

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยแผลเปปติกเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้คือ แผลเปปติกเรื้อรัง ปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แผลเปปติกเรื้อรัง (Chronic peptic ulcers)

1.1 คำจำกัดความ

แผลเปปติก หมายถึง แผลที่เกิดขึ้นในเยื่อทางเดินอาหารเฉพาะส่วนที่สัมผัสกับน้ำย่อยที่มีกรดจากกระเพาะอาหาร ซึ่งได้แก่ บริเวณหลอดอาหารช่วงล่าง (lower esophagus), กระเพาะอาหาร (stomach), ลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum & jejunum) นอกจากนี้อาจพบในบริเวณที่มีเยื่อบุกระเพาะอาหารนอกตำแหน่งปกติ (ectopic gastric mucosa) เช่นที่ Meckel's diverticulum (ศศิประภา บุญญพิสิฐ, 2539) นอกจากนี้อาจเรียกว่า “โรคกระเพาะอาหาร” ซึ่งเป็นคำที่ใช้เรียกกลุ่มอาการของโรคที่ทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหารส่วนต้น (the Upper Gastrointestinal tract) (ภาณุ อัมพรบุพชา, 2545) ปัจจุบันมีชื่อเรียกต่างออกไป เช่น Peptic Ulcer Disease (PUD) (Spechler, 2002 ; David, 2003) และ Acid Peptic Disorders (Valle et al., 2003)

1.2 การจำแนกชนิด

แผลเปปติกจำแนกเป็น 2 ชนิด คือ

1) แผลเฉียบพลัน (Acute ulcer) ซึ่งเกิดในภาวะที่ร่างกายตกอยู่ในภาวะ Stress อย่างรุนแรง เช่น หลังเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุทางสมอง ภาวะการติดเชื้ออย่างรุนแรง หรือภาวะอวัยวะภายในล้มเหลว (Multiple organ failure) ลักษณะเป็นแผลตื้น มักพบหลายแผล โดยทั่วไปจะเป็นอยู่ไม่เกิน 6 สัปดาห์ มีชื่อต่างๆ กันเช่น Stress ulcer, Cushing ulcer, Curling ulcer เป็นต้น

2) แผลเรื้อรัง (Chronic peptic ulcer) แผลจะกินลึก ลักษณะเป็นแผลเรื้อรังมีขอบแผลนูน เมื่อแผลหายจะคงมีลักษณะเป็นแผลเป็น (scar) เหลืออยู่ แบ่งตามตำแหน่งแผลเป็น แผลกระเพาะอาหาร (Gastric ulcer หรือ GU) และแผลดูโอดีนัม (Duodenal ulcer หรือ DU)

1.3 สาเหตุและพยาธิกำเนิด

สำหรับสาเหตุที่แท้จริงของการเกิด chronic peptic ulcer ยังไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่ามียปัจจัยหลายๆ ประการ และกลไกของพยาธิกำเนิดที่ซับซ้อน แต่เมื่อนำมาพิจารณาารวมกันแล้วจะได้ผลลัพธ์ว่าเป็นการเสียสมดุลระหว่างภาวะที่ทำให้เกิดการหลังกรดสูง (Aggressive factors) ที่มีผลทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหาร ได้แก่ กับ ภาวะที่ป้องกันการทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหาร (Defensive factors) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ Helicobacter pylori (H. pylori) ซึ่งได้มีการค้นพบแบคทีเรียชนิดนี้ว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิด

กระเพาะอาหารอักเสบ แผล GU และแผล DU เมื่อปี 2526 (Warren et al., 1983 อ้างถึงใน ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539) ในประเทศไทยมีรายงานการติดเชื้อนี้ร้อยละ 50 – 60 ในช่วงอายุ 10 ปี และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 75 ในช่วงอายุ 30 ปี (Perez et al., 1990; Bodhidatta et al., 1993 อ้างถึงใน รัฐกร วิไลชนม์ และคณะ, 2545) การศึกษาในระยะต่อมาพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของแผลที่ไม่พบการติดเชื้อ *H. pylori* หรือมีประวัติการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ร่วมด้วย ซึ่งเรียกว่า แผลเป็บติคที่ยังไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic ulcer หรือ แผลเป็บติคที่ไม่พบการติดเชื้อ *H. pylori*)

การศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยร่วม (Co – factor) ในผู้ป่วยแผลเป็บติค ได้แก่

1) ค่อมไร้ท่อ มีรายงานว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกระเพาะสูงขึ้นในผู้ป่วยสัปปอร์พาราธัยรอยดิสซึม (ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539; Grossman, 1981 cited in Spechler, 2002) ในหญิงตั้งครรภ์ อาการของโรคกระเพาะอาหารจะลดลง ส่วนหญิงวัยหมดประจำเดือน อาการของแผลโรคกระเพาะอาหารอาจรุนแรงขึ้นได้ (ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539) นอกจากนี้ Insulin ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดเพิ่มขึ้นในกระเพาะอาหารและเพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบของทางเดินอาหาร (ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539; Sun, 1974 อ้างถึงใน จวีวรรณ พุกฤษ์สุนันท์ และคณะ, 2542)

2) Psychosomatic Relationship พบว่าถ้ามีการกระตุ้นบริเวณฮัยโปทาลามัสจะมีการเปลี่ยนแปลงของเลือดมาเลี้ยงกระเพาะอาหาร ทำให้มีการเคลื่อนไหวและการหลั่งน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น (ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539) มีรายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดกับการเกิดแผลเป็บติคในผู้ใหญ่ 4,500 รายในประเทศสหรัฐอเมริกา ติดตามผล 13 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 208 ราย เกิดแผล เป็บติค โดยพบร้อยละ 7 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 4 ในกลุ่มควบคุม (Adami et al., 1987 cited in Valle, et al., 2003) และผลของความเครียดในระดับสูงทำให้มีการหลั่งกรดเพิ่มขึ้น และส่งผลให้เกิดแผล GU (Peters et al., 1983 cited in David et al., 2003) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคแผลเป็บติค ได้แก่ ความเครียดเรื้อรัง (aOR 2.9, $p = 0.01$; 95%CI, 1.3 – 6.5) และประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคแผลเป็บติค (aOR 2.4, $p < 0.03$; 95%CI, 1.1 – 5.1) (Wachirawat, 2001)

3) พันธุกรรม พบรายงานครั้งแรกว่าผู้ที่มียีนเลือดกรุ๊ป O มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผล DU เมื่อปี 1954 และมีการศึกษายืนยันตั้งแต่นั้นมา (Aird, 1954 cited in David et al., 2003) มีรายงานว่าผู้ที่มียีนเลือดกรุ๊ป O ชนิด secretor มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H. pylori* อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ที่มีเลือดกรุ๊ป O ชนิด nonsecretor เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลเป็บติค (Rotter, 1983 cited in Feldman et al., 2002; Dickey et al., 1993 cited in David et al., 2003) นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์สูงในฝาแฝด โดยมีรายงานว่าแผลที่เกิดจากไขใบเดียวกันเกิดแผลเป็บติคสูงกว่าแผลที่เกิดจากไขคนละใบ (Raiha et al., 1998; Grossman, 1981 cited in Spechler, 2002) นอกจากนี้ พบว่าประมาณร้อยละ 20 – 50 ของผู้ป่วยแผล DU มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยแผลเป็บติค (Doll, 1951; McConnell, 1980; Rotter, 1983 cited in Valle et al., 2003)

4) การสูบบุหรี่ พบว่าสารนิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์กระตุ้นให้เกิดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น และเชื่อว่าบุหรี่อาจกดการหลั่ง bicarbonate secretion และลดการหลั่งและการสร้าง prostaglandin E_2 (Bianchi & Parente, 1988; Boonyapisit et al., 1990 อ้างถึงใน ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539) การสูบบุหรี่

ทำให้แผลหายช้า และมีการกลับเป็นซ้ำบ่อยกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H. pylori* ก่อนข้างต่ำ (O'Connor et al., 1995 cited in David et al., 2003; Chan et al., 1997 cited in Spechler, 2002) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากแผลเป็บติคที่สำคัญ (Rogot & Murray, 1980; Piper et al., 1984; Svanes et al., 1997 cited in Spechler, 2002)

5) Alcohol เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดยพบว่า ethanol ขนาดน้อยๆ ประมาณ 5% จะกระตุ้นการหลั่งกรด แต่ถ้าความเข้มข้นสูงๆ จะลดการหลั่งกรด red และ white wine จะกระตุ้น serum gastrin (Lenz et al., 1983 อ้างถึงใน ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539) และพบรายงานว่าอัตราการเกิดแผลเป็บติคจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วย alcoholic cirrhosis (Bonnevie, 1977 cited in Spechler, 2002)

6) Diet อาหารที่รสจัดต่างๆ เช่น พริก ยังไม่มีรายงานแน่ชัดว่าทำให้เกิดแผล นอกจากนี้มีรายงานว่าใช้น้ำละลายพริกใส่ลงในกระเพาะคนไข้ขณะทำ gastroscopy พบมีการอักเสบ และบางรายมีเลือดออก (วิกิจ วีรานูวัตต์ และคณะ, 2518 อ้างถึงใน ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539) เครื่องปรุงต่างๆ เช่น น้ำส้ม เกลือ มาสตาจด์ พริกไทย และซอสมะเขือเทศทำให้น้ำย่อยออกมามากกว่าปกติ อาหารประเภทแป้งและโปรตีน อาหารจำพวกนี้มีฤทธิ์เป็นกรด อาหารหวานที่ใส่น้ำตาล เช่น ขนม น้ำอัดลม และไอศกรีม จะหมักหมมในร่างกายทำให้เกิดกรดในกระเพาะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้กาแฟ ชา และโคล่า ยังมีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งกรด (Cohen & Booth, 1975; McArthur et al., 1982 cited in Spechler, 2002) ซึ่งทั้งเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และดีคาเฟอีน สามารถกระตุ้นการหลั่งกรดได้เหมือนกัน (McArthur et al., 1982 cited in Spechler, 2002) มีรายงานว่าในคนไข้อันเดียว พบมีแผล DU มากกว่าทางตอนเหนือของประเทศ ซึ่งเชื่อว่าอาจจะเกี่ยวกับคนทางใต้รับประทานอาหารที่มีกาก (fiber) น้อยกว่าทางเหนือ (Malhotra, 1978 อ้างถึงใน ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539) นอกจากนี้พบว่าลักษณะการรับประทานอาหาร จุกจิก ไม่ตรงเวลา การรับประทานอาหารเร็วเกินไป และเคี้ยวไม่ละเอียด ทำให้การย่อยอาหารเป็นไปไม่ได้ดี (ภาณุ อัมพรบุพชา, 2545) เซอร์โรเบิร์ต แมคคาร์สัน ผู้เคยเป็นหมอรักษาชนพื้นเมืองฮันซาในอินเดียตอนเหนือ รายงานว่าไม่พบว่าคนที่นี่ป่วยเป็นโรคแผลในกระเพาะ โรคไตและโรคหัวใจ ตลอดระยะเวลา 9 ปีของการทำงานรักษาคคนไข้ที่นี่ ทั้งนี้เป็นเพราะชาวฮันซากินแต่ผัก เนย ผลไม้ นม และข้าวหยาบๆ ส่วนเนื้อกินบ้างเฉพาะงานเทศกาล ชาวฮันซาอยู่อย่างสงบไม่วุ่นวาย ลักษณะการกินอาหารและการปลอดจากความเครียดจึงมีผลให้ชาวฮันซาไม่เป็นโรคแผลในกระเพาะ (ภาณุ อัมพรบุพชา, 2545)

นอกจากนี้พบว่ามีหลายโรคที่เป็นร่วมกับแผลเป็บติคและอาจทำให้การรักษาหายยาก ได้แก่

1) Ischemic heart disease (Grossman, 1981 cited in Spechler, 2002) ในพวกนี้มักจะมีเส้นเลือดแข็งที่อวัยวะทั่วไป เลือดที่ไปเลี้ยงแผลจะน้อยกว่าธรรมดา และเลือดหยุดยกว่าเพราะหลอดเลือดแข็ง ทำให้หลอดเลือดที่ห้ามเลือดได้ยากโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็น myocardial infarction จะทำให้แผลมีอาการมากขึ้นด้วย (จาก hypotension, stress) (ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539)

2) Chronic lung disease พบว่าในคนโรคปอดเรื้อรังจะพบมีแผลเป็บติคมากกว่าในคนปกติ 3 – 5 เท่า (Langman, 1976; Bonnevie, 1977 อ้างถึงใน ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539) อาจพบมากขึ้นถึงร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง (Langman & Cooke, 1976; Kellow et al., 1986; Stemmermann et al., 1989 cited in Spechler, 2002) ในกลุ่มพวกนี้มักจะกลับเป็นซ้ำและรักษาหายยาก

3) Cirrhosis พบผู้ป่วยมีแผล DU มากกว่าคนปกติ 5 – 10 เท่า (Kirk et al., 1989 อ้างถึงใน ศศิประภา บุญญพิธิภู, 2539) และในกลุ่มนี้มักจะมีเลือดออกง่ายกว่าธรรมดา สาเหตุเชื่อว่าจากมี decrease in mucosal resistance จากภาวะทุโภชนาการ การสร้างโปรตีนไม่ดี มี hyperemia ของเยื่อกระเพาะอาหาร จาก portal hypertension ตับเสียจึงไม่สามารถทำลาย gastrointestinal hormone หรือสารบางอย่างที่กระตุ้นการหลั่งกรด ซึ่งดูดซึมจากลำไส้ เช่น histamine ได้ และกลุ่มที่ทำ shunt จะยังเกิดแผลมากขึ้นอีก เวลาที่มีเลือดออกจะหยุดยาก มักจะต้องตามด้วยการผ่าตัดเสมอ นอกจากจะพบว่าผู้ป่วยดังกล่าวเสี่ยงต่อการเกิดแผลเป็ปติคแล้ว ยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลเป็ปติคด้วย (Kirk et al., 1980; Siringo et al., 1995 cited in Spechler, 2002)

4) Chronic renal failure ตลอดจนพวกที่ทำ hemodialysis และหลังทำ transplant (Jones et al., 1978 อ้างถึงใน ศศิประภา บุญญพิธิภู, 2539; Kang et al., 1988 cited in Spechler, 2002 ; Shepherd et al., 1973; Doherty, 1980; Franzin et al., 1982; Kang et al., 1988 cited in David et al., 2003) ในผู้ป่วย uremia มักจะมี angiodysplasia และมีเลือดออกในทางเดินอาหาร และเมื่อทำ scope มักจะพบมี duodenitis ส่วนกลไกการเกิดยังไม่ทราบชัดเจน

5) Pancreatitis ที่เกิดจากการดื่มสุรา มีแผลได้ถึงร้อยละ 12.9 แต่ถ้าจากโรคทางเดินน้ำดีมีเพียงร้อยละ 4.1 เท่านั้น ร้อยละ 77 ของผู้ป่วยที่เกิดแผลร่วมไปกับ pancreatitis ต้องผ่าตัดจากสาเหตุต่างๆ กัน เช่น intractable pain, obstruction, perforation, hemorrhage ภายหลังผ่าตัดพบว่า มี marginal ulcer ได้ถึงร้อยละ 60 และในกลุ่มที่ดื่มสุราจะเป็นสูงกว่าถึง 4 เท่า (ศศิประภา บุญญพิธิภู, 2539)

6) Zollinger – Ellison (Z – E) Syndrome เป็นโรคเนื้องอกชนิดหนึ่งของกลุ่มเนื้อเยื่อชนิดหนึ่งของตับอ่อน (islet cell of pancreas) ทำให้มีการหลั่งกรดที่มากกว่าปกติ เป็นแผลที่บำบัดไม่หายโดยทางยา ต้องอาศัยการรักษาโดยการผ่าตัด (ศศิประภา บุญญพิธิภู, 2539) ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยพบว่ามีแผลเป็ปติคตามมา (Oberhelman, 1972; Stamm et al., 1986 cited in David et al., 2003)

1.4 อาการและอาการแสดงทางคลินิก

อาการต่างๆ ที่จะบ่งชี้ว่าเป็นแผลเป็ปติคมีลักษณะดังนี้

1) ความเรื้อรัง (chronicity) คือ มักเป็นเรื้อรังมานาน เป็นเดือนๆ โดยไม่มีการเสื่อมโทรมของอวัยวะหรือระบบอื่นๆ นอกจากมีภาวะแทรกซ้อน อาการมักจะเกิดเป็นพักๆ ช่วงเวลาที่กำเริบอาจจะเป็นวันหรือสัปดาห์ก็ได้ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการของแผลเป็ปติคแล้วหายไปเป็นเวลานาน อาจจะเป็นปีหรือหลายปีจึงกลับมาเป็นใหม่

2) จังหวะเวลาของการปวด (Daily rhythm) ซึ่งมักจะเกิดขึ้นช่วงระยะเวลาตอนข้างคางที่ของวัน เคยปวดเวลาไหนก็มักจะปวดเวลานั้น เช่น ตอนสายๆ ตอนบ่ายๆ หรือเย็น เป็นต้น การปวดอาจจะมี ความสัมพันธ์กับอาหาร (relation to meal) คือปวดก่อนหรือหลังจากกินอาหาร (early or late post prandial pain) บางรายจะมีจังหวะของการปวดสัมพันธ์กับอาหาร คือ pain – food – relief หรือ food – pain – relief เป็นต้น นอกจากนี้จะมีอาการแบบ hunger pain คือปวดเหมือนหิวอาหารมากๆ อาจจะเป็นปวดเวลาหิวจริง คือตอนท้องว่าง หรือยังรู้สึกปวดอยู่ทั้งๆ ที่กินอาหารไปใหม่ๆ อาการปวดต่างๆ เหล่านี้จะมีอาการแค่ช่วงใดช่วงหนึ่ง และส่วนใหญ่เวลาจะคงที่

3) Night pain พบได้บ่อยในผู้ป่วย DU จะได้ประวัติว่าตอนกลางคืนผู้ป่วยตื่นขึ้นมาแล้วจึงรู้สึกปวด

4) True visceral pain อาการปวดท้องนี้จะไม่รุนแรง ปวดตื้อๆ บริเวณตรงกลาง บางรายมีเพียงอาการของ dyspepsia คือ อึดแน่นเหมือนอาหารไม่ย่อย ผู้ป่วยจะให้ประวัติว่ามีลมแน่นในกระเพาะหรือเวลา กินอาหารเข้าไปแล้วจะแน่นอึดอัด อาการต่างๆ จะทุเลาลงด้วยยาลดกรดหรือเครื่องดื่มน้ำเปรี้ยว โอลิกัน ในทางตรงกันข้ามอาการจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อกินอาหารรสจัด โดยเฉพาะรสเผ็ด หรืออาหารที่ย่อยยาก ยาแก้ปวด (ประเภท ulcerogenic drugs) หรือเมื่อมีความเครียด และสูบบุหรี่จัด เป็นต้น อาการต่างๆ เหล่านี้จะเป็นมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของแผล ขนาดของแผล และโรคแทรกซ้อน

การตรวจร่างกายมักไม่พบผิดปกติ การตรวจหน้าท้องอาจพบกดเจ็บที่บริเวณลิ้นปี่ ถ้าคลำๆ ที่ บริเวณตรงกับ duodenal cap แล้วเจ็บอาจจะเป็นแผลดูโอดินัมทางด้านหลัง ถ้าตรวจหน้าท้องแล้วพบมี guarding และหรือ rigidity แสดงว่ามีภาวะแทรกซ้อน เช่น กระเพาะอาหารทะลุ หรือถ้าพบว่าท้องอืด และ ตรวจพบ splashing sound แสดงว่ามีการอุดตัน เป็นต้น

1.5 ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

1) ภาวะเลือดออก (Hemorrhage) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายมากที่สุด และเป็นสาเหตุ ที่พบได้มากที่สุด ประมาณร้อยละ 27 - 40 ของภาวะตกเลือดของส่วนบนทั้งหมด และประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยแผลเป็ปติก (Graham, 1989 cited in Valle et al., 2003) อุบัติการณ์การเกิดเลือดออกจากแผล GU และแผล DU พบได้เท่าๆ กัน แต่ภาวะเลือดออกจากแผล GU จะรุนแรงกว่าเลือดออกจากแผล DU เพราะมี หลอดเลือดมาเลี้ยงกระเพาะอาหารมากกว่า โดยเฉพาะแผลที่มีขนาดใหญ่กว่า 3 ซม. ภาวะแทรกซ้อนนี้มักพบ หลังจากเกิดอาการของโรคมาไม่น้อยกว่า 1 ปี (อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ, 2536)

อาการแสดงของเลือดออก ได้แก่ 1) อาเจียนเป็นเลือด (hematemesis) ถ้าออกไม่มากจะพบ อาเจียนเป็นเลือดเก่าๆ (coffee ground) ถ้าออกมาก (massive bleeding) สิ่งที่อาเจียนออกมาจะเป็นเลือดสด และลิ่มเลือด 2) ถ่ายมีเลือดปน (melena) ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสีดำเหลว เหนียวแบบน้ำมันดิน มีกลิ่นเหม็น มักจะถ่ายบ่อย และ 3) อาการของ volume depletion และ cerebral hypoxia จากการเสียเลือดโดยเร็ว ผู้ป่วยจะมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เหงื่อแตก เหนื่อย จนอาจจะ shock ถ้าเสียเลือดมาก ถ้าเป็นภาวะ เลือดออกเรื้อรังผู้ป่วยจะซีดแบบขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia)

ในประเทศไทยจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ร.พ.ศิริราช เรื่องเลือดออกจากกระเพาะอาหาร พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้ยาแก้ปวด ซึ่งมีทั้งยากลุ่ม NSAIDs และยาไทยประเภทลูกกลอน ซึ่งมี ผู้นำไปวิจัยพบว่ามี corticosteroid ผสมอยู่ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ใช้แรงงาน มักจะรับประทานทุกวันแก้ปวด เมื่อหลังจากทำงาน ในบางรายอาจจะดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย (ศศิประภา บุญญพิสิฐ, 2539) อัตราตาย ขึ้นกับความรุนแรงของภาวะเลือดออก อายุ และโรคประจำตัว โดยพบว่าเลือดออกจากแผลกระเพาะอาหารมี อัตราการเสียชีวิตมากกว่าเลือดออกจากแผล DU สำหรับอายุของผู้ป่วยนั้นพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีอัตราเสี่ยงมากกว่า นอกจากนี้การมีโรคประจำตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเกี่ยวกับหัวใจ และหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดหัวใจตีบ โรคปอดเรื้อรัง ไตพิการเรื้อรัง ตับแข็ง หรือมีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายของผู้ป่วยเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร (พิศาล ไม้เรียง, 2536)

2) กระเพาะทะลุ (Perforation) หมายถึง แผลลึกและทะลุออกนอกชั้นซีโรซ่า (Serosa) ของผนังกระเพาะอาหาร ถ้าทะลุออก Peritoneal cavity เรียกว่า Perforated แต่ถ้าทะลุเข้าอวัยวะอื่น เช่น pancreas เรียกว่า Penetrated ซึ่งรูทะลุที่เกิดขึ้นขนาดเฉลี่ยประมาณ 5 มิลลิเมตร สำหรับกระเพาะอาหารทะลุ นั้นในต่างประเทศพบได้ร้อยละ 7 ของผู้ป่วยแผลเป็บติค (Valle et al., 2003) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของกระเพาะทะลุมากกว่าการใช้ยา NSAIDs มากกว่าร้อยละ 50 มีประวัติป่วยด้วยแผลเป็บติค ในผู้ป่วยบางรายไม่มีประวัติแผลเป็บติคแต่มีประวัติรับประทานยา NSAIDs มาก่อน (Svanes et al., 1997; Svanes, 2000 cited in Spechler, 2002) กระเพาะทะลุเป็นภาวะฉุกเฉินทางช่องท้องที่ทำให้ผู้ป่วยถึงตายได้จากภาวะช็อก เนื่องจากเยื่อช่องท้องอักเสบ อุบัติการณ์เกิดโรคจะพบในผู้ป่วยชายมากกว่าหญิง การรักษาต้องทำผ่าตัดทันท่วงที

อาการสำคัญของภาวะแทรกซ้อนนี้ คือ มีการปวดจุกลิ้นปี่อย่างทันทีทันใดและรุนแรง อาการปวดท้องจะกระจายจากส่วนบนไปทั่วท้องอย่างรวดเร็ว ถ้ามี content ร่วออกมา ผู้ป่วยมักบอกเวลาของการเริ่มเกิดอาการได้อย่างแม่นยำ อาการปวดจะคงอยู่และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยมักจะนอนนิ่งไม่ค่อยเคลื่อนไหว หน้าท้องเวลาหายใจ ระยะแรกหน้าท้องจะมี boardlike rigidity, loss of liver dullness เมื่อตรวจภาพถ่ายรังสีของปอด (Chest X-ray) จะพบมีลมอยู่ใต้กระบังลม ถ้าตรวจผู้ป่วยหลังจากทะลุหลายชั่วโมงท้องจะแข็งตึงน้อยลงแต่จะมีกดเจ็บทั่วๆ ไป ท้องจะอืดเริ่มมีอาการของ dehydration ถ้าเกิน 12 ชั่วโมง จะมีอาการทาง sepsis หรือ shock (ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539)

3) ลำไส้อุดตัน (Obstruction) หมายถึง ผลจากการอักเสบเรื้อรังของแผลบริเวณลำไส้เล็ก และแอนทรม ทำให้การเคลื่อนไหวของแอนทรมเสียไป ร่วมกับหูรูดไพโรรัสไม่เปิดจากการบวมของเนื้อเยื่อ กลไกในการเกิดอาจเกิดจาก spasm, acute inflammation และ edema หรือ contraction ของ scar tissue ส่วนใหญ่มักจะพบ active ulcer ด้วยมากกว่าที่จะเป็น scar อย่างเดียว

ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวพบร้อยละ 2 ของผู้ป่วยแผลเป็บติค (Valle et al., 2003) ผู้ป่วยมักจะมีประวัติแผลเป็บติคมานาน เมื่อมีอาการของ obstruction จะมีอาการเปลี่ยนของ pain pattern จากปวดมาเป็น epigastric fullness มักมีอาการปวดแน่นมากขึ้นหลังอาหาร โดยเฉพาะหลังอาหารมื้อเย็น อาเจียนแล้วอาการจะดีขึ้น อาเจียนจะเป็นอาหารที่กินไปนานแล้วปริมาณมาก ไม่พบ bile อาการ pain จะเกิดจากการบีบตัวของ stomach ที่จะให้อาหารผ่านบริเวณที่มี obstruction การอักเสบเรื้อรังนี้อาจทำให้ดูโอดินัมมีรูปร่างผิดปกติ (duodenal deformity) บางครั้งผิดรูปร่างมากจนต้องรักษาด้วยการผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องอืดอย่างมาก (Gastric stasis) ซึ่งจะมีผลกระตุ้นการหลั่งกรดอย่างมากด้วย เมื่อผู้ป่วยอาเจียนจะทำให้สูญเสียอิเล็กโตรลัยท์ และเกิดภาวะเสียสมดุลกรดด่างได้อีกด้วย เมื่อตรวจร่างกายจะพบมีอาการขาดน้ำและน้ำหนักลด อาจตรวจพบมี splashing sound (ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539)

1.6 การวินิจฉัยโรค (ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539)

- 1) จากประวัติอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยดังที่กล่าวมาแล้ว
- 2) การตรวจทางรังสี Upper gastrointestinal study ถ้าเป็นแผลกระเพาะอาหารจะพบลักษณะเป็นแผลรูปกลมหรือรูปไข่ ขอบเรียบ แผลจะยื่นเข้าไปในกระเพาะ rugae ของเยื่อบุปกติจะทอดขนานกันไป จะมารวมกันที่บริเวณแผลทำให้เห็นเป็นแฉกๆ คล้ายรูปดาว

3) Endoscopy การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ: Gastroscopy, Duodenoscopy หรือ Panendoscopy ซึ่งอาจตรวจได้ตั้งแต่ esophagus ลงไปจนถึง duodenum ประโยชน์คือ เห็นลักษณะแผลและสามารถตัดชิ้นเนื้อเพื่อแยกระหว่าง benign และ malignant ulcer ได้

4) Gastric function test (acid study) มีหลายวิธี แต่ในบ้านเรานิยม ใช้หาปริมาณกรดโดยวิธี Augmented Histalog test BAO (Basal acid out put) และ MAO (Maximal acid out put) เปรียบเทียบในคนปกติ และผู้ป่วย GU และ DU ตามตำแหน่งต่างๆ

5) การวินิจฉัยเชื้อ H. pylori ในกระเพาะอาหาร อาจทำได้โดย

(1) ส่องกล้องในกระเพาะอาหารแล้วตัดชิ้นเนื้อบริเวณ antrum แล้วหาเชื้อ โดยนำมาย้อมด้วย Haematoxylin and eosin หรือ Giemsa เพื่อดูเชื้อ H. pylori

(2) นำชิ้นเนื้อไปทำการเพาะเลี้ยงเชื้อ วิธีนี้ทำได้ยากแต่จะได้ประโยชน์ในกรณีที่ทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะชนิดต่างๆ

(3) นำชิ้นเนื้อไปทดสอบ Urease test เนื่องจากเชื้อ H. pylori มีเอนไซม์ urease ซึ่งจะสลายยูเรีย ให้เป็นแอมโมเนียซึ่งจะเปลี่ยนสีวุ้นที่อยู่ในสไลด์ที่นำมาทดสอบเป็นสีแดง

1.7 การรักษา (ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539)

แม้ว่าโรคแผลเปปติกเป็นที่รู้จักกันมานานหลายร้อยปีแล้ว และมีการผลิตยาใหม่ๆ มากมาย แต่การรักษาก็ยังคงเป็นปัญหา เนื่องจากไม่ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดแผลต่างๆ ที่ได้มีการศึกษาค้นคว้าในเรื่องนี้อย่างกว้างขวาง การรักษาโรคนี้จึงเป็นการรักษาที่ปลายทาง (Calam, 1985 อ้างถึงใน ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539) คือ การกำจัด acid – pepsin ที่เป็นปัจจัยให้เกิดแผลเรื้อรัง การเพิ่ม mucosal barrier ของกระเพาะอาหารและการแนะนำคนไข้ในการปฏิบัติตัวให้กระเพาะอาหารได้พัก เพื่อให้อาการและแผลหายเร็วขึ้น และในปัจจุบันคงจะต้องคำนึงถึงภาวะติดเชื้อ H. pylori

1) การให้กระเพาะอาหารได้พัก (Physiological Stomach Rest) (อุกฤษณ์ เปล่งวานิช, 2515 ; อุกฤษณ์ เปล่งวานิช และคณะ, 2523 อ้างถึงใน ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539) ซึ่งเป็นหัวใจของการรักษาโดยอาศัยหลักที่ว่า ให้อวัยวะส่วนที่เป็นโรคนั้นได้รับการพักมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลักการประกอบด้วย

(1) ให้จิตสงบ (mental rest) ถ้าได้พ้นจากภาวะรบกวนต่างๆ ทางด้านจิตใจแล้วอาการต่างๆ จะดีขึ้นโดยเร็ว การให้ยาประเภทรงับประสาทและยากล่อมประสาท (sedatives and tranquilliser) มักจะช่วยให้เสมอ

(2) ให้ร่างกายได้พักผ่อน (physical rest) การพักผ่อนทางร่างกายเป็นสิ่งที่จำเป็นเช่นกัน ควรนอนอย่างน้อยคืนละ 9 ชั่วโมง เพราะร่างกายจะซ่อมแซมตัวเองในระหว่างการนอนพัก ปัญหาเรื่องนี้เป็นเรื่องที่พบได้บ่อยที่สุด เพราะผู้ป่วยส่วนมากไม่สามารถหยุดพักได้เนื่องจากอาชีพการงาน

(3) ให้กระเพาะได้พักผ่อน (physiological rest) เพราะกระเพาะอาหารต้องทำงานอยู่ตลอดเวลา ทั้งในด้านการหลั่งน้ำย่อยและด้านการบีบตัว กระเพาะอาหารตอนที่ไม่มีอะไรอยู่ขณะที่หิวจะทำให้มีการบีบรัดตัวมากขึ้น (hunger contraction) และมีการหลั่งกรดมากขึ้น (cephalic phase of digestive period) กระเพาะอาหารที่จะทำงานน้อยที่สุดนั้นจำเป็นต้องมีอาหารทั้งปริมาณและชนิดอยู่พอดี ควรให้อาหารที่มีปริมาณน้อยลงแต่บ่อยขึ้น อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ถึงแม้จะลดกรดในตอนแรกก็กินเข้าไปแต่ต่อมาก็จะมีการ

กระตุ้นให้หลังกรดออกมาเพิ่มขึ้น อาหารที่มีไขมัน อาหารเผ็ดๆ ทอดๆ ระคายเคืองกระเพาะอาหารและอยู่ในกระเพาะนานกว่าอาหารชนิดอื่นทำให้กระเพาะต้องทำงานมากขึ้น ขนมหวาน อาหารรสหวาน หรือน้ำตาลควรจะงดเว้นโดยเด็ดขาด โดยทั่วๆ ไปแล้วนิยมนำให้ดื่มนมเพราะลดกรดดีมาก ไม่ระคายเคืองแผลในกระเพาะอาหาร ทำให้ระบบการย่อยอาหารเป็นไปด้วยดี และมีคุณค่าทางโภชนาการสูง อาหารที่เป็นก้อนๆ หรือเหนียวๆ จะอยู่ในกระเพาะนานเพราะ chymification เป็นไปด้วยความยากลำบากทำให้กระเพาะต้องบีบตัวมาก และมีการหลังกรดออกมามาก เนื่องจากการกระตุ้น (mechanical) ให้มีการหลั่ง gastrin ออกมาด้วย

2) Drug therapy หลักการคือ ลด acid – pepsin และส่งเสริม mucosal barrier

(1) ยาลดกรด (Antacid) การให้ยาลดกรดควรจะให้บ่อยๆ เพื่อจะทำให้ปฏิกิริยาเป็นกลางตลอดเวลา ยาลดกรดที่ดีควรมีราคาถูกเพราะต้องใช้ปริมาณมาก ในระยะแรกที่ผู้ป่วยกินอาหารประเภทของเหลวควรให้ยาลดกรดทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากของเหลวจะอยู่ในกระเพาะอาหารนานเพียง 45 นาที เมื่ออาการดีขึ้นอาจให้ยาลดกรดขนาดสูงๆ 1-2 ชั่วโมง หลังอาหารหลักหรือทุก 2 ชั่วโมง ตั้งแต่ตื่นนอนถึงเข้านอน ยาลดกรดที่ดี ควรออกฤทธิ์อยู่ได้นานและไม่มีผลข้างเคียง (เช่น ท้องผูก ท้องเดิน ภาวะด่างเกิน rebound acidity) รสชาติดีเพราะต้องกินบ่อยและนาน ยาลดกรดที่เป็นเม็ดต้องให้ผู้ป่วยเคี้ยวก่อนกลืน

(2) ยาลดการหลั่งกรด (Antisecretory Drugs) ยาลดการหลั่งกรดมี 4 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก ได้แก่ Anticholinergic Drug ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งกรดที่เกิดจากการกระตุ้นประสาทเวกัส โดยยับยั้งฤทธิ์ของ acetylcholine ต่อ parietal cell อาการข้างเคียง คือ คอแห้ง ปากแห้ง ปัสสาวะขัดหรือตามัว จึงไม่นิยมใช้โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่เป็นต้อหิน (glaucoma) โรคหัวใจ คอแข็งมากโต ลำไส้ไม่เคลื่อนไหว (ileus) กระเพาะอาหารหรือลำไส้อุดตัน กลุ่มที่ 2 ได้แก่ Pirenzepine เป็น tricyclic compound ออกฤทธิ์ต้านฤทธิ์ muscarinic ของอวัยวะที่เลี้ยงด้วยประสาท cholinergic โดยเฉพาะ M_1 receptor ของกระเพาะอาหารได้มากเท่า anticholinergic drug กลุ่มที่ 3 ได้แก่ H_2 receptor antagonist โดยออกฤทธิ์ที่ H_2 receptor ของ parietal cell ซึ่งทำหน้าที่หลั่งกรด สามารถลดกรดได้ดีกว่า anticholinergic และไม่มีผลข้างเคียง ที่นิยมใช้กันคือ Cimetidine, Ranitidine, Famotidine, Roxatidine และ Nizatidine และกลุ่มที่ 4 ได้แก่ Proton Pump Inhibitor มีฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งกรดโดยการ block H^+/K^+ ATP ase ใน parietal cell โดยตรง สามารถยับยั้งการหลั่งกรดได้นาน 24 ชั่วโมง การใช้ยานี้เป็นเวลานานจะทำให้เกิดภาวะ hypergastrinemia ได้ แต่หลังจากหยุดยาแล้วจะกลับมาสู่ระดับปกติ ยาที่ใช้ขณะนี้ 2 ชนิด คือ Omeprazole และ Lansoprazole

(3) ยาเพิ่มความต้านทานของเยื่อบุเซลล์ (Stomach-lining protector) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ป้องกันเยื่อบุกระเพาะไม่ให้ถูกกรดกลืนมาทำอันตราย โดยยาไปเคลือบแผลกระเพาะ หรือไปจับหรือเคลือบเนื้อเยื่อแผลตาย เพื่อป้องกันไม่ให้กรดในกระเพาะไปทำลายเซลล์บริเวณนั้นอีก ยายับยั้งฤทธิ์ของเอนไซม์เพปซินและกรดน้ำดี รวมทั้งยังกระตุ้นการหลั่งเยื่อเมือกออกมาป้องกันเซลล์ ยากลุ่มนี้ได้แก่ sucralfate, tripotassium dicitrate bismuthate, carbenoxolone

(4) ยายับยั้งการหลั่งกรดและเพิ่มความต้านทานของเยื่อบุเซลล์ (antisecretory cytoprotective drug) ได้แก่ cetraxate ยาออกฤทธิ์เพิ่มการไหลเวียนเลือดที่เยื่อบุกระเพาะอาหาร และเพิ่มการสร้างเยื่อเมือก รวมทั้งยับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์เพปซิโนเจนไปเป็นเพปซิน ยับยั้งการซึมผ่านของกรดไปยังเยื่อ และ prostaglandins ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งกรด ด้านสารที่กระตุ้นการหลั่งกรด

(5) ยาปฏิชีวนะฆ่าเชื้อ *Helicobacter pylori* ได้แก่ Dual therapy, Bismuth – based triple therapy, PPI – based triple therapy, RBC – based triple therapy, H₂ RA – based triple therapy และ Quadruple therapy นิยมใช้กันมาก ได้แก่ OME/AMO/CLA, LAN/AMO/CLA และ RBC/AMO/CLA สำหรับการกำจัดเชื้อ *H. pylori* ที่เป็นสาเหตุของโรคระบบทางเดินอาหารนั้น ทางสมาคมแพทย์ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยแนะนำให้ใช้ยากลุ่ม PPI base triple regimen นาน 7 วัน ซึ่งได้ผลมากกว่าร้อยละ 80 ในการกำจัดเชื้อ สามารถลดภาวะ microscopic inflammation ของเยื่อบุกระเพาะอาหารได้ ลดการกลับเป็นซ้ำของแผลเปปติก ช่วยให้อาการของผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการปวดท้องแต่ไม่มีแผล (nonulcer dyspepsia) บางคนมีอาการดีขึ้น

3) การรักษาทางศัลยกรรม

การผ่าตัดกระเพาะอาหารเริ่มในศตวรรษที่ 19 โดยระยะแรกเป็นความพยายามในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร โดย Billroth เป็นแพทย์คนแรกที่ทำการผ่าตัดเอากระเพาะอาหารบางส่วนออกได้สำเร็จในคน เมื่อ 29 มกราคม ค.ศ. 1881 ในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร ต่อมาในปี ค.ศ. 1885 Hensner ทำผ่าตัดเพื่อเย็บปิดแผลในกระเพาะอาหารทะลุได้สำเร็จเป็นคนแรกโดยใช้เทคนิคการ ผ่าตัดแบบ บิลลธ 2 (Billroth II) ในปัจจุบันการผ่าตัดที่นิยมทำกัน ได้แก่

(1) การผ่าตัดกระเพาะอาหารบางส่วนออกและเย็บตัดต่อกระเพาะอาหารกับลำไส้ (Subtotal gastrectomy) หมายถึง การตัดเอากระเพาะส่วนปลายออก 75-80% จากนั้นจึงเย็บต่อกับดูโอดินัม (Gastroduodenostomy: Billroth I anastomosis) หรือเย็บตัดต่อกับลำไส้ส่วนเจจูนัม (Gastrojejunostomy: Billroth II anastomosis) นอกจากนั้นอาจวางลำไส้ที่มีการเย็บตัดต่อนี้ไว้หน้าต่อลำไส้ใหญ่ (Transverse colon) เป็นแบบแอนติโคลิค (Antecolic type) หรือหลังต่อลำไส้ใหญ่ เป็นแบบรีโทรโคลิค (Retrocolic type) ก็ได้ การผ่าตัดวิธีนี้สามารถทำให้โรคลดลงได้ดีแต่มีผลเสียทางด้านโภชนาการ เนื่องจากขนาดของกระเพาะอาหารเล็กลงมาก และไม่สามารถจะมีน้ำหนักตัวเท่ากับก่อนผ่าตัดได้ อัตราตายของการผ่าตัดชนิดนี้ประมาณร้อยละ 2-3 และอัตราการเกิดใหม่ของแผลประมาณร้อยละ 2

(2) การตัดเส้นประสาททวารกัส (Vasotomy) หมายถึง การตัดทางผ่านของสัญญาณประสาทที่ไปยัง Parietal cell mass และที่ไปยัง Antrum ร่วมกับการทำทางออกให้อาหารที่ส่วนปลายกระเพาะซึ่งตีบตัน (Drainage procedure) เพื่อป้องกันภาวะท้องอืด (gastric stasis หรือ delayed gastric emptying) ในระยะหลังผ่าตัด การตัดเส้นประสาททวารกัสนี้แบ่งได้เป็น 3 ระดับคือ การตัดในระดับที่เส้นประสาทไปเลี้ยงกระเพาะอาหารและอวัยวะภายในช่องท้องทั้งหมด (Truncal vagotomy: TV) การตัดในระดับที่เส้นประสาทไปเลี้ยงกระเพาะอาหารออก คงเหลือแขนงที่ไปเลี้ยงอวัยวะอื่นๆ ไว้ (Selective vagotomy: SV) และการตัดในระดับที่เส้นประสาทไปเลี้ยงกระเพาะอาหารส่วน fundus และ body เนื่องจากเป็นส่วนที่จะไปกระตุ้นพาราไธรสเซลล์ แต่ไม่ตัดแขนงที่ไปเลี้ยงแอนทรมและอวัยวะอื่นๆ ในช่องท้อง (Highly selective vagotomy: HSV หรือ Parietal cell vagotomy) การผ่าตัดระดับ TV ข้อเสียคือการกลับเป็นใหม่ ของแผลสูง ประมาณร้อยละ 6 – 12 เช่นเดียวกับระดับ HSV ประมาณร้อยละ 8 – 20 แต่อัตราการตายต่ำ ส่วนการผ่าตัดระดับ SV นั้นมีอัตราการตายประมาณร้อยละ 2 แต่อัตราการกลับเป็นใหม่ต่ำประมาณร้อยละ 2

อย่างไรก็ดีแม้ว่าจะผ่าตัดแล้ว ก็ยังมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อีกหลายชนิด เช่น

(1) เลือดออกในระยะหลังผ่าตัด (Haemorrhage) ถ้าเลือดออกในระยะแรกมักออกจากรอยเย็บต่อ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 1 อาจมีอาการอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระดำ และที่พบบ่อยและบ่อย คือ มีเลือดจากสายยางที่ใส่เข้าไปในกระเพาะอาหารเกิดจากมีเลือดออกจากบริเวณรอยเย็บและมักจะเกิดขึ้นทันทีหลังผ่าตัด หรือในวันแรกหลังผ่าตัด ถ้าเลือดออกในระยะหลายวันหลังผ่าตัดมักเกิดจากมีเนื้องอกที่แผลผ่าตัด (Sloughing ของ suture line)

(2) ลำไส้เน่าตาย (Gangrene) คือการเกิดเนื้องอกจากการขาดเลือด (necrosis) ของเนื้อเยื่อจากการเย็บผูก จากการเกิดภาวะลำไส้บิด (volvulus) เช่น เจอเนอัมบิคตัวมิดทิศทาง จากพังผืดรัด (Adhesion band) และ เกิดเนื้องอกจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (vascular necrosis)

(3) ลำไส้อุดตัน (Stomal obstruction) จากการบวมของเนื้อเยื่อบริเวณที่มีการเย็บติดต่อ (anastomosis) และการทำ decompression ไม่ดีพอ การแก้ไขอาจทำ adequate decompression แล้วรอให้การอุดตันหายไปตัวเอง แต่ถ้าอาการเลวลงเรื่อยๆ อาจต้องผ่าตัดใหม่

(4) ลำไส้โป่งพอง (Blind loop syndrome) ทำให้มีอาการปวดท้องและอาเจียนหลังกินอาหารซึ่งอาจมีน้ำคียนหรือไม่กี่ได้ ส่วนใหญ่ต้องแก้ไขด้วยการผ่าตัดซ้ำ

(5) การรั่วของรอยเย็บต่อคูโอดินัม (Duodenal stump leakage or blowout) พบได้บ่อยและเป็นอันตรายต่อชีวิต พบได้ในกรณีที่ผ่าตัดรักษาแผลที่ลำไส้เล็กแบบฉุกเฉินเพื่อหยุดภาวะเลือดออก จากการเย็บปิดไม่ดีหรือเทคนิคการผ่าตัดผิดพลาด ทำให้เกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) มีหนองข้างในช่องท้อง (subhepatic abscess) และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อทั่วร่างกาย (sepsis) ได้ การรักษาต้องผ่าตัดแก้ไขใหม่

(6) การเกิดรูทะลุติดต่อระหว่างกระเพาะอาหารและลำไส้ใหญ่ (Gastrocolic fistula) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเพาะอาหารลำไส้ และมีการวางส่วนตัดต่อหน้าหรือหลังต่อลำไส้ใหญ่ (Antecolic หรือ retrocolic type) แล้วมีแผลเกิดเป็นซ้ำบริเวณที่เย็บติดต่อ (Recurrent ulcer ที่ stomal ulcer) ผู้ป่วยจะท้องเดินอย่างรุนแรงจากอุจจาระในลำไส้ใหญ่ไหลย้อนเข้าไปในลำไส้เล็ก ทำให้เกิดการดูดซึมอาหารผิดปกติ (Malabsorption) ผู้ป่วยจะผอมลงอย่างมาก การรักษาต้องผ่าตัดแก้ไขใหม่

(7) โลหิตจางชนิดเมกาโลบลาสติก (Megaloblastic anemia) ผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดกระเพาะอาหารบางส่วนออกไป ซึ่งเป็นส่วนที่สร้างสาร Intrinsic factor ที่ช่วยในการดูดซึมวิตามินบี 12 ทำให้ผู้ป่วยขาดวิตามินบี 12 ร่วมกับการดูดซึมเหล็กก็จะลดลงด้วย พบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจะมีการดูดซึมวิตามินบี 12 เสียไป และเกิดโลหิตจางชนิดนี้ได้ร้อยละ 6 (ภายิต พานิชยานนท์, 2523 อ้างใน อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ, 2536)

(8) ท้องเสียเรื้อรัง (Dumping syndrome) เนื่องจากกระเพาะอาหารมีปริมาตรเล็กลง เก็บกักอาหารได้ไม่ดีดังเดิม ผู้ป่วยจะมีอาการกระวนกระวายแน่นท้องตรงลิ้นปี่ ใจสั่น เหงื่อออก ชีต คลื่นไส้ อาเจียน อาจมีเวียนศีรษะและท้องเดินได้หลังรับประทานอาหาร 10 นาที และอาหารจะหายไปตัวเองใน 40-60 นาทีหลังอาหาร มีเพียงร้อยละ 1-2 เท่านั้นที่อาหารแทรกซ้อนนี้รุนแรงจนผู้ป่วยทำงานตามปกติไม่ได้ และอาการแทรกซ้อนนี้มีความสัมพันธ์กับสภาพจิตใจด้วย ถ้าสบายใจดีอาจไม่มีอาการเลยก็ได้

4) การรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ

นอกจากนี้ยังมีการนำสมุนไพรมาใช้ในการรักษาโรคกระเพาะอาหารในต่างประเทศ ได้แก่ ยาสะกัคชะเอม ซึ่งมีผลทำให้เยื่อภายในชุ่มชื้น ลดการอักเสบเพิ่มเยื่อเมือกหนาคลุมแผล ในขณะที่เดียวกันก็กระตุ้นให้เซลล์รอบแผลงอกออกมาจนเต็มแผล ศาสตราจารย์การ์เนท เซอนีย์ จากโรงเรียนแพทย์แสดงนอร์ดแคลิฟอร์เนีย ประสบความสำเร็จในการใช้น้ำผักกะหล่ำปลีรักษาแผลในกระเพาะ สำหรับสมุนไพรอื่นๆ ที่ใช้สมานแผลและระงับอาการปวด ได้แก่ รากเอลเทีย (รากมาร์ชมาโล) คอมเพรย์ ซึ่งเป็นพืชตระกูลเดียวกับผักขมใช้ได้ทั้งใบและราก นอกจากนี้มีการนำเปลือกต้นเวลัมมาใช้สมานแผลและระงับปวดด้วยเช่นกัน (ภาณุ อัมพรพุข, 2545) สำหรับแพทย์แผนปัจจุบันในประเทศไทยพบการนำใบเปล้าน้อยซึ่งเป็นสมุนไพรไทยชนิดหนึ่งใช้เป็นวัตถุดิบในการสกัดสารสำคัญที่มีชื่อว่า “เปลาโนทอล” (plau-notol) ซึ่งมีฤทธิ์รักษาแผลในกระเพาะอาหาร (อพัชชา จินดาประเสริฐ, 2543) การศึกษาของศรีสมบัติ นวนพรัตน์สกุล และคณะ (2544) ศึกษาพบว่าผงของกล้วยหักมุกดิบโดยสารสำคัญในกล้วย คือ sitoindoside IV สามารถป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหารที่เกิดจากการเหนี่ยวนำด้วยแอสไพรินในหนูขาวได้ การศึกษาของศิริมา มหัทธนาคุณ (2539) ทำการทดสอบฤทธิ์สมุนไพรว่านหางจระเข้ในการรักษาโรคแผลในกระเพาะอาหารที่เกิดจากกรดไฮโดรคลอริกและกรดแอซติก ในหนูขาว ผลการศึกษาพบว่าว่านหางจระเข้มีกลไกในการออกฤทธิ์โดยออกฤทธิ์เคลือบป้องกันการเยื่อเมือกกระเพาะอาหารจากการถูกทำลายโดยตรง และโดยการไปเพิ่มแรงต้านทานของชั้นเยื่อเมือกกระเพาะอาหารรวมทั้งช่วยเสริมสร้างในการทำให้บาดแผลหายเร็วขึ้น การศึกษาของไชยง รุจจนเวท และคณะ (2544) ประเมินฤทธิ์มีวิเลจากกระเจี๊ยบแดงในการต้านการเกิดแผลกระเพาะอาหารในสัตว์ทดลองพบว่าสามารถป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหารที่เกิดจากอินโดเมทาซิน กรดเอทานอล และความเครียดจากการแช่น้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ มีการศึกษาของฉวีวรรณ พุกฤษ์สุนันท์ และคณะ (2542) ที่ศึกษาผลของไขมันชั้นต่อการเปลี่ยนแปลงเยื่อผนังกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กดูโอดีนัม ในผู้ป่วยแผลเป็ปติค 15 ราย จากการตรวจด้วยกล้องส่องตรวจ (Endoscopy) และพัชรีวิทย์ ปั่นแห่งเพชร และคณะ (2543) ที่ศึกษาฤทธิ์ของไขมันชั้นในการรักษาแผลในกระเพาะอาหารของหนูขาว พบว่าไขมันชั้นสามารถรักษาแผลกระเพาะอาหารในสัตว์ทดลองและมนุษย์ได้ นอกจากนี้คุณสมบัติอีกประการหนึ่งของน้ำผึ้งที่มีนักวิจัยสังเกตแต่ยังไม่ยืนยันคือการกินน้ำผึ้งขณะท้องว่างครั้งละครึ่งช้อนชา อาจช่วยฆ่าเชื้อ *H. pylori* ต้นเหตุหนึ่งของโรคแผลในกระเพาะอาหารด้วยก็ได้ (ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข, 2543)

จากข้อมูลข้างต้นจะพบว่า โรคแผลเป็ปติคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แม้ว่าปัจจุบันการรักษาด้วยยาตัวใหม่ๆ มากมาย แต่การรักษาก็ยังคงเป็นปัญหา เนื่องจากไม่ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดแผลทั้งๆ ที่ได้มีการศึกษาค้นคว้าในเรื่องนี้อย่างกว้างขวาง หากแต่มีปัจจัยหลายๆ ประการ เช่น สตรีโมน ความเครียด พันธุกรรม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ การใช้ยา NSAIDs การรับประทานอาหารรสจัด หรือการมีโรคประจำตัว รวมทั้งแบคทีเรีย *H. Pylori* ปัจจัยเหล่านี้ทำให้แผลหายช้า เกิดการกลับเป็นซ้ำ และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น เลือดออก กระเพาะทะลุ และลำไส้อุดตัน ซึ่งต้องรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาโรคนี้จึงเป็นการรักษาที่ปลายทาง (Calam, 1985 อ้างถึงใน ศติประภา บุญญพิสิฏฐ์, 2539) การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การทำจิตใจให้สงบ ให้อารมณ์ได้พักผ่อน และให้กระเพาะอาหารได้พัก ล้วนเป็นสิ่งสำคัญ และไม่ได้เป็นผลเสียแต่อย่างใด กลับจะช่วยให้แผลหายดีขึ้นอีกทางหนึ่ง

2. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)

สุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อมทั้งหมด ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ๆ ด้วยกัน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล กับ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543)

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ พันธุกรรม เพศ อายุ และวิถีทางดำเนินชีวิต จากรายงานการศึกษาของ พาวเวล และคณะในประเทศอเมริกา พบว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยและสูญเสียศักยภาพของชีวิตก่อนวัย 65 ปีที่สำคัญอันดับแรกคือ วิถีทางดำเนินชีวิต คือร้อยละ 54 สิ่งแวดล้อม ร้อยละ 22 และพันธุกรรมเพียงร้อยละ 16 เท่านั้น (Powell et al., 1986 cited in Pender, 1996) อย่างไรก็ตามปัจจัยทั้ง 3 อย่างมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เช่น สิ่งแวดล้อมอาจมีอิทธิพลต่อวิถีทางดำเนินชีวิต และผลการศึกษาในแต่ละประเทศอาจแตกต่างกัน

(1) พันธุกรรม แม้ว่าพันธุกรรมมีส่วนกำหนดภาวะสุขภาพที่สำคัญ แต่ขึ้นอยู่กับวิถีทางดำเนินชีวิตด้วย เช่น คนที่มีพันธุกรรม คือ บิดา มารดา หรือญาติสายตรงเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง มีโอกาสที่จะเกิดเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ แต่ถ้ามีพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ บริโภคอาหารที่ถูกต้อง ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และรู้จักผ่อนคลายไม่เครียด โรคจากพันธุกรรมนั้นจะไม่แสดงออกหรือแสดงออกแต่ช้าลง คือเมื่ออายุมากขึ้นแล้ว

(2) วิถีทางดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพ มีส่วนในการกำหนดภาวะสุขภาพเป็นอย่างมาก เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีส่วนในการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคพยาธิต่างๆ เป็นต้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมสำล่อนทางเพศ พฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย การใช้ชีวิตที่ยุ่งเหยิง การเผชิญกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการขาดทักษะที่อยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลกันมีส่วนทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

(3) อายุ มีผลต่อภาวะสุขภาพ เด็ก หรือผู้สูงอายุ เป็นวัยที่เปราะบางภูมิคุ้มกันด้านทานต่ำความสามารถในการเผชิญกับความเครียดต่างๆ ทั้งทางกายภาพและทางจิตสังคมมีจำกัด จึงทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย และมักจะไม่มีแข็งแรงเช่นวัยหนุ่มสาว นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีความเสื่อมตามวัย ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ทั้งร่างกายและความทรงจำลดลง

(4) เพศ มีผลต่อภาวะสุขภาพเช่นกัน เพศชายในแทบทุกประเทศจะมีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสั้นกว่าผู้หญิง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ชายโดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำลายสุขภาพมากกว่าผู้หญิงและทำงานที่เสี่ยงกว่าผู้หญิง

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ด้านชีวภาพและด้านสังคม สำหรับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ อากาศ น้ำ และระบบสุขาภิบาล ที่อยู่อาศัย และขยะมูลฝอย สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น เชื้อโรคพาหะนำโรค ยุง แมลง เป็นต้น ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระบบการสุขาภิบาล และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การศึกษา กฎหมาย ความยากจน ความสัมพันธ์ทางสังคม ความมั่นคงทางสังคม ความเสมอภาค อำนาจสตรี และทิศทางการพัฒนาประเทศ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อสุขภาพ นอกจากนั้นระบบบริการสุขภาพเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมส่วนหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนเช่นกัน ระบบบริการสุขภาพจะต้องครอบคลุมและ

เข้าถึงประชาชนโดยส่วนใหญ่ของประเทศ ไม่ใช่กระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ๆ เป็นระบบที่มีความหลากหลาย คือผสมผสานระหว่างการแพทย์ตะวันตกกับการแพทย์พื้นบ้านอย่างกลมกลืน เช่น การแพทย์แผนไทย การนวด การใช้ชีวิต การใช้สมุนไพร ฝึกโยคะ หรือรำมวยจีน เป็นต้น และประการสุดท้าย ระบบบริการสุขภาพจะต้องเน้นการส่งเสริมและปกป้องสุขภาพให้มาก เพราะโรคภัยไข้เจ็บส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งอุบัติเหตุซึ่งสามารถป้องกันได้ และการดูแลให้เด็กได้รับวัคซีนครบ เป็นต้น

Pender (2002) กล่าวถึงปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ว่าเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย โดยพิจารณาไตร่ตรองตามธรรมชาติ ในรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ได้จัดแบ่งปัจจัยส่วนบุคคล ออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ คือ

1) ปัจจัยด้านชีวภาพของบุคคล (Personal Biologic Factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ได้แก่ อายุ เพศ คำนีความหนาของร่างกาย ไขมัน ไขมันคอเลสเตอรอล ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไว หรือการทรงตัว

2) ปัจจัยด้านจิตวิทยาของบุคคล (Personal Psychological Factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง สมรรถนะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการนิยามสุขภาพ

3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal Sociocultural Factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น เชื้อชาติ ชนชาติ วัฒนธรรม การศึกษา และฐานะเศรษฐกิจสังคม เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ ในผู้ป่วยแผลเป็ปติคทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ผลการศึกษามีทั้งสอดคล้องและแตกต่างกันออกไป และเนื่องจากภาวะสุขภาพของประชากรไทยมีความแตกต่างกันในแต่ละภาคของประเทศ การศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแผลเป็ปติคในประเทศไทยส่วนใหญ่จำกัดอยู่เฉพาะภาคกลางและภาคตะวันออก สำหรับการศึกษาที่ผู้วิจัยนี้จึงทำการศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลที่พบในผู้ป่วยโรคแผลเป็ปติคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ฐานะการเงิน อาชีพ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ดังนี้

1) อายุ (Age)

อายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ การตัดสินใจ และความสามารถในการกระทำกิจกรรมทางสุขภาพ (Orem, 1985 อ้างถึงใน อรุณขรรณสอน, 2544) มีการศึกษาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือแบบแผนชีวิต โดยพบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสม่ำเสมอ (Palank, 1991 อ้างถึงใน อรอนงค์ สัมพันธุ์, 2539) และยังพบว่าความแตกต่างของอายุมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม โดยวัยสูงอายุมีการตอบสนองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการ การจัดการกับความเครียด และความรับผิดชอบต่อสุขภาพดีกว่าวัยผู้ใหญ่ (Walker et al., 1987)

การศึกษาอายุของผู้ป่วยโรคแผลเป็ปติคที่ผ่านมา พบการศึกษาของสุดาพรรณ ควรสถาพรทวี และคณะ (2535) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร ในโรงพยาบาลรามาริบัติ 150 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 25.33) แตกต่างกับการศึกษาของอรพินท์

อินทรนุกูลกิจ (2536) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร ในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 120 ราย พบผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 21-40 ปี แต่การศึกษาทั้ง 2 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างกับการศึกษาของวริยา วชิราวัฒน์ และคณะ (2538) ที่ศึกษาการสำรวจปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็ก ในเขตพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก จำนวน 95 ราย พบว่าพฤติกรรมมารับประทานอาหารรสเค็มจัด คีมีเบียร์ สัมพันธ์กับอายุ และการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับเพศ และอายุ และผู้ป่วยที่มีเพศ รายได้ อายุ และการศึกษาต่างกัน มีความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารที่มีการติดเชื้อ *H. pylori* ส่วนใหญ่มีอายุ 45-54 ปี (ร้อยละ 28.6) และผู้ป่วยไม่ติดเชื้อ *H. pylori* ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 47.2) (มาลินี โควนิชย์ & เสาวณี หวังปรีดาเลิศกุล, 2541)

สำหรับการศึกษาผู้ป่วยแผลเป็บติคที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การศึกษาของปรีชา กิตติคุณ (2541) ที่ศึกษาภาวะเลือดออกจากแผลเป็บติค ในโรงพยาบาลชลบุรี ย้อนหลัง 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2536-2540 พบว่า เพศชายพบมากที่สุด คืออายุ 31-50 ปี และเพศหญิงพบมากที่สุด คืออายุ 61-80 ปี แตกต่างจากการศึกษาของ พิจารณ์ คำทอง (2536) ที่ศึกษาผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเลที่รักษาทางศัลยกรรม จำนวน 288 ราย เวลา 4 ปี พ.ศ. 2532-2535 ในโรงพยาบาลสุรินทร์ พบผู้ป่วยมากที่สุดในช่วงอายุ 40-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต (2543) กล่าวถึงการแบ่งช่วงอายุโดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่เป็นแบบเดียวกัน ไว้ดังนี้ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (early adulthood) อายุ 18 – 40 ปี เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางกายอย่างเต็มที่และสมบูรณ์ อดิวัชระทุกส่วนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นวัยแห่งการเสริมสร้างหลักฐานในชีวิต แต่แบบแผนชีวิตยังไม่เข้ารูปเข้ารอยที่แท้จริง จึงยังคงเป็นระยะสำรวจ (exploratory period) เพื่อหาแนวทางชีวิตที่ตนพอใจ จึงเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มน้อยลง จะใช้เวลาส่วนใหญ่ให้กับการทำงาน ครอบครัว และชีวิตครอบครัว วัยกลางคน (middle age) หรือวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 40 – 60 ปี เป็นช่วงที่บุคคลบรรเทาภาระในการเลี้ยงดูครอบครัวลง เนื่องจากบุตรมักจะโตกันแล้ว จึงเป็นช่วงที่มีเสรีภาพในตัวเองมากขึ้น ความเครียดทางเศรษฐกิจลดลง มีเวลาว่างเพิ่มขึ้น ความต้องการในการแสวงหาทางวัตถุน้อยลง เพราะมักจะมีทรัพย์สินสมบัติที่จำเป็นต่อความเป็นอยู่พร้อมแล้ว วัยนี้จะต่อเนื่องไปจนถึงเวลาปลดเกษียณจึงจะเข้าสู่วัยสูงอายุ และวัยสูงอายุ (old age) อายุ 60 ปีเป็นต้นไป วัยนี้สมรรถภาพของระบบต่างๆ ในร่างกายจะลดลง ความแข็งแรงน้อยลง กำลังวังชาน้อยลง และความเร็วในการตอบสนองน้อยลง มีความเสื่อมเป็นไปช้าๆ ทีละเล็กละน้อย เนื้อเยื่อสมองและการประสานงานกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวเสียไป หงุดหงิดง่าย ความจำเสียไปมาก สูญเสียการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล ควบคุมตนเองไม่ได้มักจะมีพฤติกรรมถดถอย อาการทางจิตชนิดหลงผิดมักจะมีพบได้บ่อย

เมื่อพิจารณาช่วงอายุของผู้ป่วยแผลเป็บติคในการศึกษาที่ผ่านมา พบผู้ป่วยอยู่ในช่วงวัยแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ วัยนี้นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตามที่กล่าวข้างต้นแล้วยังมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลเป็บติคเช่นเดียวกัน นอกจากจะพบผู้ป่วยแผลเป็บติคในวัยผู้ใหญ่แล้วยังพบในวัยสูงอายุเป็นลำดับรองลงมา ซึ่งผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปนั้นจะมีอัตราเสี่ยงของการเกิดแผลเป็บติคที่มีภาวะเลือดออกมากกว่าวัยอื่นๆ ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงแบ่ง

การศึกษาช่วงอายุของผู้ป่วยแผลเป็บติคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ออกเป็น 4 ช่วง คือ อายุต่ำกว่า 18 ปี 18 – 39 ปี 40 – 59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป

2) เพศ

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความแตกต่างในด้านค่านิยม พฤติกรรมสุขภาพในบางประเด็น (Gender difference) เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สังคมจะยอมรับในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันได้ จากการศึกษาของMuhlenkamp & Broerman (1988 อ้างถึงใน สุวคนธ์ ทองคอนบม, 2541) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของเพศกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพ พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกมากกว่าเพศชาย

ผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคที่ผ่านมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (สุดาพรรณ ควรสถาพรทวี และคณะ, 2535; อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ, 2536; วริยา วชิราวัฒน์ และคณะ, 2538; สุวคนธ์ ทองคอนบม, 2541) สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ของเพศกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคนั้น พบการศึกษาของสุดาพรรณ ควรสถาพรทวี และคณะ (2535) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 150 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72) เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 6.174$, $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 120 ราย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.326$, $p < 0.01$) โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของวริยา วชิราวัฒน์ และคณะ (2538) ที่ศึกษาการสำรวจปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ในเขตพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก 95 ราย พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารรสจัด การดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบกำลังมีความสัมพันธ์กับเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่าผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันมีความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แตกต่างกับการศึกษาของสุวคนธ์ ทองคอนบม (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริราช 80 ราย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือหญิงจะไม่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้การศึกษาระบาดวิทยาการติดเชื้อ *H. pylori* ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการศึกษาผู้ป่วยแผลเป็บติคในปัจจุบันนั้น ในประเทศไทยพบความแตกต่างกันระหว่างการศึกษานี้ของมาลินี ไควนิชัย & เสาวณี หวังปริดาเลิศกุล (2541) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยา (ยาของแก้ปวด ยาชุด ยาแก้ปวดข้อ และยาอุกกลอน)ของผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารที่มีการติดเชื้อและไม่มีการติดเชื้อ *H. pylori* ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า เป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.4) และผู้ป่วยไม่ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.6) และการศึกษาของ Wachirawat (2001) ที่ศึกษาย้อนหลังถึงอิทธิพลของวิถีชีวิต

บุคลิกภาพก้าวร้าว ความเครียดเรื้อรัง และภาวะติดเชื้อ *H. pylori* ต่อการเกิดโรคแผลกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อ *H. pylori* ในกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นผู้โรคอื่นๆ และผู้บริจาคโลหิต รวมถึงบุคคลทั่วไป กับกลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้ป่วยแผลเป็บติค มีความใกล้เคียงกัน (50% และ 61.43%) โดยสนับสนุนข้อค้นพบก่อนหน้านี้ในประเทศไทย ซึ่งมีความแตกต่างจากข้อค้นพบในประเทศพัฒนาที่ภาวะติดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยแผลเป็บติค มีอัตราความชุกสูง และแม้ว่าประเทศไทยมีความชุกของเชื้อ *H. pylori* สูง แต่อุบัติการณ์ติดเชื้อดังกล่าวในผู้ป่วยแผลเป็บติคมีต่ำกว่าประเทศพัฒนา

สำหรับผู้ป่วยแผลเป็บติคที่มีภาวะแทรกซ้อนนั้น พบการศึกษาของปรีชฎ กิตติคุณ (2541) ที่ศึกษาภาวะเลือดออกจากแผลเป็บติค ในโรงพยาบาลชลบุรี ย้อนหลัง 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2536-2540 พบผู้ป่วยเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 2.04: 1 และพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด ในเพศชาย คือ การดื่มสุรา ร่วมกับการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 43.53) ปัจจัยเสี่ยงที่พบในเพศหญิง คือ การรับประทานยา NSAIDs (ร้อยละ 54.41) และการศึกษาของพิจารณ์ คำทอง (2536) ที่ศึกษาผู้ป่วยแผลเป็บติคที่รักษาทางศัลยกรรม จำนวน 288 ราย เวลา 4 ปี พ.ศ. 2532-2535 ในโรงพยาบาลสุรินทร์ พบผู้ป่วยเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 8: 1 ผลการศึกษาในผู้ป่วยแผลเป็บติคที่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยแผลเป็บติคที่ผ่านมาว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลเป็บติคเรื้อรัง และแผลเป็บติคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน เช่น ภาวะการติดเชื้อ *H. pylori* การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานยา NSAIDs เป็นต้น

3) การศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของบุคคลซึ่งแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ หรือเฝ้าระวังต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง การศึกษาทำให้ผู้ป่วยสามารถคิดพิจารณา สถานการณ์ของตนเองดีขึ้น สามารถรับฟังข้อมูลข่าวสารได้อย่างเข้าใจ และสนใจศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง (Pender, 1987)

สำหรับผู้ป่วยแผลเป็บติคนั้นพบผลการศึกษาที่แตกต่างออกไป ได้แก่ การศึกษาของสุดาพรรณ ควรสถาพรทวี และคณะ (2535) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร ในโรงพยาบาลรามาริบัติ 150 ราย พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำให้พฤติกรรมสุขภาพของโรคแผลในกระเพาะอาหารแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ ทองคอนบม (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริราช 80 ราย พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของอรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร ในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 120 ราย พบว่าจำนวนชั้นปีที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร ($r = 0.1556, p > 0.05$) แตกต่างกับการศึกษาของวริยา วชิราวัฒน์ และคณะ (2538) ที่ศึกษาการสำรวจปัญหาและ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็ก ในเขตพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก จำนวน 95 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และพบว่าพฤติกรรมในการรับประทานอาหารรสเค็ม รสเปรี้ยว และรสหวานจัด รวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบกำลังมีความสัมพันธ์กับการศึกษา นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่างกัน มีความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้พบการศึกษาของมาลินี ไควนิษฐ์ & เสาวณี หวังปรีดาเลิศกุล (2541) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยา (ยาของแก้ปวด ยาชุด ยาแก้ปวดข้อ และยาลูกกลอน) ของผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารที่มีการติดเชื้อและไม่มีการติดเชื้อ *H. pylori* ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 82.9 และ 80.6) และการศึกษาของผ่องเพ็ญ ตระกูลขจรศักดิ์ (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการจำแนกกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคแผลเป็บติค และสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่เป็นโรคแผลเป็บติค อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาเช่นเดียวกับผลการศึกษาในผู้ป่วยแผลเป็บติคที่ผ่านมา หากแต่ในปัจจุบันประชาชนมีโอกาสในการศึกษาเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตามนโยบายของรัฐบาล อาจทำให้พบความแตกต่างของระดับการศึกษาในผู้ป่วยแผลเป็บติคเรื้อรังจากการศึกษาที่ผ่านมา ที่ผู้ป่วยแผลเป็บติคเรื้อรังส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

4) ฐานะการเงิน

ฐานะการเงินเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีรายได้สูงหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสติดต่อสื่อสารกับสังคม เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ให้กับตนเอง โอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ รวมทั้งเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น (Pender, 1982 อ้างถึงใน สุวคนธ์ ทองคอนบม, 2541)

สำหรับผู้ป่วยแผลเป็บติคนั้น พบการศึกษาของสุตาพรรณ ควรสถาพรทวี และคณะ (2535) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร ในโรงพยาบาลรามาริบัติ 150 ราย พบว่า รายได้ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำให้พฤติกรรมสุขภาพของโรคแผลในกระเพาะอาหารแตกต่างกัน แตกต่างกับการศึกษาของสุวคนธ์ ทองคอนบม (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริราช 80 ราย พบว่า ฐานะการเงิน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.339, p < 0.01$) การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะการเงินเพียงพอ (ร้อยละ 67.5) นอกจากนี้พบการศึกษาของมาลินี ไควนิษฐ์ & เสาวณี หวังปรีดาเลิศกุล (2541) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยา (ยาของแก้ปวด ยาชุด ยาแก้ปวดข้อ และยา ลูกกลอน) ของผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารที่มีการติดเชื้อและไม่มีการติดเชื้อ *H. pylori* ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 32.9) และผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,001-5,000 บาท (ร้อยละ 36.1) สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยแผลในกระเพาะอาหาร ในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 120 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท และ 2,001-4,000 บาท โดยพบอัตราเท่ากันคือ ร้อยละ 35

ถึงแม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะพบความแตกต่างกันระหว่างความสัมพันธ์ของฐานะการเงินกับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยแผลเป็บติค แต่ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยแผลเป็บติคส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้มี ฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับฐานะการเงินของ ผู้ป่วยแผลเป็บติคระบุเป็นความเพียงพอกับรายจ่าย หรือไม่เพียงพอกับรายจ่าย ซึ่งจะสามารถอธิบายถึงฐานะ การเงินของผู้ป่วยแผลเป็บติคได้ดียิ่งขึ้น นอกเหนือจากการระบุเป็นจำนวนเงินค่าเดือน

5) อาชีพ

ลักษณะอาชีพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลตัวหนึ่ง ซึ่งอาชีพที่มีการปฏิบัติงานโดยมีกำหนดเวลาแน่นอน (เช่น รับจ้าง ทำงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ) อาจมีเวลาจำกัดในช่วงเวลาพักผ่อน และทำกิจกรรม ต่างๆ ส่วนอาชีพที่มีการปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน (เช่น อาชีพอิสระ แม่บ้าน) สามารถจัดเวลาใน การมีกิจกรรมการทำงานและการพักผ่อนได้โดยไม่เร่งรีบ และจำกัดเวลามากนัก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2533 อ้างถึงใน สุริศา นิรพิณ, 2543) นอกจากนี้อาจแบ่งตามลักษณะของงาน เช่น ทำนา ทำไร่ รับจ้างรายวัน มี ลักษณะงานต้องใช้กำลัง มีรายได้ไม่แน่นอน อาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัทเอกชน ลักษณะงานต้องใช้ กำลังน้อย มีรายได้แน่นอน และอาชีพอื่นๆ เช่น พ่อบ้าน แม่บ้าน ค้าขาย ลักษณะงานไม่แน่นอน อาจไม่มี รายได้ (วาสนา ปุณณณวิวัฒน์, 2532)

การศึกษาอาชีพของผู้ป่วยแผลเป็บติค พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (สุดาพรรณ ควรสถาพรทิ และคณะ, 2535; วริยา วชิราวัณ และคณะ, 2538; อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ, 2536; สุคนธ์ ทองคอนบม, 2541) แตกต่างกับการศึกษาของมาลินี โควนิชัย & เสาวณี หวังปริดาเลิศกุล (2541) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรม การใช้ยา (ยาของแก้ปวด ยาชุด ยาแก้ปวดข้อ และยาอุกกลอน) ของผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารที่มีการ ดิเคื้อ และไม่มีการดิเคื้อ *H. pylori* ในโรงพยาบาลอุดรดิคัล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) สอดคล้องกับการศึกษาของผ่องเพ็ญ ตระกูลขจรศักดิ์ (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการ จำแนกกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคแผลเป็บติค และสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่เป็นโรคแผลเป็บติค อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น นอกจากนี้อาชีพของผู้ป่วยแผลเป็บติคมีส่วนเกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตเช่นกัน โดยพบว่า การรับประทานอาหารที่มีรสเผ็ดจัดกับอาชีพรับจ้าง / ลูกจ้างรายวัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.001 และพบว่าการดื่มสุรากับเพศ อายุ และอาชีพ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 (วริยา วชิราวัณ และคณะ, 2538)

สำหรับอาชีพของผู้ป่วยแผลเป็บติคที่มีภาวะแทรกซ้อน พบการศึกษาของพิจารณ์ คำทอง (2536) ที่ ศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเล ที่รักษาทางศัลยกรรม ในโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 90.62 ทำการเกษตร (ทำนา ทำไร่ หรือเลี้ยงปศุสัตว์) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยแผลเป็บติคที่ผ่านมา ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และเกษตรกร เมื่อพิจารณาลักษณะของอาชีพแล้ว ผู้วิจัยจึงแบ่งการศึกษาอาชีพ ของผู้ป่วยแผลเป็บติคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามลักษณะของงานที่มีการ กำหนดเวลาแน่นอน ได้แก่ รับราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัทเอกชน นักศึกษา และงานที่ไม่มีการกำหนดเวลาแน่นอน ได้แก่ แม่บ้าน ค้าขาย เกษตรกร รับจ้าง ซึ่งการแบ่งลักษณะงานดังกล่าวจะสามารถเห็นความ แตกต่างในอาชีพของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มงานได้อย่างชัดเจน

6) ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดีขึ้น จึงทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดีขึ้น (Kottket, 1982 อ้างถึงใน ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541) ประสพการณ์ในทางลบที่เกิดขึ้นย่อมรบกวนภาวะจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ไม่มีความมั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและอาการของโรคดีขึ้น ซึ่งมักจะต้องใช้เวลาระยะหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541)

การศึกษาของอรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539) ที่ศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี 275 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจูงม่งหมายในชีวิต และด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4-10 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่เกิน 3 ปีและกลุ่มที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยมากกว่า 11 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของวีรบุรุษ ไตรรัตน์ภส (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี 230 ราย พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี

สำหรับผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคนั้น การศึกษาของสุดาพรรณ ควรสถาพรทวี และคณะ (2535) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลรามาชิตี 150 ราย พบว่าระยะเวลาที่ป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 1 – 5 ปี (ร้อยละ 42) รองลงมาคือ 6 – 10 ปี (ร้อยละ 31.33) แตกต่างจากการศึกษาของสุวคนธ์ ทองคอนบม (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาชิตี และโรงพยาบาลศิริราช 80 ราย พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 1 – 12 เดือน (ร้อยละ 43) การศึกษานี้พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 62.5 โดยมีอาการถ่ายดำนากที่สุด (ร้อยละ 28.8) ซึ่งพบว่าภาวะเลือดออกจากแผลเป็บติคมักพบหลังจากเกิดอาการของโรคมาไม่น้อยกว่า 1 ปี (อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ, 2536) นอกจากนี้การเกิดกระเพาะอาหารทะลุ และลำไส้อุดตันนั้น พบว่าผู้ป่วยมักจะมีประวัติแผลเป็บติคมานาน (ศศิประภา บุญญพิสิฐ, 2539) ดังนั้นผู้วิจัยจึงแบ่งการศึกษาระยะเวลาการเจ็บป่วยออกเป็น 1 – 5 ปี 6 – 10 ปี และ มากกว่า 10 ปีขึ้นไป

3. แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Lifestyles)

Eysench et al. (1972 อ้างถึงใน ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา, 2541) ได้ให้ความหมายของแบบแผนชีวิตว่า หมายถึง พฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลที่เกิดจากการฝึกฝนจนกลายเป็นพฤติกรรมต่างๆ ของแต่ละบุคคล ซึ่งกระทำจนเป็นกิจวัตรประจำวัน เช่นเดียวกับ Singer (1982 cited in Walker et al., 1987) Shultz (1984 อ้างถึงใน อรุณ ธรรมสอน, 2544) ได้ให้ความหมายว่าเป็นอุปนิสัยในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล โดยมีผลกระทบทางบวกหรือทางลบต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ardell (1979 cited in Walker et al., 1987) ที่กล่าวว่าแบบแผนชีวิต หมายถึงพฤติกรรมทั้งหมดที่บุคคลควบคุม รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลกระทบก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคคล นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของแบบแผนชีวิตว่า หมายถึงนิสัยหรือแบบแผนของการดำเนินชีวิตที่มีความคงที่ภายในซึ่งสะท้อนทัศนคติและค่านิยมของบุคคลหรือวัฒนธรรมทั้งในเรื่องที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณีด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ค่านิยมทางสังคม และองค์กรทางสังคม (WHO, 1981 อ้างถึงใน ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา, 2541)

เพนเดอร์ (Pender, 1987; 1996) กล่าวถึงแบบแผนชีวิตว่า หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สนับสนุนซึ่งกันและกันในการก่อให้เกิดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีสำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคตามความหมายของเพนเดอร์ หมายถึงแนวโน้มของการคงสภาพของมนุษย์โดยมุ่งที่จะลดโอกาสที่จะเจ็บป่วยลง ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น เพนเดอร์ให้ความหมายว่าเป็นแนวโน้มที่มุ่งไปสู่ความสำเร็จในชีวิตของมนุษย์ โดยการพยายามคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก ความสำเร็จและการตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล ซึ่งเห็นได้ว่าหากบุคคลมีความตระหนักในศักยภาพของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้เขามีความสุขความพอใจในชีวิตมากกว่าการที่เขาเพียงแต่หลีกเลี่ยงการเกิดโรคเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับ Christine (1991 อ้างถึงใน ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา, 2541) ที่ให้ความหมายแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกลุ่มของพฤติกรรมซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคสำหรับแนวคิดของ Walker et al. (1987) กล่าวถึงแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพว่า คือการกระทำและรับรู้ของบุคคลเพื่อที่จะคงไว้หรือส่งเสริมให้เกิดความผาสุก ความรู้สึกมีคุณค่าและความสุขสมบูรณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล พบว่าการมีแบบแผนชีวิต และรูปแบบการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลมีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคคล การมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Life Styles) ถือว่าเป็นการพัฒนาให้ถึงศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว และชุมชน (จุฬารักษ์ โสตะ, 2546)

แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยแผลเปื้อนดึกที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามแนวคิดของ Walker et al. (1995 อ้างถึงใน สุวคนธ์ ทองคอนบม, 2541) ตามแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health – Promoting Lifestyle II) และการทบทวนวรรณกรรมอื่นๆ ดังนี้

3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility)

Walker (1997 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ได้กล่าวถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพว่า ประกอบด้วยความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ รวมถึงการค้นหาและสนใจในความผิดปกติของร่างกายตนเองที่อาจเกิดขึ้น เป็นความห่วงใยและเอาใจใส่ต่อสุขภาพ โดยการเลือกสรรสิ่งที่ดีสำหรับสุขภาพ (Travi & Ryan, 1981 cited in Walker, 1997 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) เป็นการกระทำของบุคคลในอันที่จะส่งเสริมความ

ผาสุกของตนเอง (Ardell, 1986 cited in Walker, 1997 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) โดยปกติแล้วมนุษย์ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง โดยบุคคลจะต้องกระทำทุกสิ่งทุกอย่างที่จะคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (Bedworth & Bedworth, 1982 อ้างถึงใน ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา, 2541) มีการให้บริการการดูแลสุขภาพพยาบาลทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วยจากองค์กรในสังคม (social agencies) ได้แก่ คลินิก โรงพยาบาล และบริษัทประกันสุขภาพ ซึ่งถือได้ว่าเป็นความรับผิดชอบต่อสุขภาพของบุคคลอย่างหนึ่ง (Edlin & Golanty, 1985 อ้างถึงใน ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา, 2541) นอกจากนี้จะต้องมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อให้ได้สุขภาพที่ดี

จากการศึกษาของอรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 150 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างไปพบแพทย์เมื่อมีอาการปวดท้องมากที่สุด และมีผู้ป่วยเพียง 2 รายเท่านั้น ที่เคยรักษาด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ แต่กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการใช้สมุนไพรและซื้อยารับประทานเองตามคำแนะนำของคนใกล้ชิด และตามสื่อโฆษณาและมีผู้ป่วย 1 คน ซึ่งเป็นกรรมกรก่อสร้าง ซื้อยาจากพ่อค้าเร่ ซึ่งเป็นยาชุดมารับประทาน นอกจากนี้ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรค โดยการอ่านข้อความประชาสัมพันธ์และการซักถามแพทย์และพยาบาล ยังมีผู้ป่วยบางส่วนระบุว่า ไม่เคยอ่าน และไม่คอยได้ซักถาม เนื่องจากอ่านไม่ออก อ่านไม่คล่อง ร่วมกับขาดแรงจูงใจ คือ ไม่อยากอ่าน ไม่สนใจ และจากความเกรงใจ ไม่กล้า ไม่อยากถาม กลัวถูกว่าเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณทิพย์ ทองคอนบม (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริราช 80 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในเรื่องการสนใจติดตามข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 1.90$, S.D. = 1.01) โดยให้เหตุผลว่า อ่านไม่คล่อง ไม่อยากอ่าน นอกจากนี้ร้อยละ 43.8 ต้องประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรม ทำให้มีเวลาน้อยหรือไม่มีเวลา เพราะต้องทำงานหนักเพื่อให้ได้เงินมาใช้จ่ายในครอบครัว แต่โดยภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.97$, S.D. = 0.49) โดยค่าเฉลี่ยรายข้อที่มีคะแนนสูงตามลำดับ ได้แก่ สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง และเล่าอาการที่ผิดปกติให้แพทย์ฟัง มีค่าเฉลี่ยค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 3.61$, S.D. = 0.68 และ $\bar{X} = 3.57$, S.D. = 0.68) และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 53.7 มีระยะเวลาของการเป็นโรคแผลเป็บติคอยู่ระหว่าง 1-12 เดือนมากที่สุด ซึ่งการเป็นโรคแผลเป็บติคช่วงระยะเวลาหนึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

ดังนั้นผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคจึงควรที่จะสนใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นของตนเอง โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อน หากมีอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์โดยเร็วพร้อมทั้งเล่าอาการที่ผิดปกติให้แพทย์ฟัง ควรมีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรค โดยสนใจติดตามข่าวสารต่างๆ เช่น จากหนังสือพิมพ์ รายการวิทยุ โทรทัศน์ และปรึกษาปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับแพทย์หรือพยาบาล รวมทั้งการมาตรวจตามแพทย์นัด

3.2 กิจกรรมทางกาย (Physical Activity)

Pender (1996) กล่าวว่าถ้าการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่คล่องแคล่วว่องไว กระฉับกระเฉง สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ทำให้มีสุขภาพดีขึ้นได้ กิจกรรมทางกายเป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยอาศัยการทำหน้าที่ของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญพลังงานเกิดขึ้น และเป็นการเคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย (Jones & Jones, 1997 อ้างถึงใน สิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) มีการปฏิบัติในกิจกรรมที่เบาหรือปานกลางเป็นประจำ โดยเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมยามว่าง (Walker, 1999 อ้างถึงใน สิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542)

การออกกำลังกาย หมายถึง การทำกิจกรรมโดยใช้แรงกล้ามเนื้อเคลื่อนไหวให้มีจังหวะที่เหมาะสมเพื่อร่างกายแทบทุกส่วนให้มีความคล่องแคล่ว ว่องไว แข็งแรง ผ่อนคลายความตึงเครียดจากงานหรือชีวิตประจำวัน โดยยึดหลักคือเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละไม่ต่ำกว่า 20 นาที (จุฬารักษ์ โสตะ, 2546)

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หมายถึง การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีการใช้ไขมันเป็นพลังงาน ใช้ออกซิเจนช่วยในการสันดาปเป็นระยะเวลานานติดต่อกันเพียงพอที่จะทำให้เกิดความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือดจึงจะมีผลต่อสุขภาพ โดยมีหลัก 3 ประการ คือ ความหนัก คือ ออกกำลังกายให้หนักพอเพื่อให้อัตราการชีพจรสูงถึง 170 – อายุ ครั้งต่อนาที ความนาน คือ ออกกำลังกายให้ติดต่อกันอย่างน้อย 15-20 นาที และความบ่อย คือ ออกกำลังกายวันเว้นวัน หรืออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

1) ชนิดของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่มีอยู่หลายชนิดแต่ละชนิดก็จะให้ผลต่อองค์ประกอบของความสมบูรณ์แข็งแรงไม่เหมือนกัน โดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

(1) การออกกำลังกายเพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน (Recreational exercise) เป็นการเล่นเพื่อพักผ่อนหย่อนใจคลายความเครียด เพื่อความสนุกสนาน เพื่อเข้าสังคม เช่น เทนนิส กอล์ฟ ปาเป้า หรือเปตอง เป็นต้น

(2) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพทั่วไป (General fitness exercise) เป็นการเสริมสร้างร่างกายด้านความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ ความคล่องตัว และความอ่อนตัว มีผลทำให้กล้ามเนื้อเจริญเติบโตและรูปร่างดี ได้แก่ การบริหารร่างกาย การฝึกยกน้ำหนัก โยคะ และถ้ายึดคน เป็นต้น

(3) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของหัวใจและปอด (Cardiopulmonary exercise หรือ aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ร่างกายได้รับออกซิเจนสม่ำเสมอตลอดเวลา มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ด้วยความเร็วพอประมาณถึงค่อนข้างเร็วในจังหวะที่สม่ำเสมอในช่วงเวลาหนึ่งอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 20 นาที และไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ได้แก่ การเดินเร็ว การวิ่งทน การถีบจักรยาน เป็นต้น

2) การออกกำลังกายในวิถีชีวิตประจำวัน (เนียนา หนูนิล, 2543 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543)

สมัยก่อนการออกกำลังกายก็คือนอกจากการทำงาน ทุกคนต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีวิตตนเองและครอบครัว เช่น ตอนเช้าต้องออกไปขุดดิน ทำไร่ ไถนา ผ่าฟัน ตอนเย็นต้องดักน้ำ คำข้าว ปั่นฝ้าย ทอผ้า เป็นต้น ซึ่งต้องทำงานตลอดทั้งวัน การออกกำลังกายจึงเป็นไปตามธรรมชาติในวิถีชีวิตประจำวัน จนกระทั่ง

สังคมเปลี่ยนไปการออกกำลังกายของคนบางกลุ่มจึงเปลี่ยนไป คือเมื่อต้องการออกกำลังกายต้องหาช่วงเวลาเพื่อเข้าไปเป็นสมาชิก สโมสรคลับ สนามกอล์ฟ สนามเทนนิส สนามแบดมินตัน สระว่ายน้ำ และสถานที่เดินเอโรบิก เป็นต้น

สำหรับผู้ที่ต้องการออกกำลังกายแต่หาเวลาว่างไม่ได้ หรือไม่ชอบการออกกำลังกายอย่างที่กำลังมาแล้ว สามารถออกกำลังกายได้โดยการเพิ่มกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยการให้ร่างกายได้ใช้พลังงานเพิ่มขึ้นแทนการนั่งเฉยๆ ตลอดทั้งวัน เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ การเดินออกไปพูดธุระกับเพื่อนที่อยู่ใกล้ทำงานเดียวกันแทนการใช้โทรศัพท์ การเดินไปรับประทานอาหารกลางวันแทนการนั่งรถ ในขณะที่ต้องทำงานบนโต๊ะนานๆ ควรหาเวลา 4 – 5 นาที ออกกำลังกาย เพื่อเป็นการยืดเส้นยืดสายบนเก้าอี้ ส่วนช่วงเวลาพักควรหาเวลาเดินเล่น และเมื่อกลับกลับบ้านก็ควรทำงานบ้านด้วยตนเอง และหากมีเวลาเหลือก็ควรหางานอดิเรกทำ เช่น การปลูกต้นไม้หรือผักสวนครัว ถ้างรถ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วในกิจวัตรประจำวันหรือการออกกำลังกาย พลังงานที่ใช้ไปรวมแล้วต้องไม่น้อยกว่า 200 แคลอรีต่อวัน จึงจะสามารถช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้หรือเป็นส่วนเสริมในการลดน้ำหนักได้ส่วนหนึ่ง

การศึกษาของสุวคนธ์ ทองคอนบม (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผล เป็ปติค พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.52$, S.D. = 0.77) โดยมีการออกกำลังกายในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน เช่น การเดินแทนการนั่งรถในระยะทางใกล้ๆ การเดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟท์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 0.86)

ดังนั้นการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยแผลเป็ปติคเรื้อรัง จึงเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติตนที่คล่องแคล่วว่องไว กระฉับกระเฉง ในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันควรได้มีการออกกำลังกายไปด้วย เช่น การเดินหลังรับประทานอาหารเช้า การเดินขึ้นลงบันได การมีงานอดิเรกทำ การเดินแทนการนั่งรถในระยะทางใกล้ๆ เป็นต้น รวมถึงวิธีการออกกำลังกายและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ การเดิน การวิ่งเหยาะๆ การฝึกกายบริหาร เป็นต้น เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกายและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20 นาทีหรือมากกว่า

3.3 โภชนาการ (Nutrition)

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของคนเรา การบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกายและปราศจากความเป็นพิษ จะช่วยให้ร่างกายมีการเจริญเติบโตตามวัย และอวัยวะต่างๆ สามารถทำงานได้อย่างปกติ ในทางตรงกันข้ามหากบริโภคอาหารไม่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดปัญหาโภชนาการ (Malnutrition) ทั้งในด้านภาวะโภชนาการขาด (Undernutrition) และภาวะโภชนาการเกิน (Overnutrition) นอกจากนี้การบริโภคที่ไม่เหมาะสมยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง เป็นต้น โภชนาการจะเกี่ยวข้องกับความรู้ในการเลือกและการบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อการยังชีพและสุขภาพ รวมถึงการเลือกอาหารที่ถูกต้องในแต่ละวันตามปิระมิดแนะนำอาหาร (food guide pyramid) (Walker, 1999 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542)

จากการศึกษาของสุดาพรรณ ควรสถาพรทวี (2535) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลรามารักษ์ 150 ราย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่

กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุดร้อยละ 71.3 คือ การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา โดยให้เหตุผลว่าไม่ว่างถึงร้อยละ 66.3 สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร ในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 120 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา การรับประทานอาหารจนอิ่มมาก รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ มีจำนวนมากน้อยตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 75.8, 52.5, 48.3, 42.5 และ 37.5

การศึกษาของวริยา วชิราวัฒน์ และคณะ (2538) ที่ศึกษาการสำรวจปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็ก ในเขตพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก 95 ราย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและสิ่งเสพติดซึ่งผู้ป่วยบริโภคเป็นประจำทุกวัน และความถี่สูงสุดได้แก่ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา การรับประทานอาหารจำพวก เนื้อสัตว์ นม และถั่ว การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารอิ่มเกินไป การรับประทานอาหารเผ็ดจัด การดื่มกาแฟ และรับประทานยากระตุ้นประสาทต่างๆ เรียงตามลำดับ การศึกษาของมาลินี โควนิชย์ & เสาวนีย์ หวังปริดาเลิศกุล (2541) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยา (ยาของ ยาชุด ยาแก้ปวดข้อ และยาอุกกลอน) ของผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารที่มีการติดเชื้อและไม่มีการติดเชื้อ H. Pylori ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกระเพาะอาหารและทำ Clo-test จำนวน 106 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมากกว่าร้อยละ 50 เคยใช้ยาของแก้ปวด และยาแก้ปวดข้อ นอกจากนี้การศึกษาของสุวคนธ์ ทองคอนบม (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริราช 80 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านภาวะโภชนาการอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.40$, S.D. = 0.43) ค่าเฉลี่ยรายข้อที่มีค่าคะแนนสูงตามลำดับ ได้แก่ การไม่ซื้อยาแก้ปวดที่มีชาลิซัลเลท เช่น แอสไพริน ทัมใจ บวดหาย มารับประทานเอง ($\bar{X} = 3.91$, S.D. = 0.32) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ในแต่ละวันจะรับประทานให้ได้คุณค่าของอาหารครบถ้วน ทั้งเนื้อสัตว์ แป้ง ไขมัน ผักและผลไม้ ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 0.44) และไม่ดื่มเหล้าหรือของที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 3.68$, S.D. = 0.66) อย่างไรก็ตามพบกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งร้อยละ 21.3 สูบบุหรี่เป็นประจำ โดยให้เหตุผลว่าเครียดหรือไม่สบายใจ และสูบบุหรี่เป็นประจำอยู่แล้ว

สำหรับผู้ป่วยแผลเป็บติคที่มีภาวะแทรกซ้อน พบการศึกษาของพิจารณ์ คำทอง (2436) ที่ศึกษาผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ ที่รักษาทางศัลยกรรม จำนวน 288 ราย เวลา 4 ปี (พ.ศ. 2532-2535) ในโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกินยาแก้ปวดเป็นประจำ (ร้อยละ 46.87) มีประวัติกินยาชุด (ร้อยละ 68.57) ซึ่งเป็น ยาแก้ปวดกลืนเนื้อ แก้ปวดข้อและยาเจริญอาหาร สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบ ร้อยละ 64.93 และการดื่มเหล้าเป็นประจำ พบร้อยละ 41.66 สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา กิตติคุณ (2541) ที่ศึกษาภาวะเลือดออกจากแผลเป็บติค ในโรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างปี พ.ศ. 2536-2540 พบว่า ในเพศชายปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ การดื่มสุราร่วมกับการสูบบุหรี่ ร้อยละ 43.53 การใช้ยา NSAIDs พบร้อยละ 19.42 การดื่มสุราอย่างเดียว ร้อยละ 12.23 การใช้ยาสเตียรอยด์ ร้อยละ 11.87 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 7.19 การทานยาสเตียรอยด์ ร่วมกับ NSAIDs ร้อยละ 5.76 สำหรับในเพศหญิงพบปัจจัยเสี่ยงมากที่สุด คือ การใช้ยา NSAIDs ร้อยละ 54.41 แต่การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ พบเพียง ร้อยละ 11.03 และ 8.09 ตามลำดับ

นอกจากนี้พบการศึกษาของสมบุรณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์ (2541) ที่ศึกษาผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนที่ได้รับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2537-2540 พบว่า ปวดท้อง กินยารักษาโรคกระเพาะ ร้อยละ 16.13 ใช้ยาชุด ร้อยละ 35.48 ใช้ยาแก้ปวด ยารักษาโรคข้อกระดูก ร้อยละ 50.00 ดื่มน้ำ ร้อยละ 29.03 ใช้ยาแก้ปวดและสุรา ร้อยละ 11.2

โภชนาการสำหรับผู้ป่วยแผลเป็บติกระเรื้อรังนั้น ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน ไม่ควรรับประทานอาหารจนแน่นหรืออึดเกินไปในแต่ละมื้อ ไม่ปล่อยให้ท้องว่างหรือหิวจัด โดยเพิ่มอาหารว่างหรือมีอาหารระหว่างมื้อ และรับประทานอาหารให้ตรงเวลา หลีกเลี่ยงอาหารรสเผ็ด หรือเปรี้ยวจัด อาหารมัน อาหารย่อยยาก อาหารแข็งหรือเหนียว เช่น ถั่ว เนื้อสัตว์เหนียวๆ หน่อไม้ เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงขนมหวานต่างๆ ขนมเค้ก ขนมกรุบกรอบเคลือบน้ำตาล ลูกกวาด ลูกอม ไอศกรีม น้ำอัดลม ที่ปรุงรสด้วยน้ำตาลที่ผ่านกระบวนการเคมีมาแล้ว เพราะจะทำให้เกิดกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มมากขึ้น อาหารที่รับประทานร้อยละ 80 ควรเป็นอาหารมีฤทธิ์เป็นด่าง เช่น ผลไม้ ผักสด ผักสุก นมและผลไม้แห้ง เป็นต้น และอีกร้อยละ 20 ของอาหารควรมีฤทธิ์เป็นกรด เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว ปลา ไข่ เนย ขนมนึ่ง ข้าวและน้ำตาล ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียดและไม่รับประทานอาหาร นอกจากนี้ผู้ป่วยควรงดสูบบุหรี่ งดดื่มชา กาแฟ สุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะจะกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดเพิ่มมากขึ้น ไม่ซื้อยาแก้ปวดที่มีชาลิซัลเลท เช่น แอสไพริน ทัมไมด์ บวดหาย เป็นต้น ยาที่มีสเตียรอยด์ เช่น เพรดนิโซโลน ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ยาชุดแก้ปวดลดไข้ เป็นต้น มารับประทานเอง หรือภายหลังรับประทานยาแก้ปวดดังกล่าวแล้วต้องรับประทานยาลดกรดด้วยทุกครั้ง

3.4 การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)

การเจริญทางจิตวิญญาณจะมุ่งไปที่การพัฒนาจิตของบุคคล โดยเชื่อมโยงคนเรากับสิ่งที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ (transcending) เชื่อมประสาน (connecting) และการพัฒนา (developing) สิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติจะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความสมดุลของตนเอง ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสงบสุข มีการคิดสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ๆ การคิดต่อเป็นความรู้สึกกลมกลืนไปกับทุกสิ่งทุกอย่างในโลก ส่วนการพัฒนาเกี่ยวข้องกับการค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต และทำงานไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ (Walker, 1999 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) การเจริญทางจิตวิญญาณเป็นความสามารถในการแสวงหาแนวทางในการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมาย เพื่อก่อเกิดความพึงพอใจและความสงบสุขในชีวิต โดยมีความสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพ เพราะความเชื่อเกี่ยวกับการเจริญและพัฒนาทางจิตวิญญาณจะมีอิทธิพลต่อการให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ประเมินได้จากความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย จะทำให้บุคคลได้พบกับความสุขและนำไปสู่ความมีเหตุผลในการดำเนินชีวิต ก็จะมีสุขภาพจิตที่ดี ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีความยืดหยุ่นในสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมในทางที่ดี มองสภาวะทุกอย่างด้วยความจริงตามธรรมชาติ โดยมีหลักทางศาสนาเข้าช่วย เกิดความหวังว่าจะมีชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอนาคต ทำให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตเพื่อปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ (สุวคนธ์ ทองคอนบม, 2541)

วริยา วชิราวัจน์ และคณะ (2536) ศึกษาปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็ก ในเขตพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก ที่โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี และ

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี 95 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีคนหวังดี ขาดความรัก ขาดความสุขไม่ปลอดโปร่งใจ รู้สึกไม่สดชื่นกระตือรือร้น และการศึกษาของสุวคนธ์ ทองดอนบม (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริราช 80 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการเจริญและพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.39$, S.D. = 0.42) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 97.4 นับถือศาสนาพุทธ โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อ ได้แก่ หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้นในอนาคต ($\bar{X} = 3.66$, S.D. = 0.63) มีการปรับปรุงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น ($\bar{X} = 3.40$, S.D. = 0.62) และมีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต ($\bar{X} = 3.30$, S.D. = 0.81)

การเจริญทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยแผลเป็บติคเรื้อรังนั้น ผู้ป่วยควรมีการปรับปรุงตนเองไปในทางที่ดี มองโลกในแง่ดี มีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต กำหนดเป้าหมายในชีวิตที่เป็นไปได้ รู้สึกพอใจกับชีวิตที่สงบสุข มีสิ่งที่นับถือหรือศรัทธา สามารถเปิดใจรับสิ่งที่ท้าทายต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ และทราบถึงจุดเด่นจุดด้อยของตนเอง

3.5 การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations)

Walker (1999 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ได้ให้ความหมายของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า เป็นการวางเงื่อนไขในการติดต่อสื่อสาร เพื่อส่งเสริมความรู้สึกของความผูกพันอันลึกซึ้ง (intimacy) และความใกล้ชิด มากกว่าการติดต่ออย่างเป็นทางการ การติดต่อสื่อสารจะรวมถึงการแบ่งปันความคิด ความรู้สึกทั้งที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการยอมรับของบุคคลทั้งสองฝ่าย โดยการติดต่อสื่อสารทั้งการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง ซึ่งก่อให้เกิดทั้งการให้และการรับ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกต่อกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การมีสัมพันธภาพที่ดีนั้น จะทำให้ได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา ให้กำลังใจ หรือด้านการเงิน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่และปรับตัวได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี สัมพันธภาพนั้นเริ่มต้นตั้งแต่ในระดับครอบครัวเป็นการเรียนรู้บทบาทของผู้ให้และผู้รับ ถ้าในครอบครัวมีความอบอุ่น ช่วยเหลือดูแลกันก็จะเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี เพราะครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน (Pender, 1996) เนื่องจากบุคคลในครอบครัวจะมีความใกล้ชิดความผูกพันกันมากที่สุด และจะเป็นการนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีกับบุคคลอื่นอันนำมาซึ่งความสุขใจ

การศึกษาของสุวคนธ์ ทองดอนบม (2541) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริราช 80 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.55$, S.D. = 0.44) ค่าเฉลี่ยรายข้อที่มีคะแนนสูงตามลำดับ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนที่เกี่ยวข้องด้วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.76$, S.D. = 0.45) รองลงมา คือ ได้รับกำลังใจหรือการช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 0.63) และให้ความรักแก่คนรอบข้าง ($\bar{X} = 3.68$, S.D. = 0.58) นอกจากนี้ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีพฤติกรรมด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่เหมาะสม โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 8.8 ไม่พูดคุยหรือปรึกษาปัญหากับคนใกล้ชิด ในจำนวนนี้

จำนวน 3 ราย ให้เหตุผลว่าไม่อยากจะให้คนใกล้ชิดไม่สบายใจ และบางเรื่องสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้
จำนวน 1 ราย ไม่มีเวลาที่จะปรึกษากับคนใกล้ชิดเพราะต้องประกอบอาชีพรับจ้าง

ผู้ป่วยแผลเป็ปติกระังควรมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น โดยการพบปะสังสรรค์ พุดคุยหรือ
ปรึกษาหารือ โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด รู้สึกพอใจในการพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น
รวมถึงการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลสุขภาพ และเรื่องอื่นๆ การมีปฏิสัมพันธ์จะช่วยลดความเครียด
หรือความวิตกกังวลลงได้ เป็นการลดความเสี่ยงของการเกิดแผลเป็ปติทางหนึ่ง หากผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์
กับผู้ป่วยด้วยกันจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพซึ่งกันและกัน

3.6 การจัดการกับความเครียด (Stress Management)

ความเครียดเป็นภาวะที่มนุษย์ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน อาจเป็น
ความเครียดภายในร่างกาย (Internal Stress) เช่น เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย หรือความเครียดที่
เกิดในช่วงของพัฒนาการแต่ละวัย หรือความเครียดจากภายนอกในร่างกาย (External Stress) เช่น จาก
สภาพแวดล้อมภายนอก ที่เป็นทางด้านกายภาพหรือสถานการณ์หรือวิกฤตการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือการ
เจ็บป่วยแก่ร่างกาย

บุคคลแต่ละบุคคลจะตอบสนองต่อความเครียดแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ การปรับตัว
พื้นฐานของร่างกาย ความเชื่อ ทัศนคติ วัฒนธรรม ฯลฯ ของแต่ละบุคคลที่มีต่อความเครียด ความเครียดใน
ระดับที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดพลังสร้างสรรค์ แต่ความเครียดในระดับสูงที่บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองและใช้
กลไกการปรับตัวไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดปัญหาดังแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจมี
ผลกระทบโดยตรงต่อวิถีชีวิตได้

Lazarus & Folkman (1984 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) ได้รวบรวมความหมายและ
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและจัดหมวดหมู่ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ให้ความหมายของความเครียดว่า หมายถึง การที่บุคคลต้องเผชิญกับสิ่งเร้าทั้งสิ่งเร้า
ภายนอกและสิ่งเร้าภายในบุคคล ซึ่งมีผลกระทบมีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นๆ สิ่งเร้าเหล่านี้สามารถแบ่งตาม
ระยะเวลาของการกระตุ้นได้คือสิ่งเร้าที่กระตุ้นบุคคลในเวลาอันสั้นอย่างรวดเร็ว สิ่งเร้าที่กระตุ้นบุคคลอย่าง
ต่อเนื่อง สิ่งเร้าที่มากกระตุ้นบุคคลในระยะเวลาช่วงหนึ่ง สิ่งเร้าที่มากกระตุ้นบุคคลเป็นระยะเวลานาน

กลุ่มที่ 2 ให้ความหมายของความเครียดในแนวคิดของปฏิกิริยาที่บุคคลได้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามา
คุกคามหรือทำอันตรายตนเองโดยอธิบายว่า ความเครียด หมายถึง การที่บุคคลได้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มาทำ
อันตราย หรือคุกคามโดยมีปฏิกิริยาได้ตอบ ทั้งทางพฤติกรรมและอารมณ์ต่างๆ

กลุ่มที่ 3 ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นความสัมพันธ์ของสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบและ
ปฏิกิริยา ได้ตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น โดยอธิบายว่า ความเครียด หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งเร้า
โดยบุคคลเกิดการรับรู้ และประเมินสิ่งเร้าที่เข้ากระทบต่อตนเองว่าไม่สามารถที่จะรับมือได้ เนื่องจากศักยภาพ
ที่มีอยู่ของ ตนเองมีน้อยกว่าความรุนแรงของสิ่งเร้า

Lazarus and Folkman (1984 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) กล่าวว่าการบริหารจัดการ
ความเครียด หมายถึง ความพยายามของความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความเครียดทั้ง
ภายในและภายนอกของบุคคล ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของบุคคล

Pender (1996 ; 2002) ได้เสนอวิธีการควบคุมและจัดการกับความเครียดได้ครอบคลุมตามความเชื่อและแนวคิดของความเครียดทั้ง 3 กลุ่มที่กล่าวข้างต้นดังนี้

1) ลดความถี่ของสิ่งเร้าที่มากระตุ้นบุคคลที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น การเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในชีวิต การกำหนดช่วงเวลาและการบริหารเวลา

2) การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด เช่น การออกกำลังกาย การเพิ่มคุณค่าในตนเอง การเสริมสร้างประสิทธิภาพของตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่นให้กับตนเอง (assertiveness) พัฒนาเป้าหมายทดแทนให้บรรลุผลสำเร็จ การสร้างแหล่งแก้ไข (coping resources)

3) สร้างสถานการณ์ด้านทานสิ่งเร้าทางสรีรวิทยา เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลายที่ทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายและลดความเครียด

3.7 การบริหารจัดการกับความเครียด (จุฬารักษ์ โสตะ, 2546)

เมื่อเกิดความเครียดควรหาทางผ่อนคลายความเครียดเพื่อช่วยให้จิตใจสงบสุข ซึ่งวิธีการคลายความเครียดมีหลายวิธีสามารถเลือกปฏิบัติได้ตามความเหมาะสม ดังนี้

1) ทบทวนหาสาเหตุของความเครียด โดยอาจพิจารณาด้วยตนเองหรือปรึกษากับคนใกล้ชิดที่ไว้วางใจหรืออาจจะปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ เมื่อพบสาเหตุแล้วจะได้หาทางแก้ไขต่อไป

2) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่ตนเองถนัดเหมาะสมกับวัยและสภาพแวดล้อม เช่น การเดิน วิ่ง การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ ฯลฯ ควรเลือกการออกกำลังกายกลางแจ้งร่วมกับเพื่อนๆ หรือสมาชิกในครอบครัวเพื่อความสนุกสนานร่วมกัน

3) รับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ ในขณะที่เครียดอาจทำให้มีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย จึงควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย งดอาหารรสจัดและควรรับประทานอาหารให้ครบห้าหมู่

4) นอนหลับให้เพียงพอ คนที่มีความเครียดมักจะนอนไม่หลับ หลับยากหรือหลับแล้วฝันร้าย ซึ่งส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียได้ถ้ามีอาการนอนไม่หลับควรปฏิบัติดังนี้

(1) พยายามนอนกลางวัน เพราะถ้านอนกลางวันมากกลางคืนก็จะไม่่วง และควรเข้านอนเป็นเวลา หากยังไม่่วงให้หากิจกรรมอื่นทำไปก่อน เช่น อ่านหนังสือ หรือฟังเพลง เป็นต้น

(2) ออกกำลังกายในช่วงเย็น จะช่วยให้นอนหลับดีขึ้น

(3) ก่อนเข้านอนอย่างดื่ม น้ำชา กาแฟ เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้ระบบประสาทตื่นตัว ส่งผลให้นอนไม่หลับ และอย่าใช้ยานอนหลับหรือยากล่อมประสาท ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเพื่อความปลอดภัย

5) ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยใหม่ เช่น จัดสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบ ทำความสะอาดบ้านเรือนให้ดูงามตา เป็นต้น

6) ทำงานอดิเรกที่ตนเองชื่นชอบ เช่น การปลูกต้นไม้ หรือสะสมสิ่งของที่ตนเองชอบ

7) หาความสนุกสนานเพลิดเพลินหรือเปลี่ยนบรรยากาศ เช่น การท่องเที่ยว การชมภาพยนตร์ ฟังเพลง ฯลฯ

8) พยายามฝึกตนเองให้มีอารมณ์ขัน รู้จักหัวเราะเสียบ้างจะช่วยผ่อนคลายความเคร่งเครียดในชีวิตลงได้ ควรอยู่ใกล้คนที่มามีอารมณ์ขันและถ้ามีเวลาว่างควรวางหนังสือประเภทบันเทิง หรือดูหนังตลกบ้าง เพื่อให้มีอารมณ์ขันซึ่งจะช่วยให้คลายเครียดได้

9) รู้จักให้อภัยคนอื่น ความโกรธที่อัดแน่นอยู่ในใจเป็นสาเหตุให้จิตใจขาดความสงบสุข ถ้าให้อภัยผู้อื่นจะทำให้จิตใจสงบขึ้น

10) ทำสมาธิ การทำสมาธิจะช่วยให้เรามีจิตใจสงบสุข ควรเลือกสถานที่เงียบสงบไม่มีสิ่งรบกวน เช่น ห้องพระ ห้องนอน มุมสงบในบ้าน หรือวัด นอกจากนี้การร่วมกิจกรรมทางศาสนาจะทำให้จิตใจสงบผ่อนคลายความเครียดได้ดียิ่ง เช่น การฟังเทศน์ การสวดมนต์ เป็นต้น

การศึกษาของอรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร ในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 120 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85 มีความเครียดมากในช่วงเวลาที่เริ่มป่วยด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร สำหรับการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีพฤติกรรมการเล่นกีฬา ออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 1.62 และ 2.36 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.04 และ 0.96 ตามลำดับ การศึกษาของสุวคนธ์ ทองดอนบม (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริราช 80 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.55) ดังจะเห็นได้จาก การยอมรับสิ่งต่างๆ ในชีวิตที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.61) การมีบุคคลให้ความช่วยเหลือในระหว่างเจ็บป่วยถึงร้อยละ 93.7 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีที่ระบายออกเมื่อมีความเครียด หรือเรื่องไม่สบายใจ และมีวิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือพิมพ์หรือวารสาร ปลูกต้นไม้ เป็นต้น ($\bar{X} = 3.23$, S.D. = 0.97) และ การศึกษาของ Wachirawat (2001) ที่ศึกษาอิทธิพลของวิถีชีวิต บุคลิกภาพก้าวร้าว ความเครียดเรื้อรัง และภาวะติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร ต่อการเกิดโรคแผลเป็บติค ในโรงพยาบาลศิริราช 140 ราย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคแผลเป็บติค ได้แก่ ความเครียดเรื้อรัง (aOR 2.9, $p = 0.01$; 95%CI, 1.3-6.5) และประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคแผลเป็บติค (aOR 2.4, $p < 0.03$; 95%CI, 1.1-5.1) และพบว่าวิถีชีวิตที่มีผลร่วม (interaction effect) กับความเครียดในการทำให้เกิดแผลเป็บติค ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา (aOR 4.8, $p = 0.01$; 95%CI, 1.3-16.9)

ผู้ป่วยแผลเป็บติคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนควรมีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม เช่น การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6 – 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยควรทราบถึงสาเหตุ หรือที่มาของความเครียด เลือกใช้กลวิธีในการควบคุมความเครียดอย่างเหมาะสมกับตนเอง หากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ หรือทำสมาธิ เป็นต้น โดยใช้เวลาอย่างน้อยวันละ 15 – 20 นาที รวมถึงการทำจิตใจให้สบายก่อนเข้านอน

4. การประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เป็นวิถีทางในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล เพื่อยกระดับความ ผาสุก ความสำเร็จและความสมบูรณ์ในชีวิต มีผู้ที่ศึกษาและคิดพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้สำหรับประเมินแบบ แผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไว้หลายท่านด้วยกัน ดังนี้

มหาวิทยาลัยวิสคอนซิน – สตีเวน พอยท์ (University of Wisconsin – Stevens Point) ได้สร้าง แบบสอบถามเพื่อประเมินแบบแผนชีวิตแบบแผนชีวิต (The Life Style Assessment Questionnaire) ใน โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Program) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ให้เลือกข้อมูลในการให้ คำปรึกษาแบบรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม โดยประเมินแบบแผนชีวิต 11 ด้าน ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย สังคม และอารมณ์ ได้แก่ การออกกำลังกาย (Physical – exercise) โภชนาการ (Physical – nutrition) การดูแล ตนเอง (Physical – self – care) การรักษาความปลอดภัย (Physical – vehical safety) การใช้สารเสพติด (Physical – drug abuse) การรักษาสิ่งแวดล้อม (Social – environment) การตระหนักและยอมรับในตนเอง (Emotional – awareness and acceptance) การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional – management) การรู้จักคิดหา เหตุผล (intellectual) การประกอบอาชีพ (Occupational) และจิตวิญญาณ (Spiritual) (Hettler, 1984 cited in Pender, 1987)

Travis (1977 cited in Pender, 1987) สร้างเครื่องมือที่ใช้ประเมินแบบแผนชีวิตของบุคคลแบบสั้น เป็น เครื่องมือชี้วัดความผาสุก คือ The Wellness Index เพื่อให้พยาบาลใช้ในการประเมินแบบแผนชีวิตของผู้ป่วย ในระยะแรกรับการรักษา เมื่อผู้รับบริการมีเวลาในการตรวจจำกัด โดยมีคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม 4 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อตนเอง โภชนาการ การรับรู้สภาพร่างกาย และการจัดการกับความเครียด ข้อคำถาม 16 ข้อ และมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ นานๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง

Pender (1982 cited in Walker et al., 1987) ได้สร้างเครื่องมือประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตและสุข นิติยประจำวันของบุคคล (The Lifestyle Health Habits Assessment: LHHA) จากการศึกษาและทบทวน วรรณกรรมต่างๆ เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 100 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบกากบาทถูก – ผิด โดยใช้วัดพฤติกรรมที่ผู้ป่วย ปฏิบัติจริง 10 ด้าน คือ

1) ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General Competence in Self-Care) ข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจใน การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การสังเกตความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

2) ด้านโภชนาการ (Nutritional Practices) ข้อคำถาม 16 ข้อ เป็นการประเมินถึงรูปแบบการ รับประทานอาหาร และลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมี คุณค่าทางโภชนาการ งดบริโภคเกลือหรือใช้เกลือในปริมาณเล็กน้อย สำหรับการปรุงอาหารและในระหว่าง การรับประทานอาหาร การงดเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือบริโภคในปริมาณที่จำกัด รวมไปถึงการ บริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนในปริมาณน้อย (ไม่เกิน 3 ถ้วย / วัน)

3) การมีกิจกรรมทางด้านร่างกายและสันทนาการ (Physical or Recreational Activity) ข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นการประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลในหนึ่งสัปดาห์ ความ

สนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเพิ่มสมรรถภาพทางกาย รวมถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืนของแต่ละบุคคล

4) รูปแบบการนอนหลับ (Sleep Patterns) ข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน สภาพการนอนหลับ ความพอใจต่อการนอนหลับ ความต้องการเกี่ยวกับการนอนหลับ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ เช่น ยา ความเครียด ความกังวล ซึ่งเป็นปัญหาในการนอนหลับ วิธีแก้ไขหรือจัดหาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ รวมไปถึงที่นอน ท่าทางในการนอนหลับที่ก่อให้เกิดความสบาย และทำให้เกิดการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพ

5) การจัดการกับความเครียด (Stress Management) ข้อคำถาม 11 ข้อ เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6) ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (Self - Actualization) ข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีความสุขทางจิตใจ และสุขภาพกายที่ดีตามมาในที่สุด

7) ความคาดหวังในชีวิต (Sense of Purpose) ข้อคำถาม 4 ข้อ เป็นการประเมินว่าบุคคลควรจะมีจุดหมาย รวมถึงกำหนดเป้าหมายในชีวิตไว้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with Others) ข้อคำถาม 11 ข้อ เป็นการประเมินถึงความสามารถและวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่างๆ ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียด หรือช่วยในการแก้ไขปัญหาต่างๆ

9) การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environmental Control) ข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ มลภาวะต่างๆ เช่น เสียงที่ดังเกินไป สารพิษ สัตว์ที่เป็นพาหะของโรค ฝุ่นควัน รวมไปถึงการป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน

10) การใช้บริการทางสุขภาพ (Use of Health Care System) ข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการเลือกใช้สถานบริการทางด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ความกระตือรือร้นในการหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง ปัญหาสุขภาพอนามัย รวมทั้งการตรวจสุขภาพ เพื่อตรวจหาความผิดปกติต่างๆ ของร่างกายจากบุคลากรที่มสุขภาพ

Walker et al. (1987) ได้สร้างเครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ คือ The Health - Promoting Lifestyle Profile: HPLP จากการนำเครื่องมือ The Lifestyle and Health Habit Assessment (LHHA) ของ Pender (1982) มาพัฒนาและปรับปรุง โดยตัดและเพิ่มในบางข้อ รวมเป็น 107 ข้อ ส่วนคำตอบได้เปลี่ยนเป็นระดับคะแนน 4 ระดับ จาก 1 ถึง 4 คือ 1 เท่ากับ ไม่เคย 2 เท่ากับ บางครั้ง 3 เท่ากับ บ่อยครั้ง และ 4 เท่ากับ เป็นประจำ หลังจากนั้นได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นและทดลองใช้ หลังการทดลองใช้ และวิเคราะห์ผลได้ปรับปรุงเหลือข้อความ 48 ข้อ โดยรวมการประเมินแบบแผนชีวิตตามแนวคิดของ Pender (1982) ที่มีความคล้ายคลึงและซ้ำซ้อนไว้ด้วยกัน เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ

1) ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (Self - Actualization) ข้อคำถาม 13 ข้อ เป็นการรวมข้อคำถามของ ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (Self - Actualization) และความคาดหวังในชีวิต (Sense of Purpose) ของ LHHA

ไว้ด้วยกัน ความสำเร็จในชีวิตแห่งตนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อแบบแผนชีวิต เป็นความมุ่งหมายหรือตั้งใจที่จะพัฒนาตนเอง ซึ่งรวมถึงประสบการณ์และความพึงพอใจในตนเอง ต้องมีความเจริญก้าวหน้าต่อไป

2) โภชนาการ (Nutrition) ข้อคำถาม 6 ข้อ พัฒนามาจากข้อคำถามการปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition Practices) ของ LHHA เป็นรูปแบบการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้รับสารอาหารครบถ้วน

3) การออกกำลังกาย (Exercise) ข้อคำถาม 5 ข้อ พัฒนามาจากข้อคำถามการมีกิจกรรมทางด้านการร่างกายและสันทนาการ (Physical or Recreational Activity) ของ LHHA เป็นรูปแบบการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 25 – 30 นาที โดยคำนึงถึงประเภทและความหนักเบาในการออกกำลังกายให้พอเหมาะกับตนเอง

4) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นการรวมข้อคำถามของความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General Competence in Self – Care) และการใช้บริการทางสุขภาพ (Use of Health Care System) ของ LHHA ไว้ด้วยกัน เป็นการเอาใจใส่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพตนเอง โดยการหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง สนใจที่จะสังเกตความผิดปกติของร่างกาย และแสวงหาคำปรึกษาและการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีความผิดปกติ

5) การสนับสนุนระหว่างบุคคล (Interpersonal Support) ข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นการรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้คงความสนิทและดูน่าคบ เพื่อคงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับสังคม

6) การจัดการกับความเครียด (Stress Management) ข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นการรวมข้อคำถามของรูปแบบการนอนหลับ (Sleep Patterns) และการจัดการกับความเครียด (Stress Management) ของ LHHA ไว้ด้วยกัน เป็นการรับรู้สาเหตุของความเครียด และสามารถควบคุมความเครียดได้ โดยการใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมรวมทั้งการใช้เทคนิคต่างๆ จัดการกับความเครียด เช่น การทำสมาธิ การพักผ่อน เป็นต้น

เครื่องมือนี้ได้ตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยวิธีทดสอบซ้ำ (Test – retest reliability) โดยใช้กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 63 ราย ระยะห่างกัน 2 สัปดาห์ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ของคะแนนโดยรวมเท่ากับ 0.926 และในแต่ละด้านเท่ากับ 0.808 – 0.905 เครื่องมือ HPLP ได้รับความนิยมนำไปใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันอย่างกว้างขวาง ต่อมา Walker et al. (1995 cited in Acton & Malathum, 2000) ได้พัฒนาแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (The Health – Promoting Lifestyle Profile: HPLP II) จาก HPLP ของ Walker et al. (1987) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ คำตอบเป็นระดับคะแนน 4 ระดับ จาก 1 ถึง 4 คือ 1 เท่ากับ ไม่เคย 2 เท่ากับ บางครั้ง 3 เท่ากับ บ่อยครั้ง และ 4 เท่ากับ เป็นประจำ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1) การรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เช่น อ่านหรือดูโทรทัศน์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ถามปัญหาสุขภาพกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2) การออกกำลังกาย (Physical activity) เช่น ออกกำลังกายมากกว่าวันละ 20 นาที อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (เดินเร็ว ขี่จักรยาน เดินแอโรบิก) ออกกำลังกายในการทำกิจกรรมระหว่างวัน (เดินย่อย อาหารกลางวัน ใช้บันไดแทนลิฟท์)

3) โภชนาการ (Nutrition) เช่น เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมัน กรดไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอล ต่ำ รับประทานผลไม้ 2-4 ครั้งต่อวัน

4) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เช่น พบปะเพื่อนฝูง เจรจาและ ประนีประนอมเมื่อเกิดความขัดแย้ง

5) การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เช่น มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ รู้ถึงสิ่งสำคัญในชีวิต

6) การจัดการกับความเครียด (Stress management) เช่น ทำกิจกรรมผ่อนคลายในแต่ละวัน

เครื่องมือนี้ยังคงแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน โดยปรับปรุงชื่อและข้อความ ให้มีความ ถูกต้องมากขึ้น ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน เปลี่ยนชื่อเป็น การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เนื่องจากผู้ใช้มีการสับสนกับความต้องการขั้นสุดท้ายของมาสโลว์ (Maslow) การสนับสนุนระหว่างบุคคล เปลี่ยนเป็น การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เพื่อให้แตกต่างจากการสนับสนุนทาง สังคม และการออกกำลังกาย เปลี่ยนเป็น กิจกรรมทางกาย (Physical activity) เพื่อให้มีระดับของการทำ กิจกรรมที่มีผลต่อสุขภาพกว้างขึ้นตามเป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2000 (Walker, 1999 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) เครื่องมือนี้ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาค่าความสอดคล้อง ภายใน (Internal consistency) ได้ค่าอัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยรวมเท่ากับ 0.94 และ รายด้านดังนี้ การรับรู้ความสุขภาพ 0.86 การออกกำลังกาย 0.85 โภชนาการ 0.80 การมีสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล 0.87 การเจริญทางจิตวิญญาณ 0.86 และการจัดการกับความเครียด 0.79 ค่าตอบวัด 4 ระดับ จาก ไม่เคยเลย เท่ากับ 1 ถึง บ่อยครั้ง เท่ากับ 4 พิสัย เท่ากับ 58-208 (Walker et al., 1995 cited in Acton, 2002)

สำหรับในประเทศไทยนั้น ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ได้นำเครื่องมือแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health - Promoting Lifestyle Profile II) ที่สร้างโดย Walker et al. (1995) ดังกล่าวมาแปลและแปล ย้อนกลับ (back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจำนวน 3 ท่าน เมื่อคำนวณหา ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าเท่ากับ 0.90 และหาความเชื่อมั่นด้วยการวัดซ้ำ (test-retest) โดยเว้นระยะห่าง 1 สัปดาห์ คำนวณหาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้เท่ากับ 0.85 ก่อนนำไปใช้ศึกษาใน ผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 200 ราย แปลความหมายคะแนนโดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของแต่ละ บุคคล (คะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อ) โดยมีคะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 1-4 แล้วนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยรวม แปลความหมายตามเกณฑ์ ดังนี้ (Pender, 1987 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ค่าเฉลี่ย 1.00-2.19 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.20-2.59 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย 2.60-2.99 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.00-3.39 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี และค่าเฉลี่ย 3.40-4.00 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

นอกจากการนำแบบประเมินดังกล่าวมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุแล้ว ยังมีการนำมาดัดแปลงเพื่อใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเช่นกัน สำหรับผู้ป่วยแผลเป็บติคนั้นพบเพียงการศึกษาของสุวรรณ ทองคอนบม (2541) ซึ่งศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริราช เครื่องมือดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน ดังนี้ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 5 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกาย 3 ข้อ ด้านโภชนาการ 12 ข้อ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 7 ข้อ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ 7 ข้อ และด้านการจัดการกับความเครียด 5 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ เป็นข้อความทั้งทางบวก 29 ข้อและทางลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นระดับค่าคะแนน 4 ระดับ คือ 1 ถึง 4 โดยข้อความด้านบวกนั้นคะแนน 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และคะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติประจำ โดยคะแนนรวมทั้งหาคอยู่ในช่วง 39 - 156 คะแนน ได้ค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81 การแปลผลคะแนนจะเปรียบเทียบกับค่ากลางของค่าเฉลี่ย ดังนี้ ค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 2.5 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี ถ้าค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.5 - 4 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health - Promoting Lifestyle) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ ได้แก่ วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532) ศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 60 ราย และผู้มีความดันโลหิตปกติ 74 ราย ในโรงพยาบาลรามาริบัติ แบบสอบถามแบบแผนชีวิต 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนา พบว่ากลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย และด้านสติปัญญาดีกว่ากลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเพศชาย มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพ ดีกว่าเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 25-39 ปี มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย และด้านสติปัญญาดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-60 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพดีกว่าระดับประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจและบริษัทเอกชน มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย และด้านสติปัญญาดีกว่ากลุ่มที่มีอาชีพอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Pender (1987) โดยนำเครื่องมือประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตและสุขนิสัยประจำวันของบุคคล (The Lifestyle Health Habits Assessment: LHHA) มาศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539) ศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี 275 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ อาชีพ การศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ละด้านแตกต่างกันไป ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าตากสินและศิริราช 160 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี ($\bar{X} = 2.98$) การรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพ และระยะเวลาที่เป็นโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ร้อยละ 16.82 ($p < 0.05$)

การศึกษาแบบแผนชีวิตโดยใช้เครื่องมือจาก The Health – Promoting Lifestyle Profile I ของ Walker et al. (1987) ได้แก่ การศึกษาของปาลิรัตน์ พรทวีกันทา (2541) ศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดลำปาง จำนวน 400 ราย พบว่าแบบแผนชีวิตด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตนของผู้สูงอายุในเขตชนบทมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง แต่แบบแผนชีวิตด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตชนบทมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แบบแผนชีวิตด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียดไม่มีความแตกต่างกัน อรุณ ธรรมสอน (2544) ศึกษาแบบแผนชีวิตปัญหาสุขภาพและความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งมีอายุ 75 ปีขึ้นไป จำนวน 310 ราย พบว่าปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิต ($r = -0.18$, $p < 0.01$) รายได้มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิต ส่วนอายุมากมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิต

การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Pender (1996) และแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยใช้แบบประเมิน The Health – Promoting Lifestyle Profile II ของ Walker et al. (1995) ได้แก่ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ 200 ราย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อายุ และรายได้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 38.17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นันเพชร หล่อตระกูล (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ และด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง และการสนับสนุนทางสังคมทั้งโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 วีรนุช ไตรรัตน์ (2545) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี 230 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของอารึกา ไชธรรม (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด 165 ราย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 37.70 ($R^2 = 0.37$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาดังกล่าวข้างต้นนอกจากจะพบความแตกต่างของแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองและชนบทแล้ว ปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละโรคล้วนมีความแตกต่างกัน