถาม)* (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)	ประเมินจากแบบสอบถาม
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ได้แก่ การควบคุมที่โรคเป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ 3.1 มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง อย่างถูกต้อง	3. ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่อง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันรุนแรงขึ้น อาการและอาการแสดง การรักษา และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ได้แก่ การควบคุมที่โรคเป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ หลังจากศึกษาข้อมูลผู้ป่วยแต่รายว่ามีปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้าง โดยการให้ความรู้ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพจะเน้นให้เฉพาะเจาะจงกับโรคผู้ป่วยรายนั้นๆ เท่านั้น เช่น ควบคุมที่โรคเป็นปัจจัยเสี่ยง, การออกกำลังกาย, การลดหรือหยุดสูบบุหรี่ *(ใช้เครื่องมือคือ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง)* โดยมีเนื้อหาดังนี้ *หมายเหตุ* (ใช้เวลาประมาณ 45 นาที กรณีให้ความรู้ครอบคลุมทุกพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวในทุกโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และใช้เวลาประมาณ 10 -15 นาที กรณีผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงเพียง 1 เรื่อง) 3.1 **ก่อนเข้าสู่เนื้อหาผู้วิจัยใช้คำถามดังนี้** *"คุณรู้หรือไม่ว่าโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังเมื่อคุณเป็นแล้วโรคจะส่งผลต่อชีวิตของคุณอย่างไร"* หลังจากผู้ป่วยตอบคำถาม ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (*โดยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง รูปหลอดเลือดที่ปกติและหลอดที่อุดตัน และภาพเท้าผู้ป่วยที่หลอดเลือดอุดตันจนเริ่มมีเนื้อตาย)* ดังนี้ **โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน**คือ…… **-เมื่อคุณทราบแล้วว่าโรคมีความรุนแรงอย่างไรแล้ว ต่อไปคุณทราบหรือไม่ว่า อะไรบ้างที่ส่งเสริมให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น**	-การพูดคุยซักถามการตอบคำถามถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ -การตอบคำถามของผู้ป่วยและญาติถึงความรุนแรงของโรค

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
3.2 มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันอุดตันเพิ่มขึ้นขึ้นอย่างถูกต้อง 3.3 มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการรักษา โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันอย่างถูกต้อง	3.2 **ให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีการอุดตันของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น** (*โดยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง รูปบุหรี่และข้อความที่สื่อถึง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง*)…….. **-หลังให้ความรู้แล้วใช้คำถามกระตุ้นผู้ป่วยในการคิดถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรครุนแรงขึ้นดังนี้** *" หลังจากได้ข้อมูลแล้วคุณทราบแล้วหรือยังว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรครุนแรงขึ้นของคุณมีเรื่องใดบ้าง "* ต่อจากนั้นให้ความรู้ถึงอาการของโรคที่แสดงว่าการอุดตันซ้ำหรือเพิ่มขึ้น (*โดยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง คือ รูปเท้าผู้ป่วยที่หลอดเลือดอุดตันจนเริ่มมีเนื้อตาย)* 3.3 **อาการของโรคที่แสดงว่าการอุดตันซ้ำหรือเพิ่มขึ้นที่** พบได้แก่ …….. **-หลังจากให้ความรู้แล้วใช้คำถามกับผู้ป่วยดังนี้** *"คุณคิดว่าตอนนี้อาการของคุณอยู่ในขั้นไหนแล้วท่านพอจะสังเกตการเปลี่ยนแปลงของเท้าตนเองได้ไหมค่ะ"* ต่อจากนั้นให้ความรู้ถึงแนวทางการรักษาแพทย์โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอการอุดตันซ้ำหรือเพิ่มขึ้นให้ซึ่งพอสรุปได้…….. **-หลังจากที่คุณทราบแนวทางการรักษาโรคแล้วคุณคิดไว้บ้างหรือยังว่าจะเลือกวิธีไหนบ้างสำหรับตนเองที่จะช่วยชะลอการอุดตันซ้ำหรือเพิ่มขึ้น** นอกเหนือจากการรักษาจากแพทย์ **-เมื่อผู้ป่วยตอบคำถามแล้ว ต่อจากนั้นเริ่มให้ความรู้ในวิธีการจัดการตนเองเพื่อการป้องกันการหลอดเลือดอุดตันซ้ำหรือเพิ่มขึ้น**ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ได้แก่ การควบคุมที่โรคเป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และการลด/หยุดสูบบุหรี่ **โดยเน้นหนักในสิ่งที่ผู้ป่วยมีปัญหา และสำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่มีปัญหาในปัจจุบันของผู้ป่วยจะให้ความรู้โดยกว้างๆเพื่อเป็นข้อมูลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยต่อไป**	

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
3.4 มีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ได้แก่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และการลด/หยุดสูบบุหรี่	3.4 ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง โดยใช้*สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (รูปการรับประทานอาหารที่มีผัก ลดอาหารที่มีน้ำตาลสูง ลดอาหารเค็ม หรืองดเติมเครื่องปรุงรส หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การใช้ยาตามแพทย์สั่ง การเดินออกกำลังกาย)* โดยมีเนื้อหาดังนี้ **1. พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง**ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งท่านที่มีโรคดังกล่าวข้างต้น ท่านต้องมีวิธีการในจัดการตนเอง ในการควบคุมอาหารให้เหมาะสมโรค ควบคุมน้ำหนักตัว การใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ และมีการออกกำลังกาย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยชะลอการดำเนินโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันและลดการเกิดอาการแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ โดยมีรายละเอียดในแต่ละโรค *(ให้ความรู้เฉพาะโรคประจำตัวที่ผู้ป่วยมี)* **1.1 โรคเบาหวาน** *(ก่อนให้ความรู้จะต้องประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยเสมอ)* คุณต้องรู้จักการควบคุมอาหารไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน การใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ การฝึกผ่อนคลายความเครียดและรู้วิธีการสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเอง โดยมีวิธีการเช่น. -หลังจากให้ความรู้แล้วใช้คำถามคือ *"คุณคิดว่าตัวคุณเองมีความมั่นใจที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพของคุณเพื่อจะควบคุมโรคเบาหวานได้หรือยัง คุณยังจำเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารได้หรือไม่"* หลังจากผู้ป่วยตอบคำถามแล้วให้พูดเน้นย้ำ**เป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารให้น้อยกว่า 110 มล/ดล หรือปริมาณที่เกาะบนเม็ดเลือดแดง (HbA_{1C}) น้อยกว่า 7% อีกครั้ง**	-ผู้ป่วยบอกเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการได้พร้อมยกตัวอย่างวิธีการในการจัดการตนเองได้

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
	1.2 โรคความดันโลหิตสูง (*ก่อนให้ความรู้จะต้องประเมินความรู้เดิมผู้ป่วยเสมอ)* คุณต้องรู้จักการควบคุมความดันโลหิตสูง โดยวิธีการ เช่น …… -หลังจากให้ความรู้แล้วใช้คำถามคือ *"คุณคิดว่าตัวคุณเองมีความมั่นใจที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพของคุณเพื่อจะควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้หรือยัง คุณยังจำเป้าหมายการควบคุมระดับ โรคความดันโลหิตสูง ได้หรือไม่"* หลังจากผู้ป่วยตอบคำถามแล้วให้ **พูดเน้นย้ำเป้าหมายการควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/85 มิลลิเมตรปรอท และ 130/90 มิลลิเมตรปรอทในผู้ที่เป็นเบาหวาน อีกครั้ง** **1.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง** (*ก่อนให้ความรู้จะต้องประเมินความรู้เดิมผู้ป่วยเสมอ)* คุณต้องรู้จักการควบคุม *ไขมันในเลือด* โดยวิธีการ…….. หลังจากให้ความรู้แล้วใช้คำถามคือ *"คุณเองมีความมั่นใจที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพของท่านเพื่อจะได้ควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ได้หรือยัง"*และ *คุณยังจำเป้าหมายการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ได้หรือไม่"* หลังจากผู้ป่วยตอบคำถามแล้วให้ **พูดเน้นย้ำเป้าหมายการควบคุมระดับไขมันแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (low density lipoprotein cholesterol , LDL-C) ให้น้อยกว่า < 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร** **-ในกรณีผู้ป่วยมีโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทั้ง 3 โรค** ในการพบกันครั้งแรก ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเน้นย้ำให้ปฏิบัติในด้านการควบคุมอาหารที่เคร่งครัดตามโรคที่มีปัญหาสูงสุดของผู้ป่วยก่อน พร้อมทั้งเน้นการปฏิบัติตัวในด้านการใช้ยา การผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม เพื่อลดความเครียดในการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย ส่วนโรคที่ปัญหารองลงมา ให้ความรู้ตามปกติและร่วมกันวางแนวทางการปฏิบัติเพิ่มเติมในครั้งถัดไป ทั้งนี้ต้องพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายร่วมด้วย	-ผู้ป่วยบอกเป้าหมายระดับความดันโลหิตที่ต้องการพร้อมยกตัวอย่างการจัดการตนเองได้ -ผู้ป่วยบอกเป้าหมายระดับภาวะไขมันที่ต้องการพร้อมยกตัวอย่างการจัดการตนเองได้

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
	-ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปฏิบัติเหมาะสมแล้วผู้วิจัยจะแจ้งเป้าหมายที่ต้องการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันพร้อมให้การเสริมแรงโดยการชมเชยเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง **2. พฤติกรรมสุขภาพในการออกกำลังกาย** การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่มีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มปริมาณไหลเวียนของเลือดไปยังหลอดเลือดแขนงที่สร้างขึ้นใหม่ทำให้การไหลเวียนไปยังเท้าเพิ่มขึ้น ซึ่งวิธีออกกำลังกายที่ปลอดภัยสำหรับท่านคือ **การเดิน** โดยท่านสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้านเมื่อท่านต้องการ โดยมีวิธีการดังนี้…….. -หลังจากให้ความรู้แล้วใช้คำถามคือ “***ฟังแล้วคุณรู้สึกอยากการออกกำลังกายแล้วหรือยังค่ะ คิดว่าพอทำได้ไหม*** ” หลังจากผู้ป่วยตอบแล้ว **พูดเน้นย้ำเป้าหมายในการเดินออกกำลังกาย โดยมีวิธีการเดินให้ได้ความเร็ว 3-5 นาทีแล้วรู้สึกปวดขาใช้เวลาในการเดินรวมทั้งหมดในแต่ละครั้งเท่ากับ 30 นาทีปฏิบัติให้ได้สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง** **3. พฤติกรรมสุขภาพในการลดหรือหยุดสูบบุหรี่** การสูบบุหรี่จะส่งผลต่อโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังได้อย่างยิ่งเนื่องจากในบุหรี่มีสารนิโคตินที่มีผลทำให้เกิดการแตกปริของผนังหลอดเลือด ซึ่งทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันอวัยวะต่าง ๆได้เพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุของอาการปวดขณะเดิน ความเสี่ยงในการถูกตัดขา หลอดเลือดเทียมอุดตัน และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นการลดและเลิกสูบบุหรี่จะช่วยชะลอการดำเนินโรค ลดอัตราการปวดขณะพัก และลดอัตราการถูกตัดขา ลดความเสี่ยงต่อการ เกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆได้	-ผู้ป่วยบอกเป้าหมายการออกกำลังกายพร้อมกับบอกวิธีการจัดการตนเองได้ -ผู้ป่วยบอกเป้าหมายการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ ที่ต้องการพร้อมกับบอกวิธีการจัดการได้

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
	-ดังนั้นหากคุณยังสูบบุหรี่อยู่คุณคิดได้หรือยังว่าควรจะต้องพยายามที่จะการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ให้ได้ หลังจากที่ผู้ป่วยตอบคำถามแล้วผู้วิจัยจะเริ่มให้ความรู้โดยมีทั้งการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองและการปรึกษาแพทย์ **ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอวิธีการที่คุณสามารถที่จะทำได้ด้วยตนเองโดยวิธีการดังนี้**…… **-ฟังแล้วคุณต้องการใช้วิธีการแบบไหนในการลดหรือหยุดสูบบุหรี่** คุณต้องการหยุดด้วยตนเองหรือปรึกษาแพทย์ที่คลินิกอดบุหรี่ **อย่าลืมนะค่ะว่าถ้าหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จจะเกิดมีประโยชน์สำหรับตัวคุณ**	
4. เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหา และอุปสรรค	4.1 ใช้แนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ **ตัวอย่างคำถาม** “ *คุณคิดว่าพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ พฤติกรรมสุขภาพเรื่องใดบ้างที่ยุ่งยากในการจัดการด้วยตนเองและปัญหาของคุณเป็นอย่างไร”* (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที) **หมายเหตุ** การใช้แนวคำถามให้เลือกให้เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ตัวอย่างคำถามผู้ป่วยโรคเบาหวานเช่น *“คุณคิดว่าพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องโรคเบาหวานเรื่องใดบ้างที่ยุ่งยากในการจัดการด้วยตนเองและปัญหาของคุณเป็นอย่างไร ”* 4.2 หลังจากนั้นผู้วิจัยฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจพร้อมจับประเด็นให้ว่าปัญหาที่ยุ่งยากในการจัดการด้วยตนเองคือปัญหาใด โดย ต่อจากนั้นให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ วิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรค และปัจจัยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมที่โรคเป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ และฝึกทักษะที่จำเป็นและการปรับพฤติกรรมสำหรับกลุ่มทดลองแต่ละราย	-สามารถคิดคำตอบสำหรับสิ่งที่มีปัญหาในการจัดการด้วยตนเองได้

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
5. ร่วมหาแนวทางฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับแต่ละบุคคล	5.1 ใช้แนวคำถามปลายปิดที่ใช้ในการกระตุ้นให้การค้นหาปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ **ตัวอย่างคำถาม***"เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 เรื่องคือ การควบคุมที่โรคเป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ คุณต้องการให้ผู้วิจัยช่วยเหลืออย่างไรบ้าง"* (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที) **หมายเหตุ** ในการใช้แนวคำถามให้เลือกให้เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย **ตัวอย่างคำถาม** ผู้ป่วยโรคเบาหวานเช่น *"เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องโรคเบาหวานเรื่องใดบ้างที่ยุ่งยากในการจัดการด้วยตนเองและต้องการให้ผู้วิจัยช่วยเหลืออย่างไรบ้าง "* 5.2 รับฟังปัญหาพร้อมฝึกทักษะที่จำเป็นและการปรับพฤติกรรมสำหรับกลุ่มทดลองแต่ละรายโดยให้ญาติอยู่เป็นเพื่อนในระหว่างการฝึกซึ่งได้แก่ ทักษะการออกกำลังกาย การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและหาแนวทางลด/เลิกสูบบุหรี่ โดยมีแนวทาง เช่น 5.2.1. ตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับการพฤติกรรมการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น ให้ผู้ป่วยและญาติฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป เช่น นม น้ำผลไม้ น้ำปลา ซีอิ้ว เป็นต้น 5.2.2 ฝึกทักษะการเดินออกกำลังกาย โดยฝึกการเดินครั้งแรกด้วยการเดินบนเครื่องฝึกเดิน (Treadmill) ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติคือ……เมื่อผู้ป่วยหายปวดขาให้เริ่มฝึกเดินใหม่อีกครั้ง จากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติในการเดินบนพื้นราบ โดยเดินให้เกิดความรู้สึกปวดขาภายในเวลา 3 - 5 นาที เมื่อรู้สึกปวดขาให้หยุดพักแล้วจดบันทึกระยะทางที่ได้และเวลาที่เริ่มรู้สึกปวดขา (เดินด้วยความเร็วเท่ากับขณะเดินบนเครื่อง) **(หมายเหตุ** แนะนำให้เดินบนพื้นราบ และควรมีราวจับหรือไม้เท้าในกรณีผู้สูงอายุ) 5.2.3 ร่วมหาแนวทางลด/เลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคลและเข้ารับคำปรึกษาจากคลินิกงดบุหรี่ รพ. สงขลานครินทร์	-ความสามารถในการปฏิบัติทักษะการออกกำลังกาย การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและหาแนวทางลด/เลิกบุหรี่แต่ละราย

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
6.ร่วมเลือกแนวทางและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	6.1 ให้ผู้ป่วยกำหนดแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและเป้าหมายการสร้างพฤติกรรมใหม่ของตนเองในแต่ละสัปดาห์โดยใช้แนวคำถามปลายเปิดที่ใช้กระตุ้นผู้ป่วยในการกำหนดแนวทางและวางเป้าหมาย **ตัวอย่างคำถาม** *"เป้าหมายในการดูแลสุขภาพของคุณคืออะไร และคุณวางแผนการจัดการตนเองด้วยตนเองเพื่อที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถึงเป้าหมายนั้นอย่างไรบ้าง ในช่วง 2 สัปดาห์นี้"* พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของตนเองในแต่ละพฤติกรรม (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที) **หมายเหตุ** เลือกใช้แนวคำถามให้เลือกให้เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย -ตัวอย่างคำถามผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น *"เป้าหมายในการดูแลโรคเบาหวานของคุณคืออะไร และคุณวางแผนการจัดการตนเองด้วยตนเองเพื่อที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถึงเป้าหมายนั้นอย่างไรบ้าง ในช่วง 2 สัปดาห์นี้"* 6.2 แนะนำการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง โดยให้ญาติร่วมรับฟังวิธีการบันทึกและช่วยเหลือผู้ป่วยในการบันทึก 6.3 นัดหมายกลุ่มทดลองในการพบกับผู้วิจัยครั้งต่อไป อีก 2 สัปดาห์ ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด	-สามารถวางแผนแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและเป้าหมายสร้างพฤติกรรมใหม่ของตนเองในแต่ละสัปดาห์ -สามารถใช้สมุดบันทึกได้ถูกต้อง

ครั้งที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 2 สถานที่คือ หอผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมหรือโทรศัพท์พูดคุยที่บ้าน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
1.ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายที่กลุ่มทดลองแต่ละรายกำหนดไว้ ในการควบคุมที่โรคเป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ที่เหมาะสมในช่วง 2 สัปดาห์	1.1 พบผู้ป่วย ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอก(สำหรับผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัด) หรือติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์ตามวัน เวลาที่นัดหมายไว้ล่วงหน้า 1.2 สอบถามภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ด้วยคำพูดที่แสดงถึงความห่วงใย 1.3 สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางและเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยให้ผู้ป่วยกล่าวถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา 2 สัปดาห์ *(เครื่องมือที่ใช้คือ สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ โดยการตรวจสอบข้อมูลในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพซึ่งผู้ป่วยและผู้วิจัยเก็บไว้คนละชุด ในการพบกันครั้งที่ 1)*	-ข้อมูลการบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ -คำบอกเล่าในเรื่องการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และแนวทางลดหรือเลิกสูบบุหรี่สำหรับตนเอง จากผู้ป่วยและญาติ
2.ร่วมค้นหาปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และหาแนวทางแก้ไข	2.1 ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ในการค้นหาปัญหาอุปสรรค วิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและหาแนวทางแก้ไขในสิ่งที่ยังปฏิบัติไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยใช้แนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ **ตัวอย่างคำถาม** *"คุณช่วยเล่าให้ฟังได้ไหมว่าพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง การควบคุมที่โรคเป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การลดหรือหยุดสูบบุหรี่ มีเรื่องไหนบ้างที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง"* **หมายเหตุ** ในการใช้แนวคำถามให้เลือกให้เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย	-สามารถพูดคุยถึงปัญหาอุปสรรค สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และหาแนวทางแก้ไขสำหรับตนเองได้

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
	2.2 ใช้แนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการค้นหาปัญหาเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการค้นหาปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ **ตัวอย่างคำถาม** *"หลังจากคุณลองไปฝึกปฏิบัติตามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัยแล้ว คุณทำได้ผลดีอย่างไรบ้าง คุณมีปัญหาหรือมีสิ่งไหนบ้างที่เป็นอุปสรรคในการจัดการด้วยตนเอง และต้องการให้ผู้วิจัยช่วยเหลือเพิ่มเติมอย่างไรบ้าง"*	
3.ร่วมเลือกแนวทางและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	3.1 รับฟังปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางแก้ไขของผู้ป่วยพร้อมตรวจสอบว่าผู้ป่วยขาดทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันอุดตันซ้ำหรือเพิ่มขึ้นโดยใช้แนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการตรวจสอบทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ **ตัวอย่างคำถาม** *"คุณคิดว่าคุณยังขาดทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการกำเริบลดความรุนแรงของโรคในเรื่องใดบ้างและตัวคุณเองมีวิธีการแก้ปัญหาเหล่านั้นอย่างไร"* **หมายเหตุ** หลังจากได้รับคำตอบจากผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยในการหาแนวทางแก้ปัญหา เช่น 1) กรณีมีปัญหาการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงผู้วิจัยจะให้ความรู้ซ้ำ 2) ผู้ที่มีปัญหาในการฝึกเดินไม่ได้ตามเป้าหมายผู้วิจัยจะตรวจสอบปัญหา เช่น กรณีผู้ป่วยปวดขาจนไม่อยากฝึกเดินผู้วิจัยจะแนะนำให้ฝึกเดินหลังจากได้รับยาพร้อมแนะนำให้วางเป้าหมายในการฝึกสำหรับตนเองที่ไม่ทำให้รู้สึกเครียดจนเกินไป	-ผู้ป่วยสามารถคิดหาทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้และมีความตั้งใจที่จะฝึกปฏิบัติให้ถึงเป้าหมายของตนเอง โดยประเมินจาก สีหน้า น้ำเสียง

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
	3) ผู้ที่มีปัญหาในเลิกสูบบุหรี่หลังจากขอฝึกด้วยตนเองไม่สำเร็จผู้วิจัยจะแก้ปัญหาโดยการช่วยให้ผู้ป่วยติดต่อบริการทางควิคไลส์ (Quit line) ผ่านเบอร์ 1600 ตั้งแต่เวลา 8.30 - 17 น เพื่อรับคำปรึกษาในการหยุดบุหรี่ในเบื้องต้นสำหรับรายที่แพทย์ยังไม่นัดติดตามอาการ และประสานกับแพทย์ทันทีเพื่อปรึกษาคลีนิคอดบุหรี่เมื่อมาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น 3.2 ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา หรือฝึกทักษะใน การออกกำลังกาย การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และหาแนวทางลดหรือเลิกสูบบุหรี่เพิ่มเติมเป็นรายบุคคล 3.3 ให้ผู้ป่วยกำหนดแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและเป้าหมายการสร้างพฤติกรรมใหม่ของตนเองในแต่ละสัปดาห์โดยใช้แนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการกำหนดแนวทางและวางเป้าหมาย **ตัวอย่างคำถาม** *"เป้าหมายในการดูแลสุขภาพของคุณคืออะไร และคุณวางแผนการจัดการตนเองด้วยตนเองเพื่อที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถึงเป้าหมายนั้นอย่างไรบ้าง ในช่วง 2 สัปดาห์นี้"* หลังรับฟังเป้าหมายของผู้ป่วยแล้วผู้วิจัยจะดำเนินการ 3.4 นัดหมายกลุ่มทดลองในการพบกับผู้วิจัยครั้งต่อไป อีก 2 สัปดาห์ ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (สำหรับผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัด) และการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์ยังไม่นัด)	

ครั้งที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 3 สถานที่คือ หอผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมหรือโทรศัพท์พูดคุยที่บ้าน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
1.ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายที่กลุ่มทดลองแต่ละรายกำหนดไว้ ในการควบคุมที่โรคเป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ที่เหมาะสมในช่วง 2 สัปดาห์	1.1 พบผู้ป่วย ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอก (สำหรับผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัด) หรือติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์ตามวัน เวลาที่นัดหมายไว้ล่วงหน้า 1.2 สอบถามภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ด้วยคำพูดที่แสดงถึงความห่วงใย 1.3 สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางและเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยให้ผู้ป่วยกล่าวถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา 2 สัปดาห์ *(เครื่องมือที่ใช้คือ สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ โดยการตรวจสอบข้อมูลในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพซึ่งผู้ป่วยและผู้วิจัยเก็บไว้คนละชุด ในการพบกันครั้งที่ 1)*	-ข้อมูลการบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ -คำบอกเล่าในเรื่องการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และแนวทางลด/เลิกสูบบุหรี่สำหรับตนเอง จากผู้ป่วยและญาติ
2.ร่วมค้นหาปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และหาแนวทางแก้ไข	2.1 ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ในการค้นหาปัญหาอุปสรรคเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ถึงเกณฑ์มาตรฐาน <u>โดยใช้แนวคำถามที่ใช้ในการกระตุ้นให้ค้นหาปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ</u> **ตัวอย่างคำถาม** *"เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 เรื่อง คุณคิดว่ายังมีปัญหาในการจัดการด้วยตนเองในเรื่องใด และมีปัญหาอย่างไรที่ต้องการให้ผู้วิจัยช่วยเหลือเพื่อที่จะทำให้คุณทำพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 เรื่องไปอย่างต่อเนื่อง"*	-สามารถบอกถึงปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเองให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดได้

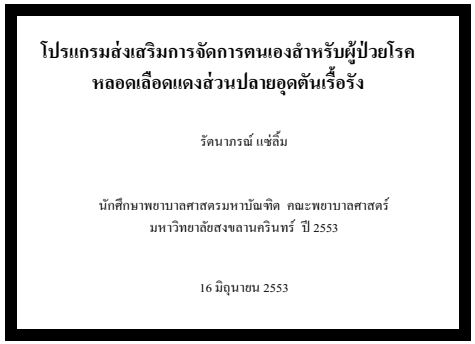
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
	2.2 ใช้แนวคำถามที่ใช้ในการตรวจสอบทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ **ตัวอย่างคำถาม** *" คุณคิดว่าคุณยังขาดทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการกำเริบ ลดความรุนแรงของโรคในเรื่องใดบ้างและตัวคุณเองมีวิธีการแก้ปัญหาเหล่านั้นอย่างไร"* 2.3 รับฟังปัญหาพร้อมทั้งและหาแนวทางแก้ไขโดยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา หรือฝึกทักษะใน การออกกำลังกาย การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและหาแนวทางลดหรือเลิกสูบบุหรี่เพิ่มเติมเป็นรายบุคคล(ให้คำปรึกษาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกับการพบในครั้งที่ 2กิจกรรมที่ 3.1)	
3. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง	3. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง *(ใช้เครื่องมือคือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง)*	
4. เสริมแรงทางบวกและทางลบเพื่อร่วมกำหนดแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	4.1 ให้กำลังใจ พร้อมกระตุ้นให้กลุ่มทดลองกล่าวถึงผลดีที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และกล่าวถึงพฤติกรรมที่ไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย 4.2 กระตุ้นให้กำหนดแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องต่อไปโดยใช้แนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ในเสริมแรงตนเองเพื่อกำหนดแนวทางและวางเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ **ตัวอย่างคำถามข้อที่ 1** *"คุณรู้สึกอย่างไรที่สามารถคงพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมและคิดจะให้รางวัลอะไรกับตนเองที่สามารถควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูงได้* (ใช้กรณีสามารถปฏิบัติได้เป้าหมาย)	-สามารถกล่าวถึงผลดีที่เกิดจากการปฏิบัติเพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพใหม่ของตนเองได้และหาแนวทางในการแก้ไขในพฤติกรรมที่ไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย

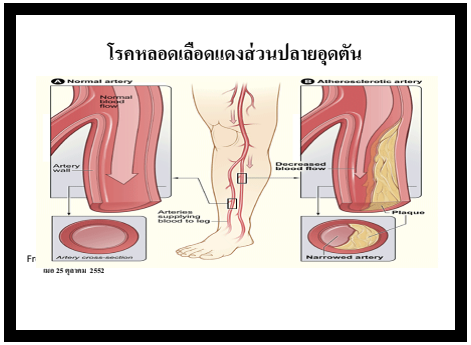
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
	คุณคิดแนวทางในการปรับปรุงตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมายอย่างไรบ้าง (ใช้กรณีไม่สามารถปฏิบัติได้เป้าหมาย) *”* **หมายเหตุ** ในการใช้แนวคำถามให้เลือกให้เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย **ตัวอย่างคำถาม ข้อที่ 2** *“คุณวางแผนระยะยาวในการจัดการตนเองเพื่อที่จะคงพฤติกรรมสุขภาพให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างไรบ้าง*” 4.3 กล่าวขอบคุณกลุ่มทดลอง	-สีหน้า ท่าทาง แววตาที่มีความภูมิใจในตนเอง และมุ่งมั่นในการปรับปรุงตนเอง

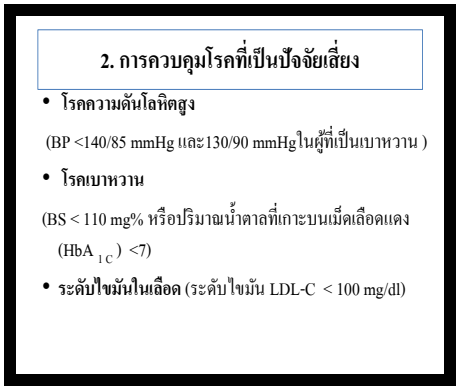
สื่อนำเสนอภาพนิ่ง ประกอบการให้ความรู้ในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

เนื้อหาครอบคลุมตามแผนการให้ความรู้ในพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ได้แก่ การลดหรือหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกาย ตลอดจนรูปภาพและข้อความในเรื่องการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด และการมาพบแพทย์ตามนัด

ตัวอย่างสื่อนำเสนอภาพนิ่ง







สมุดบันทึกการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ
สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

จัดทำโดย

นางสาวรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2553

จัดทำเมื่อ 16 มิถุนายน 2553

สมุดบันทึกการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

คำชี้แจง

สมุดเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้บันทึกการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง”

ขอความร่วมมือผู้ป่วยบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง และสามารถสอบถามข้อสงสัยได้โดยตรงจากผู้วิจัย นางสาว รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม เบอร์โทร 089-7339170

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

<u>การออกกำลังกาย</u>

การออกกำลังกายด้วยการ ‘เดินเร็ว’ จะช่วยเพิ่มเลือดไปเลี้ยงขาได้

<u>วิธีทำ</u> เดินเร็ว จนทำให้รู้สึกปวดขาภายใน 3-5 นาที เมื่อปวดขาให้หยุดพักจนหายปวด แล้วเดินเร็ว อีกหลาย ๆ รอบ จน ครบ 30 นาที ต่อวัน ทำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

<u>เป้าหมายของฉัน</u> .....

บันทึกการเดินเร็วสัปดาห์ที่ 1 วันที่.....

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

วันนี้ไม่ได้เดินเพราะ.....

บันทึกการเดินเร็วสัปดาห์ที่ 2 วันที่.....

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

วันนี้ไม่ได้เดินเพราะ.....

ผลการออกกำลังกายโดยการเดินเร็วของฉันใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

บันทึกการเดินเร็วสัปดาห์ที่ 3 วันที่.....

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

วันนี้ไม่ได้เดินเพราะ.....

บันทึกการเดินเร็วสัปดาห์ที่ 4 วันที่.....

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

เริ่มเดินเวลา.....น. เริ่มปวดขาเมื่อเดินได้.....นาที ระยะทาง.....เมตร

วันนี้ไม่ได้เดินเพราะ.....

ผลการออกกำลังกายโดยการเดินเร็วของฉันใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<u>การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง</u>

โรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้แก่ เบาหวาน ความดัน ไขมันสูง

ฉันมี**โรคความดันโลหิตสูง** ฉันเลือกที่จะปฏิบัติดังนี้ (สัปดาห์ที่ 1-2)	การทำกิจกรรมใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		สาเหตุที่ทำไม่ได้
	ทำได้	ทำไม่ได้	
( ) 1. ลดอาหารรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม กุ้งแห้ง บูดู กะปิ น้ำปลา ของหมักดอง			
( ) 2. ลดการเติมเครื่องปรุงรส เช่น เกลือ ผงชูรส ซุปก้อน ผงฟู			
( ) 3. ลดอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ไส้กรอก			
( ) 4. ลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารทะเล ไข่แดง เนื้อติดมัน เครื่องใน			
( ) 5. ลดอาหารผัด ทอด			
( ) 6. เลือกทานอาหารนึ่ง ต้ม			
( ) 7. เลือกทานอาหารที่มีผัก			
( ) 8. รับประทานผลไม้ที่มีกากใย เช่น ผรั่ง กล้วย ส้ม ชมพู่			
( ) 9. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอร์			
( ) 10. ลดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน			
( ) 11. หาวิธีผ่อนคลายความเครียดเช่น ฝึกสมาธิ มองโลกในแง่ดี ปล่อยวาง เลี่ยงการโต้แย้ง			
( ) 12. รับประทานยาควบคุมความดันอย่างสม่ำเสมอ			
( ) 13. มาพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ			

<u>การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง</u>

โรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้แก่ เบาหวาน ความดัน ไขมันสูง

ฉันมี**โรคความดันโลหิตสูง** ฉันเลือกที่จะปฏิบัติดังนี้ (สัปดาห์ที่ 3-4)	การทำกิจกรรมใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		สาเหตุที่ทำไม่ได้
	ทำได้	ทำไม่ได้	
( ) 1. ลดอาหารรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม กุ้งแห้ง บูดู กะปิ น้ำปลา ของหมักดอง			
( ) 2. ลดการเติมเครื่องปรุงรส เช่น เกลือ ผงชูรส ซุปก้อน ผงฟู			
( ) 3. ลดอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ไส้กรอก			
( ) 4. ลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารทะเล ไข่แดง เนื้อติดมัน เครื่องใน			
( ) 5. ลดอาหารผัด ทอด			
( ) 6. เลือกทานอาหารนึ่ง ต้ม			
( ) 7. เลือกทานอาหารที่มีผัก			
( ) 8. รับประทานผลไม้ที่มีกากใย เช่น ฝรั่ง กล้วย ส้ม ชมพู่			
( ) 9. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
( ) 10. ลดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน			
( ) 11. หาวิธีผ่อนคลายความเครียดเช่น ฝึกสมาธิ มองโลกในแง่ดี ปล่อยวาง เลี่ยงการโต้แย้ง			
( ) 12. รับประทานยาควบคุมความดันอย่างสม่ำเสมอ			
( ) 13. มาพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ			

<u>การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง</u>

โรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้แก่ เบาหวาน ความดัน ไขมันสูง

ฉันมี**โรคเบาหวาน** ฉันเลือกที่จะปฏิบัติดังนี้ (สัปดาห์ที่ 1-2)	การทำกิจกรรมใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		สาเหตุที่ทำไม่ได้
	ทำได้	ทำไม่ได้	
( ) 1. กินอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ คือ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ข้าว/แป้ง น้ำมัน/ไขมัน ผัก ผลไม้			
( ) 2. กินอาหารให้เป็นมื้อๆ งดกินอาหารจุกจิกและกินในปริมาณที่พออิ่มเท่านั้น			
( ) 3. กินผักให้มากขึ้นทุกมื้อ			
( ) 4. รับประทานผลไม้ชนิดที่หวานน้อย เช่น แตงโม ฝรั่ง มะละกอสุก แก้วมังกร			
( ) 5.งดกินขนมหวานจัด ผลไม้กวน/ เชื่อม/แช่อิ่ม น้ำหวาน น้ำอัดลม ลูกอม (ในภาวะปกติ)			
( ) 6. ใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลืองในทำอาหารและใช้ให้น้อยที่สุดแต่ใช้วิธีนึ่ง ต้ม แทน			
( ) 7. งดอาหารประเภท เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก และอาหารใส่กะทิ เนย ครีม หรือน้ำมันหมู			
( ) 8. ใช้น้ำตาลเทียมใส่อาหาร เครื่องดื่ม แทนน้ำตาลทราย น้ำตาลปีบ			
( ) 9. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
( ) 10. เลือกดื่มนมพร่องมันเนย นมไม่มีไขมันหรือโยเกิร์ตรสธรรมชาติ			
( ) 11. ใช้ยาควบคุมโรคเบาหวานตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ			
( ) 12. หาวิธีผ่อนคลายความเครียดเช่น ฝึกสมาธิ มองโลกในแง่ดี ปล่อยวาง เลี่ยงการโต้แย้ง			
( ) 13. มาพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ			

<u>การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง</u>

โรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้แก่ เบาหวาน ความดัน ไขมันสูง

ฉันมี**โรคเบาหวาน** ฉันเลือกที่จะปฏิบัติดังนี้ (สัปดาห์ที่ 3-4)	การทำกิจกรรมใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		สาเหตุที่ทำไม่ได้
	ทำได้	ทำไม่ได้	
( ) 1. กินอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ คือ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ข้าว/แป้ง น้ำมัน/ไขมัน ผัก ผลไม้			
( ) 2. กินอาหารให้เป็นมื้อๆ งดกินอาหารจุกจิกและกินในปริมาณที่พออิ่มเท่านั้น			
( ) 3. กินผักให้มากขึ้นทุกมื้อ			
( ) 4. รับประทานผลไม้ชนิดที่หวานน้อย เช่น แตงโม ฝรั่ง มะละกอสุก แก้วมังกร			
( ) 5. งดกินขนมหวานจัด ผลไม้กวน/ เชื่อม/แช่อิ่ม น้ำหวาน น้ำอัดลม ลูกอม (ในภาวะปกติ)			
( ) 6. ใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลืองในทำอาหารและใช้ให้น้อยที่สุดแต่ใช้วิธีนึ่ง ต้ม แทน			
( ) 7. งดอาหารประเภท เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก และอาหารใส่กะทิ เนย ครีม หรือน้ำมันหมู			
( ) 8. ใช้น้ำตาลเทียมใส่อาหาร เครื่องดื่ม แทนน้ำตาลทราย น้ำตาลปีบ			
( ) 9. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
( ) 10. เลือกดื่มนมพร่องมันเนย นมไม่มีไขมันหรือโยเกิร์ตรสธรรมชาติ			
( ) 11. ใช้ยาควบคุมโรคเบาหวานตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ			
( ) 12. หาวิธีผ่อนคลายความเครียดเช่น ฝึกสมาธิ มองโลกในแง่ดี ปล่อยวาง เลี่ยงการโต้แย้ง			
( ) 13. มาพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ			

<u>การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง</u>

โรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้แก่ เบาหวาน ความดัน ไขมันสูง

ฉันมี**ไขมันในเลือดสูง** ฉันเลือกที่จะปฏิบัติดังนี้ (สัปดาห์ที่ 1-2)	การทำกิจกรรมใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		สาเหตุที่ทำไม่ได้
	ทำได้	ทำไม่ได้	
( ) 1. งดอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง เนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิด กุนเชียง แหนม อาหารทะเลบางชนิด เช่น หอยนางรม ปลาหมึก เป็นต้น			
( ) 2. เลือกกินเนื้อสัตว์ประเภท เนื้อปลา ทุกชนิด ไก่ เป็ด เนื้อ ที่ไม่ติดมัน			
( ) 3. เลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน อาหารทอด เจียว และใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง แทนน้ำมันสัตว์หรือน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ในการปรุงอาหาร			
( ) 4. กินผักให้มากขึ้นและกินผลไม้ที่หวานน้อยทุกมื้อแทนขนมหวาน			
( ) 5. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
( ) 6. รับประทานยาลดไขมันในเลือดตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ			
( ) 7. มาพบแพทย์ตามนัด			
( ) 8.			
( ) 9.			
( ) 10.			
( ) 11.			

<u>การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง</u>

โรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้แก่ เบาหวาน ความดัน ไขมันสูง

ฉันมี**ไขมันในเลือดสูง** ฉันเลือกที่จะปฏิบัติดังนี้ (สัปดาห์ที่ 3-4)	การทำกิจกรรมใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		สาเหตุที่ทำไม่ได้
	ทำได้	ทำไม่ได้	
( ) 1. งดอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง เนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิด กุนเชียง แหนม อาหารทะเลบางชนิด เช่น หอยนางรม ปลาหมึก เป็นต้น			
( ) 2. เลือกกินเนื้อสัตว์ประเภท เนื้อปลา ทุกชนิด ไก่ เป็ด เนื้อ ที่ไม่ติดมัน			
( ) 3. เลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน อาหารทอด เจียว และใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง แทนน้ำมันสัตว์หรือน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ในการปรุงอาหาร			
( ) 4. กินผักให้มากขึ้นและกินผลไม้ที่หวานน้อยทุกมื้อแทนขนมหวาน			
( ) 5. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
( ) 6. รับประทานยาลดไขมันในเลือดตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ			
( ) 7.มาพบแพทย์ตามนัด			
( ) 8.			
( ) 9.			
( ) 10.			
( ) 11.			

การบันทึกข้อมูลสำหรับผู้วิจัย

1. ที่อยู่ปัจจุบัน……

……

2. โทรศัพท์……..

3. บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลท่านเป็นหลัก……

4. เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

สะดวก……

5. **น้ำหนักตัวปัจจุบัน……กิโลกรัม, ส่วนสูง……..เซนติเมตร**

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) =……

น้ำหนักตัวหลังร่วมโครงการ 2 สัปดาห์ ……กิโลกรัม, BMI=……

น้ำหนักตัวหลังร่วมโครงการ 4 สัปดาห์……กิโลกรัม, BMI=……

6. การส่งปรึกษาคลินิกอดบุหรี่

ส่ง

ไม่ส่ง เนื่องจาก……..

……

1.พฤติกรรมการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (สำหรับผู้วิจัย)

1.1 โรคความดันโลหิต

ครั้งที่ 1(ว/ด/ป)……ความดันโลหิต=…… มิลลิเมตรปรอท

ครั้งที่ 2(ว/ด/ป)……ความดันโลหิต=…… มิลลิเมตรปรอท

ครั้งที่ 3 (ว/ด/ป)……ความดันโลหิต=…… มิลลิเมตรปรอท

1.2 โรคเบาหวาน

ครั้งที่ 1 (ว/ด/ป)…… ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร……mg% HbA_{1C} =…...

ครั้งที่ 2 (ว/ด/ป)……ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร……mg% HbA_{1C} =……

ครั้งที่ 3 (ว/ด/ป)… …ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร……mg% HbA_{1C} =……

1.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง

ครั้งที่ 1(ว/ด/ป)……ระดับไขมันแอลดีแอลโคเลสเตอรอล =**……**มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ครั้งที่ 2 (ว/ด/ป)…….ระดับไขมันแอลดีแอลโคเลสเตอรอล =**……**มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ครั้งที่ 3 (ว/ด/ป)……ระดับไขมันแอลดีแอลโคเลสเตอรอล =**……**มิลลิกรัม/เดซิลิตร

2.ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ครั้งที่ 1 เวลาในการเดินออกกำลังกายรวมทั้งหมดในแต่ละครั้งเท่ากับ…. นาที สัปดาห์ละ……. ครั้ง (หลังฝึกเดิน 2 สัปดาห์)

ครั้งที่ 2 ใช้เวลาในการเดินออกกำลังกายรวมทั้งหมดในแต่ละครั้งเท่ากับ…. นาที สัปดาห์ละ……. ครั้ง (หลังฝึกเดิน 2 สัปดาห์)

3.พฤติกรรมการลดสูบบุหรี่/หยุดการสูบบุหรี่

ครั้งที่ 1 ลดจำนวนบุหรี่ได้……มวน ครั้งที่ 2 ลดจำนวนบุหรี่ได้……มวน อื่น

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

เลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (✓)ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของท่าน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1. อายุปัจจุบันของท่าน ……..ปี

2. ท่านนับถือศาสนา

( ) 1. พุทธ ( ) 2. อิสลาม

( ) 3. คริสต์ ( ) 4. อื่น.....

3. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. คู่

( ) 3. หม้าย/หย่า/แยก

4. ท่านจบการศึกษาในระดับใด

( ) 1. ไม่ได้เรียน ( ) 2. ประถมศึกษา

( ) 3. มัธยมศึกษา ( ) 4. ปวช/ปวส/อนุปริญญา

( ) 5. ปริญญาตรี/โท/เอก ( ) 6. อื่นๆ ระบุ

5. ปัจจุบันของท่านทำอาชีพหลักอะไร

( ) 1. ทำนา /ทำสวน ( ) 2. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

( ) 3. ค้าขาย ( ) 4. รับจ้าง

( ) 5. ธุรกิจส่วนตัว ( ) 6. ลูกจ้างบริษัท

( ) 7. ไม่ได้ทำงาน ( ) 8. อื่นๆ ระบุ

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน……..บาท/เดือน (ขอความกรุณาตอบตามความเป็นจริง)

7. ประวัติการสูบบุหรี่/ใบจาก

( ) 1. ไม่เคย ( ) 2. สูบมาประมาณ.....ปี จำนวน……มวน/วัน เลิกมาประมาณ .....ปี

( ) 3. ยังสูบ

8. ความคิดในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ของท่าน **(ตอบข้อนี้เฉพาะสำหรับผู้ที่ยังสูบบุหรี่เท่านั้น)**

( ) 1. ไม่เคยมีความคิด ( )2. เคยมีความคิด และพยายายามเลิกแล้วแต่ทำไม่สำเร็จ

( ) 3. เคยทำไม่สำเร็จแล้วและกลับมาสูบอีกครั้ง

9. ประวัติโรคความดันโลหิตสูง

( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มี เริ่มรักษาเมื่อ พ.ศ…… รักษาโดย( ) ใช้ยา ( ) ไม่ใช้ยา

ค่าความดันโลหิตปัจจุบัน=…….mmHg

9.ประวัติโรคเบาหวาน

( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มี เริ่มรักษาเมื่อ พ.ศ.……..รักษาโดย ( ) ใช้ยา ( ) ไม่ใช้ยา

ค่าระดับน้ำตาลในเลือดปัจจุบัน=……mg%

10.ประวัติโรคไขมันในเลือดสูง

( ) 1. ไม่มี ( ) 2.มี เริ่มรักษาเมื่อ พ.ศ.……..รักษาโดย ( ) ใช้ยา ( ) ไม่ใช้ยา

ค่าระดับไขมันในเลือดปัจจุบัน=……mg/dl

11.ท่านมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังเพิ่มเติมหรือไม่

( ) ดื่มเหล้า ( ) น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน (BMI=……..)

( ) ไม่มี

12. ระยะเวลาที่ท่านการได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง……ปี

( ) 1. 0-<2ปี ( ) 2. 2-5ปี

( ) 3. มากกว่า5ปี

12. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านความรู้สึกปวดขามากที่สุดอยู่ในระดับ

(ท่านสามารถเลือกใช้แบบประเมินความปวดตามที่ท่านสะดวก)

<u>แบบที่ 1</u>

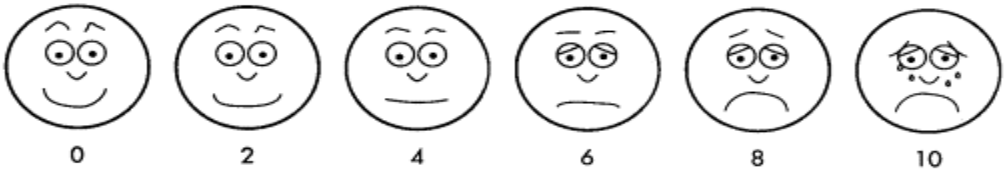
---

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่ปวด ปวด ปวดมากที่สุด

ปานกลาง

<u>แบบที่ 2</u>



ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดพอทน ปวดมาก ปวดมากที่สุด ปวดเลวร้ายที่สุดในชีวิต

13. ระดับความรุนแรงของโรค (วัดจากค่า ABI) (ผู้วิจัยทำการบันทึกด้วยตนเอง)

( ) ขาขวา…… ( ) ขาซ้าย……

ส่วนที่ 2แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง

พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง หมายถึง ระดับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังปฏิบัติ ประกอบด้วย การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง) การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมายลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของท่าน

ทำบ่อยมาก	หมายถึง	กิจกรรมนั้นปฏิบัติเป็นประจำทุกวันใน 1 สัปดาห์
ทำบ่อย	หมายถึง	กิจกรรมนั้นปฏิบัติอย่างน้อย 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ทำบางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นปฏิบัติอย่างน้อย 3-4 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ทำน้อย	หมายถึง	กิจกรรมนั้นปฏิบัติอย่างน้อย 1 -2 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ไม่ได้ทำ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นไม่ได้ปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์

ตัวอย่าง

ข้อความ	ทำบ่อยมาก	ทำบ่อย	ทำบางครั้ง	ทำน้อย	ไม่ได้ทำ
ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ		✓			

ตัวอย่างข้างต้น ผู้ตอบทำเครื่องหมาย(✓) ในช่อง “ทำบ่อย” แสดงว่า ผู้ปฏิบัติอย่างน้อย 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์

ข้อ	พฤติกรรมสุขภาพ	ทำบ่อยมาก	ทำบ่อย	ทำบางครั้ง	ทำน้อย	ไม่ได้ทำ	สำหรับผู้วิจัย
1.	**พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง** 1.1 ฉันรับประทานอาหารในปริมาณที่พออิ่มเท่านั้น						
	1.2 ฉันรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลน้อย เช่น แตงโม มะละกอ นมรสจืด เป็นต้น						
	1. 3……..						
	1.4 ……..						
	1.5 ……..						
	1.6 ……						
	1.7 ……..						
	1.8 ……..						
	1.9 ……..						
	1.10……						
	1.11 ……...						
	1.12 ……...						
	1.13 ……...						
	1.14 ……...						
	1.15 ……...						
2	**พฤติกรรมการออกกำลังกาย** 2.1 ฉันออกกำลังกายโดยการฝึกเดินให้ได้ความเร็ว 3-5 นาทีแล้วรู้สึกปวดขา						
	2.2 ……...						
	2.3 ……...						

ข้อ	พฤติกรรมสุขภาพ	ทำบ่อยมาก	ทำบ่อย	ทำบางครั้ง	ทำน้อย	ไม่ได้ทำ	สำหรับผู้วิจัย
3	**พฤติกรรมการลด/หยุดสูบบุหรี่** 3.1 ฉันไม่มีความต้องการสูบบุหรี่						
	3.2 ฉันมีความต้องการในลด/หยุดสูบบุหรี่ **(ตอบข้อนี้เฉพาะสำหรับผู้ที่ยังสูบบุหรี่เท่านั้น)**						
	3.3 ……..						

ภาคผนวก จ
ใบการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มควบคุม)

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม ขณะนี้กำลังศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะต้องตอบคำถามในแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเป็นจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 คือครั้งแรกที่พบผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย และครั้งที่ 2 ประมาณ 1 เดือนหลังจากพบผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะนัดพบท่านตรงกับวันที่แพทย์นัดพบท่านหรือการโทรศัพท์ติดตามอาการหากยังไม่ถึงวันนัด ท่านที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน และไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในรูปผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอบคุณในความร่วมมือ

นางสาว รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม
ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจการพิทักษ์สิทธิ์ของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้นเป็นอย่างดีและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมวิจัย
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก……..

ใบการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มทดลอง)

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาว รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม ขณะนี้กำลังศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะต้องตอบคำถามในแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเป็นจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 คือครั้งแรกที่พบผู้วิจัย และครั้งที่ 2 ประมาณ 1 เดือน หลังจากพบผู้วิจัยโดยการพบกับผู้วิจัยจะตรงกับวันที่แพทย์นัดพบท่านหรือการโทรศัพท์ติดตามอาการหากยังไม่ถึงวันนัด และขอความร่วมมือท่านในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นครั้งละ30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 3 ครั้ง ซึ่งโดยกิจกรรมจะประกอบด้วย การให้ความรู้ และฝึกทักษะในการจัดการตนเองสำหรับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันด้วยตนเอง พร้อมกับได้รับแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ซึ่งการจัดการกิจกรรมดังกล่าวจะใช้การพบปะผู้วิจัยในครั้งแรก สำหรับในครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 จะใช้การติดตามทางโทรศัพท์หากไม่ตรงกับวันที่แพทย์นัดพบท่าน ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน และหากท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในรูปผลการวิจัยทั้งนั้น ผู้วิจัยขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอบคุณในความร่วมมือ

นางสาว รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจการพิทักษ์สิทธิ์ของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้นเป็นอย่างดีและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก……..

ภาคผนวก ฉ
ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. การทดสอบการกระจายข้อมูลของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	standardized	
	Skewness	Kurtosis
กลุ่มควบคุม		
ก่อนทดลอง	.80	.26
หลังการทดลอง	.15	.55
กลุ่มทดลอง		
ก่อนทดลอง	.90	.39
หลังการทดลอง	1.75	.08

SE ของ Skewness = .580, Kurtosis = 1.12

2. ทดสอบความแปรปรวนภายในกลุ่มของชุดข้อมูลค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	Levene's test	
	F	Sig
ก่อนการทดลอง	.02	.88
หลังการทดลอง	4.59	.04

ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ (ต่อ)

3. การทดสอบการกระจายข้อมูลของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน	standardized	
	Skewness	Kurtosis
การลดหรือหยุดสูบบุหรี่		
กลุ่มควบคุม		
ก่อนทดลอง	.51	.90
หลังการทดลอง	2.20	2.27
กลุ่มทดลอง		
ก่อนทดลอง	1.46	.01
หลังการทดลอง	1.82	.08
การควบคุมที่โรคเป็นปัจจัยเสี่ยง		
กลุ่มควบคุม		
ก่อนทดลอง	.55	.41
หลังการทดลอง	.12	.53
กลุ่มทดลอง		
ก่อนทดลอง	.41	.42
หลังการทดลอง	1.75	1.35
การออกกำลังกาย		
กลุ่มควบคุม		
ก่อนทดลอง	1.98	.35
หลังการทดลอง	.98	1.17
กลุ่มทดลอง		
ก่อนทดลอง	2.87	.80
หลังการทดลอง	4.01	.39

SE ของ Skewness = .580, Kurtosis = 1.12

ภาคผนวก ช

ตารางนำเสนอผลการวิจัย (เพิ่มเติม)

ตารางที่ 1

ค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรวมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (N =30)

ลำดับที่	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)			
	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	53	60	65	80
2	67	67	58	90
3	67	73	67	89
4	74	77	67	81
5	74	71	79	88
6	84	82	74	84
7	68	79	62	100
8	72	77	65	89
9	68	70	53	87
10	71	79	79	92
11	80	67	72	100
12	71	82	71	99
13	66	71	59	97
14	61	64	64	93
15	75	80	66	99

ภาคผนวก ซ

เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัย

SUB.EC 53-261-19-6-3

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา 90110

หนังสือรับรองนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง
หัวหน้าโครงการ : นางสาวรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม
ภาควิชา/คณะ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองจากคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากเวชระเบียนและสิ่งส่งตรวจจากร่างกายมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ 5 กรกฎาคม 2553

.....ประธานอนุกรรมการ
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์วีระพล จันทร์ดียิ่ง)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ภาคผนวก ฌ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. อาจารย์นายแพทย์ บุญประสิทธิ์ กฤตย์ประชา	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. อาจารย์นายแพทย์ ธนาคม เปรมประภา	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิสระมาลัย	ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชิณวงศ์	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. นางนภาศิริ โชติแก้ว	ห้องทำแผลฉีดยา ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5110421055

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2539

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา