

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคแผลเป็บติค (Peptic Ulcer Disease: PUD หรือ Acid Peptic Disorder) เป็นคำที่ใช้เรียกกลุ่มอาการของโรคที่ทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหารส่วนต้น (the Upper Gastrointestinal tract) จำแนกเป็น 2 ชนิด คือแผลเฉียบพลัน (Acute ulcer) และแผลเรื้อรัง (Chronic peptic ulcer) ซึ่งแบ่งตามตำแหน่งแผลเป็นแผลกระเพาะอาหาร (Gastric ulcer หรือ GU) และแผลดูโอดีนัม (Duodenal ulcer หรือ DU) เริ่มพบครั้งแรกก่อนศตวรรษที่ 19 ปัจจุบันพบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่ง ในแต่ละปีประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยแผลเป็บติครายใหม่ประมาณ 5 แสนราย และ 4 ล้านรายที่กลับเป็นซ้ำ (Kurata, 1989; Munnangi, & Everhart, 1997 cited in Valle et al., 2003) สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคแผลเป็บติคเป็นสาเหตุอันดับที่ 11 ใน 20 อันดับแรกของการเข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี พ.ศ. 2537 – 2541 มีอัตรา 145.5, 144.8, 170.0, 177.0 และ 172.6 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาพรธรรม, 2543) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยแผลเป็บติคที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมักได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แต่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล มักเป็นกลุ่มผู้ป่วยแผลเป็บติคที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะตกเลือด กระเพาะอาหารทะลุ และลำไส้อุดตัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีประวัติแผลเป็บติคมานาน (ศศิประภา บุญญพิสิฐ, 2539) โดยเฉพาะภาวะตกเลือดเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยแผลเป็บติค (Graham, 1989 cited in Valle et al., 2003) ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีอาการของโรคมานานไม่น้อยกว่า 1 ปี (อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ, 2536) ภาวะตกเลือดมีอัตราตายโดยรวมสูงถึงร้อยละ 6-7 ยิ่งกว่านั้นในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี จะมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าคนหนุ่มสาวถึง 20 เท่า (Bown, 1991 อ้างถึงใน ปรีชา กิตติคุณ, 2541) สำหรับกระเพาะอาหารทะลุนั้น ในต่างประเทศพบได้ร้อยละ 7 และภาวะลำไส้อุดตัน พบได้ร้อยละ 2 ของผู้ป่วยแผลเป็บติค (Valle et al., 2003) ในประเทศไทยโดยทั่วไปมีอัตราตายจากภาวะแทรกซ้อนโดยรวมประมาณร้อยละ 10 ถ้าจำเป็นต้องผ่าตัดแก้ไขอัตราตายจะสูงถึงร้อยละ 25 ยิ่งถ้ามีโรคประจำตัวร่วมอยู่ด้วยอัตราตายจะสูงถึงร้อยละ 40 – 60 (สมบุรณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์, 2541) นอกจากนี้ผู้ป่วยแผลเป็บติคที่มีภาวะแทรกซ้อนแม้ว่าจะได้รับการผ่าตัดแล้ว ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดได้อีกหลายชนิด ในสหรัฐอเมริกาต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยแผลเป็บติค 5.65 พันล้านดอลลาร์ต่อปี (Sonnenberg & Everhart, 1997) สำหรับผู้ป่วยแผลเป็บติคที่มีภาวะแทรกซ้อนนั้นพบว่าค่าเฉลี่ยวันอยู่รักษาในโรงพยาบาลจะสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนถึง 3 เท่า และค่ารักษาจะสูงกว่าถึงเกือบ 6 เท่า ผลที่ตามมาคือบุคลากรทีมสุขภาพต้องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนนานขึ้น สิ้นเปลืองวัสดุ อุปกรณ์ และยามากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวและกลับเข้าทำงานได้ช้ากว่าที่ควรจะเป็น (สมบุรณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์, 2541)

สำหรับสาเหตุของแผลเป็บติคเฉียบพลัน คือ ภาวะที่ร่างกายตกอยู่ในภาวะ stress อย่างรุนแรง ส่วนสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดแผลเป็บติคเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามีปัจจัยหลายๆ ประการ ได้แก่ การเสียสมดุลระหว่างภาวะที่ทำให้เกิดการหลั่งกรดสูง (Aggressive factors) กับภาวะที่ป้องกันการทำลายและซ่อมแซมเนื้อเยื่อกระเพาะอาหารที่ถูกทำลาย (Defensive factors) ปัจจัยร่วมที่พบ ได้แก่ ค่อมไร้ท่อ ภาวะเครียด พันธุกรรม และการมีโรคประจำตัว ในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมาได้เป็นที่ยอมรับกันว่าสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคนี้คือ การติดเชื้อ *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) ที่เยื่อกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ยังพบว่าแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับเกิดแผลเป็บติคเช่นกัน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารรสจัด การดื่มชาและกาแฟ รวมถึงการใช้ยา non-steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs) มีรายงานที่พบความแตกต่างในแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยแผลเป็บติคในต่างประเทศโดยในแอฟริกา และอินเดียตอนใต้ จะพบอุบัติการณ์ของ GU ต่ำมาก แต่ในบางแห่งกลับพบสูง เช่นในญี่ปุ่น บริเวณเทือกเขาแอนเดสในเปรู โดยแทบจะพบแต่แผลในเฉพาะ GU เท่านั้น (อุกฤษณ์ เปล่งวาณิช & อรพรรณ ชินะภัก, 2536) นอกจากนี้ เซอร์โรเบิร์ต แมคคาร์ลิน ผู้เคยเป็นหมอรักษานานพื้นเมืองฮันซาในอินเดียตอนเหนือ รายงานว่าไม่พบผู้ป่วยเป็นโรคกระเพาะ โรคไตและโรคหัวใจ ตลอดระยะเวลา 9 ปีของการทำงานที่นั่น ทั้งนี้เป็นเพราะชาวฮันซาได้รับประทานแต่ผัก เนย ผลไม้ นม และข้าวหยาบๆ ส่วนเนื้อรับประทานบ้างเฉพาะงานเทศกาล ชาวฮันซายังอยู่อย่างสงบไม่วุ่นวาย ลักษณะการรับประทานอาหารและการปลอดจากความเครียดจึงมีผลให้ชาวฮันซาไม่เป็นโรคแผลในกระเพาะ (ภาณุ อัมพรนุพชา, 2545) สำหรับประเทศไทยนั้น จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2538 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาพรรณ, 2543) เมื่อนำข้อมูลการเจ็บป่วยของสตรีวัยกลางคนพิจารณาจำแนกตามภาคพบว่า สตรีภาคอีสานเป็นโรคแผลกระเพาะอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 18.3) สอดคล้องกับรายงานกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 พบผู้ป่วยแผลเป็บติคในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอันดับหนึ่ง โดยพบ 38,275 ราย คิดเป็นอัตรา 185.71 ต่อประชากรแสนคน

การศึกษาในผู้ป่วยแผลเป็บติคในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งจะศึกษาเฉพาะในภาคกลางและภาคตะวันออก (สุตาพรรณ ควรสถาพรทวี และคณะ, 2535; อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ, 2536; วริยา วชิราวัจน์ และคณะ, 2538; สุวคนธ์ ทองคอนบม, 2541) ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบการศึกษาของผ่องเพ็ญ ตระกูลขจรศักดิ์ (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการจำแนกกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคแผลเป็บติคและสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่เป็นโรคแผลเป็บติค อำเภอฝาง จังหวัดขอนแก่น หากแต่เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้หญิงที่ป่วยด้วยแผลเป็บติคมาไม่เกิน 6 เดือน นอกจากนี้การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยแผลเป็บติคที่มีภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยา NSAIDs และยาสเตียรอยด์ และศึกษาเฉพาะวิธีการรักษาทางศัลยกรรมของแพทย์เท่านั้น (พิจารณ์ คำทอง, 2536; ปรีชา กิตติคุณ, 2541; มณฑิเร ผ่องสมบัติ, 2541; สมบูรณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์, 2541) ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคแผลเป็บติคจะเกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แบบแผนชีวิตดังกล่าวเป็นพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลซึ่งกระทำจนเป็นกิจวัตรประจำวันส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ซึ่งสะท้อนทัศนคติและค่านิยมของบุคคลหรือวัฒนธรรมทั้งในเรื่องที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณีด้านสุขภาพส่วนบุคคล ค่านิยมทางสังคม และองค์กรทางสังคม (WHO,

1981 อ้างถึงใน ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา, 2541) จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยแผลเปื้อนติดเชื้อที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาล ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการผู้ป่วยทั้งในจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดใกล้เคียงในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นอกจากนี้ยังพบผลการศึกษาในผู้ป่วยแผลเปื้อนติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลเช่นกัน ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งสอดคล้องและแตกต่างกันไป (สุดาพรรณ ควรสถาพรทวี และคณะ, 2535; อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ, 2536; วริยา วชิราวัฒน์ และคณะ, 2538; สุวคนธ์ ทองคอนบม, 2541) ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543) และยังเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย (Pender, 1996; 2002) อีกทั้งมีส่วนเกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตของแต่ละบุคคล การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยแผลเปื้อนติดเชื้อที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือแล้วข้างต้น หากการศึกษานี้มีบริบทที่ต่างออกไป ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ เพศ การศึกษา ฐานะการเงิน อาชีพ และระยะเวลาการเจ็บป่วยร่วมด้วย นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งเน้นเฉพาะข้อมูลที่สามารถวัดพฤติกรรมของผู้ป่วยออกมาเป็นตัวเลขเท่านั้น ผู้วิจัยเชื่อว่าผลการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการศึกษาครั้งนี้ จะช่วยให้เข้าใจถึงแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้อย่างชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากการพิจารณา และการวิเคราะห์นั้นจำเป็นต้องศึกษาให้ละเอียดมองในหลายแง่มุมเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่หลากหลาย เมื่อนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาอธิบายร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ ส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2. กรอบแนวคิดของการวิจัย

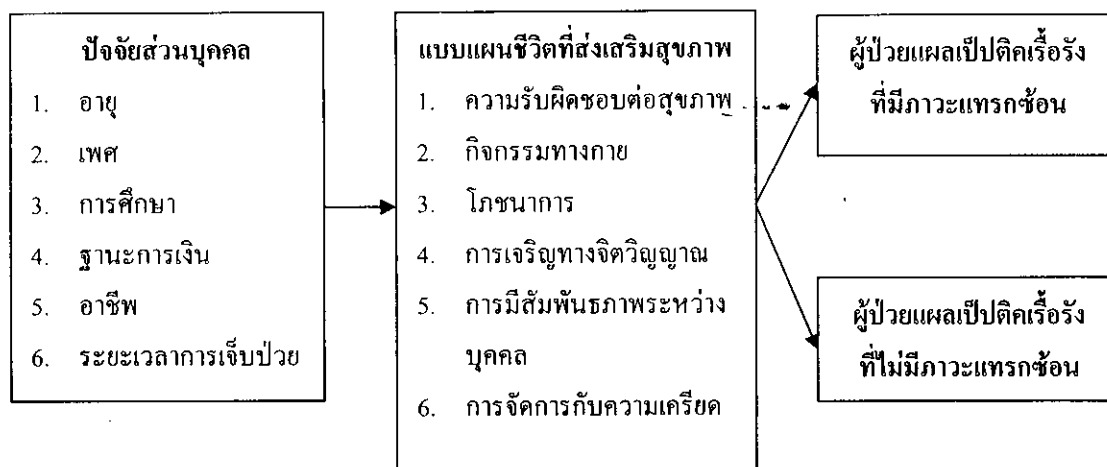
การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยแผลเปื้อนติดเชื้อที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากสุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อมทั้งหมด Pender (2002) กล่าวถึงปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ว่าเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย โดยการศึกษาได้ตรงตามธรรมชาติ ในรูปแบบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยแผลเปื้อนติดเชื้อจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ 1) อายุ ซึ่งอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ การตัดสินใจ และความสามารถในการกระทำกิจกรรมทางสุขภาพ 2) เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความแตกต่างในด้านค่านิยม 3) การศึกษา เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถคิดพิจารณา สถานการณ์ของตนเองได้ สามารถรับฟังข้อมูลข่าวสารได้อย่างเข้าใจ และสนใจศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง 4) ฐานะการเงิน ซึ่งผู้ที่มีรายได้สูงหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสติดต่อสื่อสารกับสังคม เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ให้กับตนเอง โอกาสแสวงหาสิ่งที่ตนสนใจหรือสนใจตนเอง รวมทั้งเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย 5) อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลตัวหนึ่ง ซึ่งมีผลต่อการจัดแบ่งเวลาในการพักผ่อน และทำกิจกรรมต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพ และ 6) ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว

เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง ยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดีขึ้น

นอกจากนี้การเกิดโรคแผลเป็บติกระหว่างยังเกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ สำหรับแนวคิดของ Walker et al. (1987) กล่าวถึงแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพว่า คือการกระทำและรับรู้ของบุคคล เพื่อที่จะคงไว้หรือส่งเสริมให้เกิดความผาสุก ความรู้สึกรักคุณค่าและความสุขสมบูรณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ประกอบด้วยความเอาใจใส่ต่อสุขภาพ พบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ รวมถึงการค้นหาและสนใจในความผิดปกติของร่างกายตนเองที่อาจเกิดขึ้น 2) กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย มีการปฏิบัติในกิจกรรมที่เบาหรือปานกลางเป็นประจำ โดยส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมยามว่าง 3) โภชนาการ (Nutrition) จะเกี่ยวข้องกับความรู้ในการเลือกและการบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อการยังชีพ และสุขภาพ 4) การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) จะมุ่งไปที่การพัฒนาจิตของบุคคล โดยผ่านสิ่งที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ การติดต่อ และการพัฒนา 5) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) เป็นการวางเงื่อนไขในการติดต่อสื่อสาร เพื่อส่งเสริมความรู้สึกรักของความสัมพันธ์อันลึกซึ้ง และความใกล้ชิด รวมถึงการแบ่งปันความคิด ความรู้สึก ก่อให้เกิดทั้งการให้และการรับ และ 6) การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นการกระทำเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียด การพักผ่อนอย่างเพียงพอ

การมีแบบแผนชีวิต และรูปแบบการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลมีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคคล การมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Life Styles) ถือว่าเป็นการพัฒนาให้ถึงศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว และชุมชน (จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) อันเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคล โรคแผลเป็บติเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถในการปรับตัวและเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง การที่ผู้ป่วยมีปัจจัยส่วนบุคคล และแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยแผลเป็บติมีภาวะแทรกซ้อน จากกรอบแนวคิดดังที่กล่าวมาข้างต้น สามารถแสดงถึงสิ่งที่ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาในครั้งนี้ คือความแตกต่างของแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 มิติ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การเจริญทางจิตวิญญาณ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ฐานะการเงิน อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยแผลเป็บติเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังแสดงในแผนภูมิ ต่อไปนี้

กรอบแนวคิดของการวิจัย



3. คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยแผลเป็บติคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างไร

4. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยแผลเป็บติคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

4.2 เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้ป่วยแผลเป็บติคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

5. สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยแผลเป็บติคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยแผลเป็บติคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

6. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยแผลเป็บติคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Lifestyle Profile II) ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การเจริญทางจิตวิญญาณ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด รวมทั้งศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ฐานะการเงิน อาชีพ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยแผลเป็บติคเรื้อรังที่มี

ภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิที่ให้บริการผู้ป่วยทั้งในจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดใกล้เคียงในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเมษายน พ.ศ. 2548

7. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

7.1 ผู้ป่วยแผลเปpticเรื้อรัง

7.1.1 ผู้ป่วยแผลเปpticเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน

คำจำกัดความเชิงทฤษฎี หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นแผลเปpticเรื้อรัง ทั้งแผลกระเพาะอาหาร (Gastric ulcer หรือ GU) และหรือแผลดูโอดินัม (Duodenal ulcer หรือ DU) จากประวัติอาการและอาการแสดง การตรวจทางรังสี หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลเปptic ได้แก่ ภาวะเลือดออก กระเพาะทะลุ และลำไส้อุดตัน

คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นแผลเปpticเรื้อรัง แผลเปptic แผลกระเพาะอาหาร หรือแผลดูโอดินัม โดยได้รับการรักษามาไม่น้อยกว่า 1 ปี ร่วมกับการมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะเลือดออก กระเพาะทะลุ และลำไส้อุดตัน อาจเป็นผู้ป่วยรายใหม่ หรือผู้ป่วยรายเก่าที่เคยมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

7.1.2 ผู้ป่วยแผลเปpticเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำจำกัดความเชิงทฤษฎี หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นแผลเปpticเรื้อรัง ทั้งแผลกระเพาะอาหาร (Gastric ulcer หรือ GU) และหรือแผลดูโอดินัม (Duodenal ulcer หรือ DU) จากประวัติอาการและอาการแสดง การตรวจทางรังสี หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลเปptic ได้แก่ ภาวะเลือดออก กระเพาะทะลุ หรือลำไส้อุดตัน

คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นแผลเปpticเรื้อรัง แผลเปptic แผลกระเพาะอาหาร หรือแผลดูโอดินัม โดยได้รับการรักษามาไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยไม่มีอาการของภาวะแทรกซ้อนจากแผลเปptic เช่น อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายอุจจาระดำ เป็นต้น

7.2 ปัจจัยส่วนบุคคล

คำจำกัดความเชิงทฤษฎี หมายถึง คุณลักษณะสำคัญของบุคคล

คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ หมายถึง องค์ประกอบหรือคุณลักษณะสำคัญของผู้ป่วยแผลเปpticเรื้อรังแต่ละบุคคล ได้แก่

- 1) อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ป่วยในปัจจุบัน แบ่งออกเป็นอายุต่ำกว่า 18 ปี 18-39 ปี 40-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป
- 2) เพศ หมายถึง ผู้ป่วยแผลเปpticเรื้อรังเพศหญิง หรือเพศชาย
- 3) การศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา และอุดมศึกษาหรือสูงกว่า

4) ฐานะการเงิน หมายถึง รายได้ต่อเดือนของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย แบ่งออกเป็น เพียงพอมีเหลือเก็บ เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ และไม่เพียงพอ

5) อาชีพ หมายถึง การปฏิบัติงานประจำ ซึ่งได้รับค่าตอบแทน หรือเป็นภาระงานที่ต้องรับผิดชอบโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งในการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

(1) กลุ่มปฏิบัติงานที่มีกำหนดเวลาแน่นอน ได้แก่ อาชีพรับจ้าง ทำงานบริษัท หรือ รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ และนักเรียนนักศึกษา

(2) กลุ่มปฏิบัติงานที่มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน ได้แก่ อาชีพค้าขาย อาชีพอิสระ ทำไร่ ทำนา ทำสวน แม่บ้าน

6) ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคแผลเป็บติค จนถึงปัจจุบัน คิดเป็นจำนวนเต็มของปี ซึ่งจะแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 1-5 ปี 6-10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไป

7.3 แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health – Promoting Lifestyles)

ค่านิยมเชิงทฤษฎี หมายถึง พฤติกรรมหรือลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตที่ประพฤติเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อที่จะคงไว้หรือส่งเสริมความสุขสมบูรณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล (Walker et al., 1987)

ค่านิยมเชิงปฏิบัติการ หมายถึง พฤติกรรมหรือลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตที่ผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคที่ประพฤติเป็นประจำในปัจจุบัน ซึ่งได้ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ สุวคนธ์ ทองดอนบม (2541) และศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ตามแบบวัดแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health – Promoting Lifestyle Profile: HPLP II) ตามแนวคิดของ Walker et al. (1995) ประกอบด้วยแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านคือ

1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) หมายถึง ความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด

2) กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายหรือกิจกรรมที่เสริมสร้างสมรรถภาพร่างกายในแต่ละวัน และในแต่ละสัปดาห์

3) โภชนาการ (Nutrition) หมายถึง การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และได้รับสารอาหารครบถ้วน หลีกเลี่ยงการใช้น้ำและเครื่องดื่มที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

4) การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตของบุคคล การแสวงหาแนวทางในการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมาย เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจและความสงบสุขในชีวิต

5) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) หมายถึง การพบปะ และการติดต่อกับบุคคลอื่น ทั้งการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง ก่อให้เกิดทั้งการให้และการรับ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกต่อกัน เพื่อทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ

6) การจัดการกับความเครียด (Stress Management) หมายถึง กิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดต่างๆ รวมถึงการพักผ่อนนอนหลับ และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางให้นักลากรในทีมสุขภาพ นำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยแผลเป็ปติกเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านได้อย่างเหมาะสมของแต่ละบุคคล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับนักวิจัยในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยแผลเป็ปติกเรื้อรังในประเด็นอื่นๆ ต่อไป