

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

พฤษภาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ บุญยรัตน์ ลอยศักดิ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

.....  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติยดวงศ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
..... ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา)

.....  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

.....  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติยดวงศ์)

.....  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 20 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558

## ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความมุ่งมั่นของผู้วิจัย ได้รับกำลังใจและความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิระดิษฐ์วงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขในส่วนที่บกพร่อง และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมเกียรติ สนั่นเกียรติเจริญ รองศาสตราจารย์ ดร.นัทธมน วุฒานนท์ ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ คุณพรทิพย์ เนินริมหนอง และคุณอริยา โภษเจริญ ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลตราด และ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ที่กรุณาให้ความสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี หัวหน้าภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา ตลอดจนเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่กรุณาให้โอกาส ช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาต่อ

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ ปลุกฝังให้มีการพัฒนาความคิดแนวทางในการพัฒนางานพยาบาล และเกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพมากยิ่งขึ้น

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่ บุพการี บุรพจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้ และประสบความสำเร็จในการศึกษาในวันนี้

บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์

55920257: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์/ พฤติกรรมสุขภาพ/ ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ (FACTORS RELATED TO HEALTH BEHAVIORS AMONG UPPER GASTROINTESTINAL REBLEEDING PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด., กาวานา กิรติคุณวงศ์, ประ.ด. 88 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ จำนวน 100 คน ที่มารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรม และแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาล 3 แห่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โรงพยาบาลตราด และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ( $r = -.40, p < .01$ ) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ( $p > .05$ )

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา ได้แก่ พยาบาลและทีมสุขภาพควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้วยการลดการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

55920257: MAJOR: ADULT NURSING; M. N. S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: FACTORS RELATED/ HEALTH BEHAVIORS/ UPPER

GASTROINTESTINAL REBLEEDING PATIENTS

BUSAYARAT LOYSAK: FACTORS RELATED TO HEALTH BEHAVIORS

AMONG UPPER GASTROINTESTINAL REBLEEDING PATIENTS. ADVISORY

COMMITTEE: WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D., PAWANA KEERATIYUTAWONG

Ph.D., 88 P. 2015.

This correlation descriptive study aimed to examine factors related to health behaviors among upper gastrointestinal rebleeding patients. Participants were 100 upper gastrointestinal rebleeding patients who admitted at surgical and medical inpatient departments of the three eastern regional hospitals including Prapokklao hospital at Chanthaburi, Trat hospital, and Somdet Phrayuppharat Sa Kaeo hospital. Instruments consisted of the Personal Information Questionnaire, Health Behavior Questionnaire, and the Perception of Health Belief Questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficients.

The findings showed that significant factors related to health behaviors was perceived barriers ( $r = -.40, p < .01$ ); whereas perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and cues to action were not related to health behaviors ( $p > .05$ ).

From research findings, nurses and other health professionals should promote health behaviors among upper gastrointestinal rebleeding patients by reducing perceived barriers to health behaviors.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	6
ขอบเขตการวิจัย .....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ .....	10
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ .....	15
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ .....	20
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ .....	26
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	33
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง .....	34
สถานที่ที่ศึกษา .....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	35
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย .....	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	39

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
4 ผลการวิจัย .....	42
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	42
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	42
5 สรุปและอภิปรายผล .....	51
การอภิปรายผลการศึกษา.....	52
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	57
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	58
บรรณานุกรม.....	59
ภาคผนวก .....	67
ภาคผนวก ก .....	68
ภาคผนวก ข .....	70
ภาคผนวก ค .....	82
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	88

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล.....	43
2	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วย.....	44
3	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละ ของพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ.....	46
4	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละ ของคะแนนการรับรู้โอกาส เสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อการ ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ.....	47
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร.....	49



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	7
2	โครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	16

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ (Upper gastrointestinal rebleeding) เป็นภาวะที่เกิดจากการมีเลือดออกตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น ไปจนถึงส่วนที่เหนือบริเวณลิแกเมนต์ออฟไทรซ์ (Ligament of treitz) (นนทลี เผ่าสวัสดิ์, 2553; สาวิตร์ โฆษิตชัยวัฒน์, 2554; Cohen, 2007; Lim & Ahmed, 2005) แบ่งออกได้เป็นภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดคอด (Variceal bleeding) และภาวะเลือดออกจากสาเหตุอื่น (Non-variceal bleeding) ทั้งนี้ภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดคอดส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดคอดที่หลอดอาหารโป่ง (Esophageal variceal) ซึ่งเกิดจากความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง (Portal hypertension) และในผู้ป่วยโรคตับแข็ง (Thabut & Bernard-Chabert, 2007) สำหรับภาวะเลือดออกจากสาเหตุอื่นสามารถแบ่งออกได้เป็น Primary bleeding และ Secondary bleeding โดยโรคที่เกิดจากภาวะ Primary bleeding เป็นโรคที่มีสาเหตุเกิดจากตัวโรคที่ทำให้มีเลือดออก ได้แก่ โรคแผลเป็บติค (Peptic ulcer) หรือแผลในกระเพาะอาหาร และแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น ซึ่งมักจะมีการติดเชื้อ Helicobacter Pylori (H. Pylori) ร่วมด้วย ส่วนโรคที่เกิดจากภาวะ Secondary bleeding ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลแล้วมีภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารส่วนต้น มักเป็น Erosive gastritis (Cohen, 2007) แผลที่เกิดจากภาวะ Mallory-weiss tears และภาวะเครียด (Cohen, 2007; Floch, 2005)

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เป็นภาวะที่พบบ่อยในระบบทางเดินอาหาร อีกทั้งยังเป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันด่วนที่ จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศเยอรมัน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นประมาณ 100 (Lim & Ahmed, 2005) และ 150 รายต่อแสนประชากรต่อปี (Klebl et al., 2005) และในเมืองปักกิ่งของประเทศจีนพบว่าในรอบ 30 ปีที่ผ่านมา พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนด้วยเรื่องโรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง และมีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารซ้ำ ร้อยละ 10 ถึง 20 ต่อแสนประชากรต่อปี ซึ่งพบทั้งเพศชายและเพศหญิง ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยพบในเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 14 และ 11 ตามลำดับ (Chi-Liang et al., 2014)

สำหรับสถิติในประเทศไทย ไม่ได้ระบุสถิติผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำโดยตรง แต่ระบุเป็นผู้ป่วยโรคระบบย่อยอาหาร จากสถิติสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรกระบบย่อยอาหารสูงถึง 817.09 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย จัดเป็นโรคลำดับที่ 5 ในการจัดลำดับอัตราผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุการป่วย 10 กลุ่มแรก ของผู้ป่วยทั้งประเทศและรายภาค (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) และยังพบอีกว่า ผู้ป่วยโรกระบบย่อยอาหารที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2550 ถึง ปี พ.ศ. 2552 มีอัตรา 709.4, 748 และ 817.09 ต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคตับ และ โรคแผลเป็บติคเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น และจากการศึกษาของ อุดม คชินทร (2553) พบว่าสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น คือ โรคแผลในกระเพาะอาหาร และแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น ถึงร้อยละ 69 และร้อยละ 12 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบอัตราการตายถึงร้อยละ 10 ถึง 15 ของการมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (จุมพล วิชาศรีศรี, 2553; Cohen, 2007)

จากข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2555 และปี พ.ศ. 2556 ของประชาชนในเขตภาคตะวันออก พบว่า จำนวนผู้ป่วยด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ในเขตภาคตะวันออก 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลตราด และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2555 และ 2556 จำนวนประมาณ 124 คน, 150 คน; 25 คน, 35 คน และ 20 คน, 33 คน ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี, 2556; หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลตราด, 2556 และหน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2556) จากข้อมูลสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ในเขตภาคตะวันออก มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่สูงขึ้น โดยสาเหตุการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มักจะเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (จรินทร์ ดวงแสง, 2551; ชูดาภรณ์ บุญเพ็ง, 2551; เสาวลักษณ์ วงศ์กาฬสินธุ์, 2550)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งเสริมให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค (Atisook et al., 2003; McCance & Huether, 2006) พฤติกรรมการใช้ยา ประเภทยาแก้ปวดหรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) (จิตรลา ชมบุญ, 2549; Abrams, 2004; Martin, 2005; McCance & Huether, 2006; Price & Wilson, 2003) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (จิตรลา ชมบุญ, 2549; Martin, 2005; Mitros & Rubin, 2008; Rivkin & Lyakhovetskiy, 2005) และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด (Atisook et al., 2003; McCance & Huether, 2006) ซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่

ไม่ถูกต้องเหล่านี้ ส่วนส่งผลให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ โดยสามารถที่จะป้องกันและแก้ไขได้ด้วยการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การใช้ยาที่ถูกต้องรวมถึงการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การผ่อนคลายความเครียดและการพักผ่อนที่เพียงพอ จะสามารถป้องกันหรือลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันหรือแก้ไขได้

การเจ็บป่วยด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ คือ อาจทำให้เกิดภาวะช็อค ความดันโลหิตต่ำ ภาวะโลหิตจาง ภาวะไตวายเฉียบพลัน จนทำให้เสียชีวิตได้ (วโรชา มหาชัย, 2550; Thabut & Bernard-Chabert, 2007) เกิดความเครียดและความวิตกกังวลกับอาการและโรคที่เป็นอยู่ (Ignatavicius & Workman, 2002; Price & Wilson, 2003) เนื่องจากมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนอาจถึงแก่ชีวิตได้ (Wilhelmsen & Berstad, 2004) ซึ่งหากผู้ป่วยมีความเครียดหรือเกิดความกดดันทางอารมณ์ จะส่งผลให้กระเพาะอาหารหลังกรดออกมาส่งผลทำให้อาการกำเริบบ่อยขึ้นได้ (สุรชาติ สิทธิปกรณ์, 2547) จนอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมรวมถึงมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง (สมถวิล จินดา, 2551) นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง และเข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง (สมถวิล จินดา, 2551; Spiegel et al., 2006; Vincent-Smith & Sinclair, 2006) จากผลกระทบดังกล่าวจะเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งอาจส่งผลถึงการรับรู้ต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเชื่อและการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับ Rosenstock (1974) และ Becker (1974) ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อและการรับรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ คือเมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็จะทำให้กระทำการต่าง ๆ ตามความเชื่อนั้น ซึ่งอาจจะเป็นพฤติกรรมในทางบวกหรือในทางลบก็ได้ ดังแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Perceived barriers)

และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคทำให้บุคคลเกิดการรับรู้การคุกคามของโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค มากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้น ผลลัพธ์ที่ตามมาคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายงานการศึกษาที่พบว่า มีการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง (รัตนดา เรือนอินทร์, 2550; วัลลยา ทองน้อย, 2554; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551; อรุณลดา นางแย้ม, 2550) โรคเบาหวาน (ศรัณยา เพิ่มศิลป์, 2554; สุพชยา วิวัฒน์, 2551) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ภัทรภรณ์ ชัยเจริญ, 2550) โรคเอดส์ (ฉิลาวินัย งามเสงี่ยม, 2555; ประพนธ์ บุญไชย, 2553; ปรีชา ศรีอยสน, 2554; รวมพร คงกำเนิด, ศิริอร สิ้นธุ และชิตรินทร์ ทองคง, 2555) และโรคหลอดเลือดสมอง (กษมา เชียงทอง, 2554) เป็นต้น โดยพบว่า ปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดีในกลุ่มโรคเรื้อรังดังกล่าว ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (กนกรักษ์ เกตุเนียม, 2545; เขมณัฐ ยุทธวิสุทธิ, 2554; สมถวิล จินดา, 2551) ไปจนถึงการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมสุขภาพ (จรินทร์ ดวงแสง, 2551; ชุติภรณ์ บุญเพ็ง, 2551; พรณารามิชัย, 2551; สุรชาติ สิทธิปกรณ์, 2547; เสาวลักษณ์ วงศ์ภาพสินธุ์, 2550) โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย มีการศึกษาอยู่น้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาประเด็นของโรคแผลเป็บติก (Peptic ulcer) หรือแผลในกระเพาะอาหาร ในเขตภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งองค์ความรู้และผลการศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิง ตลอดจนอาจไม่เหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เนื่องจากมีพื้นฐานวัฒนธรรมทางสังคม วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ การรับประทานอาหาร ลักษณะการประกอบอาชีพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่แตกต่างกัน

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ ข้อมูล และผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพในการวางแผน ปรับ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการติดตาม

เฝ้าระวัง เพื่อลดและป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ๆ ได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นทุกฝ่ายจึงควรมีการดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ หรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ โดยปัจจัยประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

### สมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จึงได้คัดสรรปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ดังสมมติฐานต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคซ้ำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคซ้ำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

4. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคซ้ำ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

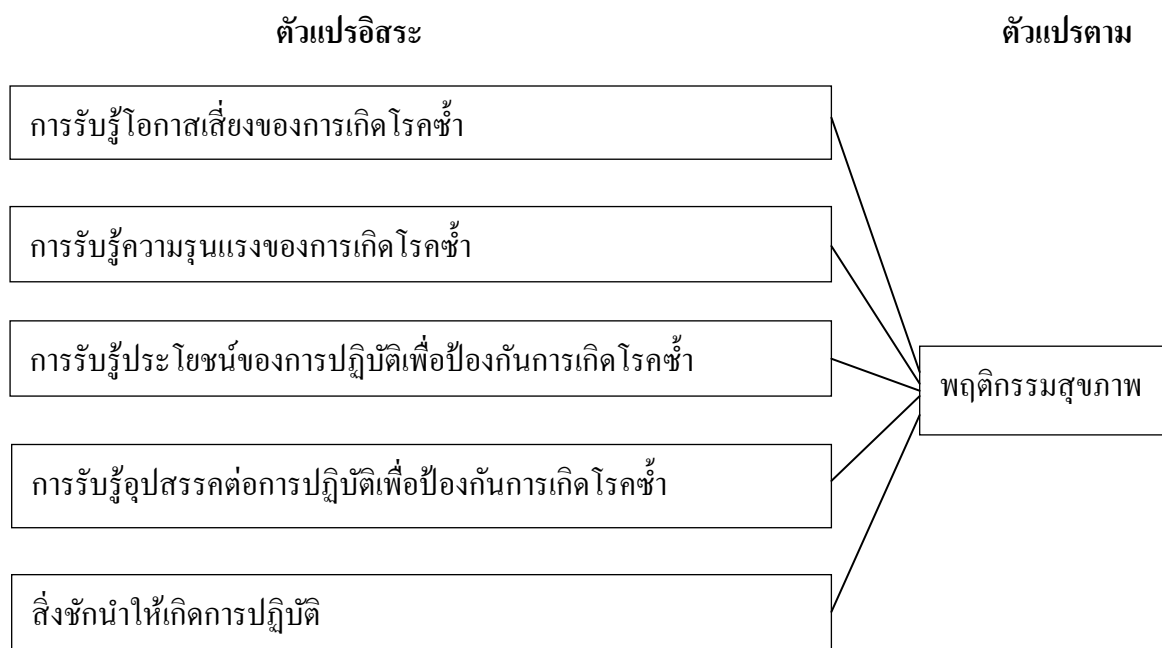
### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Becker (1974) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งโดยสรุปได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการรักษาโรคว่า บุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้างปฏิสัมพันธ์และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

การรับรู้ของบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้เกิดผลดี เช่น ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนดีหากไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติตน องค์ประกอบหลักของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Perceived barriers) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งมีความสัมพันธ์กันและมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนนั้นมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อความรุนแรงต่อโรคซึ่งอาจก่อให้เกิดการเสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษา ทำให้บุคคลปฏิบัติตนดี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค

เป็นความเชื่อของผู้ป่วยว่าถ้ามีการปฏิบัติพฤติกรรมดี จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนี้การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ ค่าใช้จ่าย การเดินทาง และการรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัว ส่วนแล้วแต่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม รวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เช่น การให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร การโฆษณาทางสื่อมวลชน คำแนะนำจากเพื่อน การป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือมีอาการมีสิ่งผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้นในร่างกาย (เขมณัฐ ยุทธวิสุทธิ์, 2554; จรินทร์ ดวงแสง, 2551; อรุณดา นางแย้ม, 2550) ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องจะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำได้ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นตามมา ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรที่นำมาศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำหรือไม่ แสดงรายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ที่มารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรม และอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลตราด และ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ (Upper gastrointestinal rebleeding)** หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่ามีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น และมีการกลับเข้ามาับการรักษาอีก ด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ทั้งที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น และไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ณ หอผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรม และอายุรกรรม ในเขตภาคตะวันออก 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลตราด และ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พ.ศ. 2557

**พฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การกระทำในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง โดยแบ่งเป็น 4 พฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

**การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ว่าตนมีโอกาสร้อยหรือมีปัญหาสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มากน้อยเพียงใด ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

**การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เกี่ยวกับการประเมินตนเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย อาจเป็นการเสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้เวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อจิตใจ และบทบาทสังคมของตน ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

**การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่บุคคลจะได้รับจากการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

**การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ต่อปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

**สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ** หมายถึง สิ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ โดยอาจเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การป่วยของคนคุ้นเคย การได้รับคำแนะนำ การได้รับกำลังใจ รวมถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ จากบุคลากรทางการแพทย์หรือคนคุ้นเคย ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาในการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ (Upper gastrointestinal rebleeding)
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)
3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

#### ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ (Upper gastrointestinal rebleeding)

##### ความหมายของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ (Upper gastrointestinal rebleeding) เป็นภาวะที่เกิดจากการมีเลือดออกตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น ไปจนถึงส่วนที่เหนือบริเวณ ลิแกเมนต์ออฟไทรซ์ (Ligament of treitz) (นนทลี เผ่าสวัสดิ์, 2553; สาวิตร โหมยิตชัยวัฒน์, 2554; Cohen, 2007; Lim & Ahmed, 2005) แบ่งออกได้เป็นภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดขอด (Variceal bleeding) และภาวะเลือดออกจากสาเหตุอื่น (Non-variceal bleeding) ทั้งนี้ภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดขอดส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดขอดที่หลอดอาหารโป่ง (Esophageal variceal) ซึ่งเกิดจากความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง (Portal hypertension) และในผู้ป่วยโรคตับแข็ง (Thabut & Bernard-Chabert, 2007) สำหรับภาวะเลือดออกจากสาเหตุอื่นสามารถแบ่งออกได้เป็น Primary bleeding และ Secondary bleeding โดยโรคที่เกิดจากภาวะ Primary bleeding เป็นโรคที่มีสาเหตุเกิดจากตัวโรคที่ทำให้มีเลือดออก ได้แก่ โรคแผลในกระเพาะอาหารหรือแผลเป็บติค และแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น ซึ่งมักจะมีการติดเชื้อ H. Pylori ร่วมด้วยส่วนโรคที่เกิดจากภาวะ Secondary bleeding ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วมีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น มักเป็น Erosive gastritis (Cohen, 2007) แผลที่เกิดจากภาวะ Mallory-weiss tears และภาวะเครียด (Cohen, 2007; Floch, 2005) อีกทั้งภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ยังเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในระบบทางเดินอาหาร โดยพบผู้ป่วยที่มา

โรงพยาบาลด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น มีภาวะเลือดออกจากสาเหตุอื่น ถึงร้อยละ 77 และภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดขอด ถึงร้อยละ 22 โดยโรคแผลในกระเพาะอาหาร และแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของภาวะเลือดออกจากสาเหตุอื่น ถึงร้อยละ 69 และร้อยละ 12 ตามลำดับ (อุคม คชินทร, 2553; Cohen, 2007) อีกทั้งยังพบอัตราการตายถึงร้อยละ 10 ถึง 15 ของการมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (จุมพล วิชาศรีศรี, 2553; Cohen, 2007)

### สาเหตุของการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

สาเหตุของการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดขอด (Variceal bleeding) และภาวะเลือดออกจากสาเหตุอื่น (Non-variceal bleeding)

#### 1. ภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดขอด (Variceal bleeding)

เป็นภาวะหลอดเลือดขอดที่หลอดเลือดอาหารโป่ง (Esophageal variceal) ซึ่งเกิดจากความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง (Portal hypertension) ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง (Thabut & Bernard Chabert, 2007) พบสาเหตุการเกิดถึงร้อยละ 8 ถึง 15 (อุคม คชินทร, 2553) โดยส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยโรคตับแข็งถึงร้อยละ 50-60 (Leerdam, 2008) ซึ่งโรคตับแข็งทำให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ของเซลล์ตับเสียหาย เมื่อมีการอักเสบและเกิดการตายของเนื้อตับเป็นเวลานานอย่างเรื้อรังจะเกิดพังผืด (Fibrosis) พังผืดเหล่านี้จะเป็นแถบหนาของคอลลาเจน (Collagen) ที่ล้อมรอบกลุ่มเซลล์ตับที่รวมกันเป็นก้อนขนาดเล็ก (Nodule) การเกิดพยาธิสภาพที่ตับนี้จะทำให้เกิดภาวะความดันในเส้นเลือดดำพอร์ทัลสูง เกิดเส้นทางลัดข้างเคียงซึ่งเชื่อมติดต่อกันระหว่างหลอดเลือดดำพอร์ทัลกับหลอดเลือดดำทั่วร่างกาย เพื่อลดความดันในเส้นเลือดดำพอร์ทัลจึงเกิดหลอดเลือดดำในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารโป่งพอง หากหลอดเลือดดำที่โป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารนี้เกิดการเสียดสีจากการสัมผัสกรด กรดเกลือ การได้รับยาที่กัดกร่อนเยื่อทางเดินอาหาร การกลืนอาหารชิ้นใหญ่ การรับประทานอาหารรสเผ็ด อาจทำให้เกิดการแตกหรือฉีกขาดของหลอดเลือดที่โป่งพองเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นได้ (White & Duncan, 2002)

#### 2. ภาวะเลือดออกจากสาเหตุอื่น (Non-Variceal bleeding)

2.1 ภาวะเลือดออกจากแผลเป็บติค (Peptic ulcer) เป็นสาเหตุการเกิดของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ถึงร้อยละ 40 ถึง 50 ซึ่งเป็นแผลที่เกิดจากการถลอกขนาดตั้งแต่ 0.5 เซนติเมตร ขึ้นไปของชั้นมิวโคซา (Mucosa) (Cohen, 2007) ในบริเวณเยื่อทางเดินอาหาร ได้แก่ เยื่อบริเวณหลอดอาหารส่วนล่าง (Lower esophagus) กระเพาะอาหาร (Stomach) และลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenal) จนเกิดแผล ซึ่งโดยปกติบริเวณเหล่านี้จะมีการหลั่งกรดและสัมผัสกับน้ำย่อยที่มีฤทธิ์เป็นกรดทำให้มีการทำลายเยื่อทางเดินอาหารและเกิดแผล ทำให้เกิดอาการปวดท้องได้

แผลเป็บติคพบบ่อยบริเวณกระเพาะอาหาร เรียกว่าแผลในกระเพาะอาหาร (Gastric Ulcer [GU]) และบริเวณลำไส้เล็ก เรียกว่าแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenal Ulcer [DU]) (McCance & Huether, 2006) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการอาเจียนเป็นเลือด และถ่ายอุจจาระดำบางครั้งอาจเกิดการชักนำจากยา เช่น ยาแก้ปวดแอสไพริน ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (จิตรลดา ชมบุญ, 2549; Abrams, 2004; Martin, 2005; McCance & Huether, 2006; Price & Wilson, 2003) แอลกอฮอล์ (Mitros & Rubin, 2008; Price & Wilson, 2003) หรือเกิดจากความเครียด แผลจากความเครียด (stress ulcer) (McCance & Huether, 2006) ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันที่กระเพาะอาหาร

2.2 การฉีกขาดของเยื่อบุหลอดอาหาร (Esophagogastritis mucosal tear หรือ Mallory-weiss syndrome) เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ร้อยละ 8 ถึง 15 โดยเป็นกลุ่มอาการที่มีการฉีกขาดเป็นทางยาวที่ชั้น Mucosa และ Submucosa ที่ส่วน Cardia ของกระเพาะอาหาร หรือหลอดอาหารส่วนล่าง เกิดจากการอาเจียนที่รุนแรง หรือการเพิ่มความดันในช่องท้องมาก พบได้บ่อยในผู้ที่มีการฉีกขาดที่รุนแรง (ทยา กิตติยากร, 2553; Chiu & Ng, 2009)

2.3 แผลในทางเดินอาหารจากภาวะเครียด (Stress ulcer) เป็นภาวะที่เกิดแผลในระบบทางเดินอาหารที่เป็นผลจากร่างกายได้รับการกระทบกระเทือน ได้รับบาดเจ็บรุนแรง มีการติดเชื้ออย่างรุนแรง ได้รับอุบัติเหตุไฟไหม้ ภาวะช็อก และพบได้ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง ทำให้มีการทำลายของเนื้อเยื่อในระบบทางเดินอาหารก่อให้เกิดแผลในทางเดินอาหารและทำให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหารได้ (McCance & Huether, 2006)

#### อาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ จะมีอาการและอาการแสดงดังนี้ (นนทลี เผ่าสวัสดิ์, 2553; Cohen, 2007)

1. อาเจียนเป็นเลือด (Hematemesis) ผู้ป่วยอาจอาเจียนออกมาเป็นเลือดสด ๆ สีแดงหรือเป็นลิ่มเลือดเก่า ๆ (Coffee-ground) จากการที่เลือดเปลี่ยนเป็นสาร Hematin โดยน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร

2. ถ่ายอุจจาระดำ (Melena) อุจจาระจะมีลักษณะเหนียวเหลวเหมือนน้ำมันดินหรือยางมะตอย มักมีกลิ่นเหม็นมากจากการที่เลือดถูกย่อยสลายโดยแบคทีเรียในกระเพาะอาหาร อาจต้องแยกจากสีดำที่เกิดจากการได้รับสารอาหารหรือยาที่มีธาตุเหล็กหรือ Bismuth ผสมอยู่ Malena เกิดจากการสลายของฮีโมโกลบิน โดยมักจะต้องมีเลือดออกอย่างน้อย 50-200 ml. โดยต้องมีระยะเวลาอยู่ในทางเดินอาหารนานเกิน 14 ชั่วโมง

3. ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด (Hematochezia) ในกรณีที่ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในปริมาณมากและเร็ว ลักษณะอุจจาระอาจเป็นสีแดงสดหรือแดงเลือดนก (Maroon stool) แต่กรณีนี้พบไม่บ่อย

4. อาการหน้ามืด เป็นลม เหงื่อแตก เหนื่อย จนถึงภาวะช็อก

#### แนวทางการรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

แนวทางการรักษาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ โดยแยกตามสาเหตุที่พบได้แก่ ภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดคอด (Variceal bleeding) และภาวะเลือดออกจากสาเหตุอื่น (Non-variceal bleeding)

1. แนวทางการรักษาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ จากหลอดเลือดคอด (Variceal bleeding) (ทวิศักดิ์ แทนวันดี, 2553) ได้แก่ การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย การให้ยาปฏิชีวนะ การป้องกันการเกิด Hepatic encephalopathy และการให้ Vasoactive agent ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโดยรวดเร็ว การรักษาในระยะแรกควรพยายามแก้ไขภาวะขาดสารน้ำ ป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยทรุดลง เช่น ภาวะไตวาย และการติดเชื้อซ้ำเติม การให้สารน้ำทดแทนควรกระทำด้วยความระมัดระวัง เพราะหากให้น้อยเกินไปก็แก้ภาวะขาดสารน้ำไม่ได้ ในขณะที่หากให้มากเกินไปก็อาจทำให้เกิดภาวะสารน้ำเกินมากเกินไป เพิ่ม Intravariceal pressure และอาจเกิดภาวะเลือดออกซ้ำได้ ในปัจจุบันแนะนำให้ใช้น้ำเกลือไอโซโอสโมติกหรือ Volume expander และหากให้เลือดก็ไม่ควรให้จนระดับฮีโมโกลบินสูงเกินกว่า 8-9 กรัม/ ดล. นอกจากนั้นควรติดตามสัญญาณชีพและปริมาณปัสสาวะที่ออกอย่างใกล้ชิด

1.2 การให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic prophylaxis) อาจใช้ Norfloxacin 400 มก./ วัน หรือหากรับประทานอาหารไม่ได้อาจใช้ Fluoroquinolone หรือ Ceftriaxone ในรูปฉีด

1.3 การป้องกันการเกิด Hepatic encephalopathy ทั้งนี้เนื่องจากการที่มีเลือดออกมากจำนวนมากเป็นแหล่งโปรตีนที่ดีในการที่จะทำให้ Bacteria fermentation

1.4 การให้ Vasoactive agent เมื่อรักษาจนผู้ป่วยมีอาการคงตัวแล้วในรายที่สงสัยว่าน่าจะเกิดจากการแตกของ Varix ควรรีบให้ Vasoactive agent ทันที

2. แนวทางการรักษาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ จากสาเหตุอื่น (Non-Variceal bleeding) สามารถทำได้ 3 วิธี คือ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยการส่องกล้อง และการรักษาด้วยการผ่าตัด (นนทลี เผ่าสวัสดิ์, 2553; อุดม คชินทร, 2553) ดังนี้

2.1 การรักษาด้วยยา ยาที่ใช้ในปัจจุบันสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ กลุ่ม Acid suppressing agent ได้แก่ Proton Pump Inhibitor (PPI) และ H<sub>2</sub> Receptor Antagonist (H<sub>2</sub> RA) เนื่องจากร้อยละ 60-80

ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเกิดจากสาเหตุชนิด Non-variceal bleeding ได้แก่ แผลเป็ปติก, Gastritis, Duodenitis และ Esophagitis เป็นต้น ซึ่งโรคหรือภาวะดังกล่าวตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาระงับการหลั่งกรดโดยเฉพาะ PPI เป็นอย่างดี ดังนั้นการให้ยา PPI ตั้งแต่เริ่มแรกที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจึงเป็นการรักษาโรคที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น นอกจากนี้ PPI จะทำให้ pH ในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น โดยเมื่อ pH มากกว่า 4.5 จะมีผลระงับการออกฤทธิ์ของเป็ปซิน (ขี้ควราว) ทำให้ไม่เกิดการสลายตัวของลิ่มเลือด และถ้าทำให้ pH ในกระเพาะอาหารมากกว่า 6 เป็ปซินจะถูกระงับการออกฤทธิ์อย่างถาวร ขณะเดียวกันจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการจับตัวของเกร็ดเลือด ซึ่งช่วยทำให้ลิ่มเลือดเกิดขึ้นและคงอยู่อย่างสมบูรณ์นำไปสู่การหยุดเลือด ขณะเดียวกัน PPI จะช่วยส่งเสริมให้มีการหายของรอยโรค ซึ่งจะส่งผลให้โอกาสที่จะมีเลือดออกซ้ำลดลง เมื่อนำผู้ป่วยไปรับการตรวจด้วยวิธีการส่องกล้อง ก็จะไม่ค่อยพบ High-risk stigmata ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้นและเป็นการลดค่าใช้จ่ายโดยรวมด้วย

2.2 การรักษาด้วยการส่องกล้อง (Early Endoscopy) คือ การส่องกล้องในช่วงเวลา 2-24 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยมาพบแพทย์

2.3 การรักษาด้วยการผ่าตัด ปัจจุบันพบว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดมีบทบาทลดลงกว่าเดิมมาก เนื่องจากประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาและการส่องกล้องนั้นดีขึ้น ข้อบ่งชี้ในการพิจารณาการส่งผู้ป่วยไปผ่าตัดมีลักษณะ ดังนี้

- 2.3.1 ยังคงมีเลือดออกอยู่ตลอดเวลาและไม่สามารถทำการรักษาด้วยการส่องกล้องได้
- 2.3.2 รักษาด้วยการส่องกล้องแล้วไม่สำเร็จ
- 2.3.3 มีเลือดออกซ้ำและทำการรักษาด้วยการส่องกล้องไม่ได้ผล
- 2.3.4 ได้รับเลือดมากกว่า 6 ยูนิต ใน 24 ชั่วโมง

#### **ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ**

การเจ็บป่วยด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ คือ

ผลกระทบด้านร่างกาย ทำอาจทำให้เกิดภาวะช็อก ความดันโลหิตต่ำ ภาวะโลหิตจาง ภาวะไตวายเฉียบพลัน กระทั่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ (วโรชา มหาชัย, 2550; Thabut & Bernard-Chabert, 2007) สำหรับผลกระทบด้านจิตใจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวลกับอาการและโรคที่เป็นอยู่ (Ignatavicius & Workman, 2002; Price & Wilson, 2003) เนื่องจากมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และกลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อาจถึงแก่ชีวิตได้ (Wilhelmsen & Berstad, 2004) ซึ่งหากผู้ป่วยมีความเครียดหรือเกิดความกดดัน

ทางอารมณ์ จะส่งผลให้กระเพาะอาหารหลังกรดออกมาส่งผลทำให้เกิดอาการกำเริบบ่อยขึ้น (สุรชาติ สิทธิปกรณ์, 2547) ผลกระทบทางด้านสังคมพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคทางเดินอาหารต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อยครั้งอาจทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลงได้ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (สมถวิล จินดา, 2551) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ต้องใช้เทคโนโลยีช่วยในการวินิจฉัยและการรักษา (Vincent-Smith & Sinclair, 2006) และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง (Spiegel et al., 2006) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ที่มีสาเหตุมาจากแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้นและมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย ต้องเสียค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลประมาณ 5,632 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี (Viviane & Alan, 2008)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยภาวะที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำได้

### **แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)**

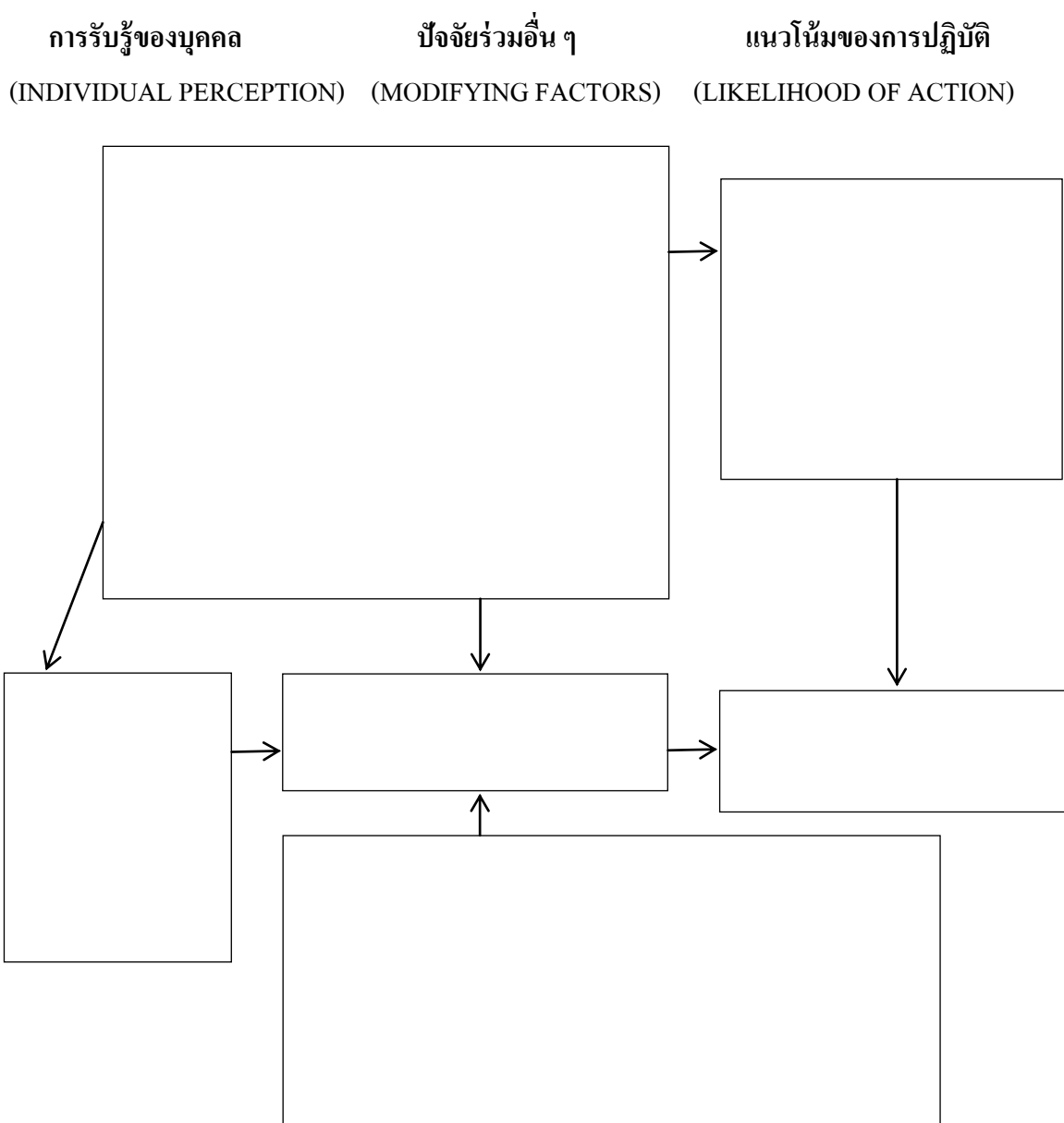
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบจำลอง หรือโมเดลทางจิตวิทยาที่พัฒนาขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1958 โดยนักจิตวิทยาสังคมชื่อ Hochbaum, Rosenstock และเพื่อนร่วมงาน (อ้างถึงใน ประกาย จิโรจน์กุล, 2556) เนื่องจากความล้มเหลวของโครงการคัดกรองวัณโรคของหน่วยงานบริการสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกาในขณะนั้น ต่อมาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก็ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก และการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การลด-เลิกบุหรี่ การใช้ถุงยางอนามัย รวมทั้งพฤติกรรมเกี่ยวกับบทบาทเมื่อเจ็บป่วย เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษาภายหลังจากได้รับการวินิจฉัย หรือตรวจพบโรค

Rosenstock (1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากโรค โดยบุคคลจะมีความเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อดำรงชีวิต ของเขาอย่างไร การปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นจะเกิดผลดีต่อเขา และลดโอกาสเสี่ยง หรือ ลดความรุนแรงของโรคอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับอุปสรรคที่เขาคาดไว้ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความอาย ความเจ็บปวด



Becker, Drachman, and Kirscht (1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ นอกจากความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยร่วม (Modifying factors) และแรงจูงใจด้านสุขภาพ รวมถึงสิ่งชักจูงสู่การปฏิบัติ (Cues to action) นอกเหนือไปจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Constructs of the theory) แสดงรายละเอียดดังแผนภาพที่ 2

**โครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Constructs of the theory)**



ภาพที่ 2 โครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974 อ้างถึงใน สุรินทร กลัมพากร, 2555)

โดยภาพรวมแล้ว แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้ความสำคัญกับปัจจัยภายในตัวบุคคล และมีแนวความคิดหลักกว่าพฤติกรรมด้านสุขภาพของคนขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของคนและการรับรู้ของคน เป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม บุคคลจะกระทำและเข้าใจสิ่งที่ตนพอใจถ้าคิดว่าสิ่งนั้นเป็นผลดีแก่ตน ซึ่งโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยมโนทัศน์หลักดังนี้

**โครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ** (ประกาย จิโรจน์กุล, 2556; สุรินทร กลัมพากร, 2555)

โครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Perceived barriers) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ดังต่อไปนี้

**1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility)** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วย จะหมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อ ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยหาโรคตั้งแต่แรกเริ่ม เช่น การที่วัยรุ่นรับรู้ว่าหากไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะร่วมเพศอาจทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวี และโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือตั้งครรถ์ได้ โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม สำหรับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในผู้ป่วยพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์หรือพฤติกรรม การรักษาโรคเช่นกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติในการรักษาโรคของบุคคล

Rosenstock (1974) ยังได้แบ่งวิธีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคออกเป็น 3 ระดับ (ประกาย จิโรจน์กุล, 2556; สุรินทร กลัมพากร, 2555) ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ระดับบุคคล เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคด้วยวิธีการสอนรายบุคคล เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค และผลประโยชน์ที่บุคคลจะได้รับจากการมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือมากขึ้น

1.2 การเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ระดับกลุ่ม เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยใช้แรงผลักดันทางสังคม เช่น จัดให้มีการอภิปรายโต้แย้ง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม

1.3 การเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ระดับชุมชน เป็นการเปลี่ยนแปลงลักษณะความเชื่อของสังคมและสิ่งแวดล้อมในทิศทางที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การลดน้ำหนักรในคนอ้วน การลดหรือการเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

ส่วนวิธีการปรับพฤติกรรมมีจุดมุ่งหมายให้บุคคลฝึกหัดตนเองในการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยการตัดแปลงสิ่งแวดล้อมและสังคมให้เอื้ออำนวยต่อการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงปรารถนา วิธีการปรับพฤติกรรมมีประโยชน์ต่อบุคคลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย หรือถูกกระตุ้นให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การลดน้ำหนักรในคนอ้วน การลดหรือการเลิกสูบบุหรี่

**2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลและการประเมินตนเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด อาจจะทำให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน (Becker, 1974) ผลรวมของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค กับการรับรู้ความรุนแรงของโรค เรียกว่าการรับรู้ต่อภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคของบุคคลได้

การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไปก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ Janz and Becker (1984) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ. 1974-1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายการป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36

**3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits)** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ หรือความเชื่อของบุคคลต่อประโยชน์ที่จะได้รับหากปฏิบัติตามคำแนะนำ

ว่าจะช่วยลดความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค หรือผลเสียหายที่จะเกิดขึ้น หรืออาจเป็นประโยชน์ที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เลยก็ได้ เช่น การลดค่าใช้จ่าย หรือทำให้คนในครอบครัวพอใจ หากเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียนอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

#### 4. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Perceived barriers)

หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลที่โน้มเอียงไปทางด้านลบ ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้อุปสรรคนี้อาจเป็นทั้งสิ่งที่จับต้องได้ เช่น สตรีที่ได้รับคำแนะนำให้ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกอาจเห็นว่าเป็นการเสียค่าใช้จ่าย เสียเวลาในการเดินทาง และเสียเวลาทำงาน หรือ เป็นเรื่องของจิตใจ ความรู้สึก เช่น ความอายที่จะต้องเปิดเผยร่างกาย ความกลัวที่จะรู้ผลการตรวจ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

5. **สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action)** หมายถึง กลยุทธ์หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีกระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมาตามคำแนะนำ เช่น การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารการโฆษณาทางสื่อมวลชน คำแนะนำจากเพื่อน การป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือมีอาการมีสิ่งผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้นในร่างกาย ซึ่ง Becker (1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สถานะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือ การเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดามารดา เป็นต้น

6. **ปัจจัยร่วม (Modifying factors)** หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ประกอบด้วยปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา และปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน ดังนี้

6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคมกลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรคประสพการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุปได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการรักษาโรคว่า บุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้างปฏิสัมพันธ์และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

ในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะนำองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำมาใช้อธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการป้องกันโรคได้เป็นอย่างดี โดยการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะผลักดันให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเข้าใจถึงต่อการเกิดภาวะคุกคามของโรค ทำให้เกิดการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ รู้จักเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด โดยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ตลอดจนสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วย มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม และมีความพึงพอใจในชีวิตมากยิ่งขึ้น

## พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

### พฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviors)

ในการศึกษารุ่นนี้พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่ผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพของตนเอง โดยแบ่งเป็น 4 พฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภค พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรม การสูบบุหรี่ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด (จรินทร ดวงแสง, 2551; ชุตาภรณ์ บุญเพ็ง, 2551; เสาวลักษณ์ วงศ์กาฬสินธุ์, 2550) ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมด้านการบริโภค จัดเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (McCance & Huether, 2006) ในที่นี้พฤติกรรมด้านการบริโภค คือ พฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1.1 ชนิดของอาหารที่รับประทาน และนิสัยในการรับประทานอาหาร

สำหรับชนิดของอาหารที่รับประทานที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ คือ อาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด (จรินทร์ ดวงแสง, 2551; Martin, 2005) อาหารรสจัดทำให้ระคายเคืองต่อเยื่อเมือกของกระเพาะอาหารและลำไส้ ประกอบกับอาหารรสจัดนั้นส่วนใหญ่เกิดจากเครื่องปรุงต่าง ๆ เช่น พริกน้ำส้ม เกลือ พริกไทย เป็นต้น แต่สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร จึงส่งผลให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและเป็นแผลได้ง่าย นอกจากนั้นอาหารประเภทสเปรี้ยวจัดจะมีกรดแอสคอบิก ซึ่งเมื่อกรดแอสคอบิกเพิ่มขึ้นจะทำให้ความเป็นกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้มีอาการปวดท้อง ส่งผลให้เกิดเป็นแผลในกระเพาะอาหาร ส่วนอาหารประเภทสเผ็ดจัด จะทำให้กระเพาะอาหารสร้างกรดมากขึ้นกรดนี้จะไปทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหารให้เกิดแผล ประกอบกับกรดทำให้เกิดอาการปวดท้อง ท้องเสีย เนื่องจากพริกทำให้เยื่อของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เกิดการระคายเคืองมีอาการปวด แสบปวดร้อน ส่งผลให้เกิดการอักเสบและเกิดแผลได้ (จิตรลดา ชมบุญ, 2549; ชูดาภรณ์ บุญเพ็ง, 2551; พรณภา ราญมีชัย, 2551; Mitros & Rubin, 2008) อาหารที่มีไขมัน และแป้งมากเกินไป อาหารที่มีความเหนียว และอาหารที่ย่อยยากเช่น เนื้อสัตว์ อาหารเหล่านี้ทำให้กระเพาะอาหารต้องทำงานหนัก จึงต้องหลั่งกรดออกมามากกว่าปกติ (จรินทร์ ดวงแสง, 2551; Avunduk, 2002; Martin, 2005)

ส่วนนิสัยในการรับประทานอาหาร หากมีนิสัยในการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน รับประทานอาหารมากเกินไป การรีบร้อนรับประทานอาหาร เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด การอดอาหารในบางมื้อ และการรับประทานอาหารก่อนเข้านอน จะทำให้มีกรดในกระเพาะอาหารหลังมากกว่าปกติ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา (จรินทร์ ดวงแสง, 2551; Martin, 2005) การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เนื่องจากถึงเวลาอาหารน้ำย่อย จะถูกหลั่งออกมา แต่เมื่อไม่มีอาหารให้ย่อย น้ำย่อยที่มีฤทธิ์เป็นกรดรุนแรงก็จะทำความระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร (ชูดาภรณ์ บุญเพ็ง, 2551; พรณภา ราญมีชัย, 2551; Mitros & Rubin, 2008) จึงอาจมีผลทำลายต่อเยื่อบุทางเดินอาหารและเกิดแผลขึ้นได้

จากการศึกษาของ กนกกรักษ์ เกตุเนียม (2545) เรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคแผลเป็ปติกในกระเพาะอาหารที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.61 รับประทานอาหารไม่ตรงเวลาร้อยละ 74.19 รับประทานอาหารที่เหนียว

ย่อยยากเป็นประจำ และร้อยละ 72.58 รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Mitros and Rubin (2008) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นได้ เช่น การรับประทานอาหารมากเกินไป การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา การรับประทานอาหารรสจัด เผ็ดจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัด การดื่มน้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ชาซึ่งมีสารแทนนิน หรือกาแฟซึ่งมีสารคาเฟอีน และการสูบบุหรี่

1.2 การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนและแทนนิน และการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม โกโก้ ช็อกโกแลต เครื่องดื่มชูกำลัง ซึ่งเครื่องดื่มดังกล่าวมีส่วนผสมของคาเฟอีน และการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแทนนิน เช่น ชาชนิดต่าง ๆ โดยคาเฟอีนและแทนนินจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ทำให้หายใจเร็ว เพิ่มการเผาผลาญอาหาร กระตุ้นกระเพาะอาหารให้มีการหลั่งกรดเกลือและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารมากขึ้น ทำให้กรดและน้ำย่อยถูกหลั่งออกมามากกว่าปกติ จึงอาจมีผลไปทำลายเยื่อบุทางเดินอาหารทำให้เกิดแผลและมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารขึ้นได้ (จิตรลดา ชมบุญ, 2549; พรณภา ราญมีชัย, 2551; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2550; Avunduk, 2002; Martin, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารมีกรดมากอยู่แล้ว เมื่อกรดในกระเพาะอาหารมากเท่าไร อาการก็จะกำเริบขึ้นมา (จิตรลดา ชมบุญ, 2549; พรณภา ราญมีชัย, 2551)

การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นการหลั่งน้ำย่อยออกมา โดยแอลกอฮอล์ในระดับความเข้มข้นต่ำเพียงร้อยละ 10 จะทำให้มีการกระตุ้นน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2550) ซึ่งน้ำย่อยนั้นจะทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหาร ในขณะที่แอลกอฮอล์ในความเข้มข้นสูงจะส่งผลทำให้เกิดอาการเยื่อบุกระเพาะอาหารอักเสบเฉียบพลัน และเมื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ติดต่อกันเป็นเวลานาน ส่งผลทำให้เกิดแผลในกระเพาะและลำไส้ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เลือดออกในกระเพาะอาหารได้ (จิตรลดา ชมบุญ, 2549; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2550; Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien, & Bucher, 2007; Mitros & Rubin, 2008)

2. พฤติกรรมการใช้ยา การใช้ยาที่เป็นสาเหตุสำคัญที่พบบ่อยของการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น คือ ยาแอสไพริน และ ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs [NSAIDs]) ในปัจจุบันเป็นยากลุ่มที่นิยมใช้กันแพร่หลายและเพิ่มมากขึ้น เพื่อรักษาอาการปวดข้อ ปวดเมื่อยตามร่างกาย รักษาการอักเสบ และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ แอสไพริน (Aspirin) ไดโคลฟีแนค (Diclofenac) ไอบูโพรเฟน

(Ibuprofen) อินโดเมธาซิน (Indomethacin) เป็นต้น (Floch, 2005; Martin, 2005; McCance & Huether, 2006; Price & Wilson, 2003) จะมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร คือ ทำให้เกิดอาการปวดท้อง มีแผลทะลุที่กระเพาะอาหารและมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (วโรชา มหาชัย, 2550) หากใช้ร่วมกับยากลุ่มที่มีส่วนผสมของเพรดนิโซโลน (Prednisolone) หรือเดกซามาธาโซน (Dexamethasone) จะทำให้เสี่ยงที่จะเกิดโรคกระเพาะอาหารทะลุได้มากขึ้นและทำให้เกิดเลือดออกในกระเพาะอาหารมากเป็น 10.6 เท่า ของเมื่อใช้ยากลุ่ม NSAIDs เพียงอย่างเดียว (Hawkey & Skelly, 2002)

ส่วนยาชนิดอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์ต่อกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก แต่พบได้น้อย ได้แก่ สเตียรอยด์ (Steroid) เกลือโปแตสเซียม (Potassium chloride) อิริโทรมัยซิน (Erythromycin) อเทนโดรเนท (Atendronate) ซิโดวูดีน (Zidovudine) และยาเคมีบำบัด (Gould, 2002; McCance & Huether, 2006; Price & Wilson, 2003) โดยยาเหล่านี้จะออกฤทธิ์ทำลายปัจจัยป้องกันตนเองของเยื่อบุทางเดินอาหาร มีผลยับยั้งการทำงานของโพรสตราแกรนดิน (Prostaglandin) ของกระเพาะอาหาร ทำให้ปริมาณการไหลเวียนของเลือดบริเวณเยื่อผิวกระเพาะอาหารลดลง ยับยั้งการสร้างเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร ลดความสามารถในการสร้างเยื่อเมือกและไบคาร์บอเนต และทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหารไม่เพียงพอที่จะซ่อมแซมเซลล์ที่บาดเจ็บจากการเป็นแผล (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2550; Avunduk, 2002; Martin, 2005; McCance & Huether, 2006) ลดปริมาณไนตริก ออกไซด์ (Nitric oxide) ในหลอดเลือดส่งผลให้บริเวณดังกล่าวขาดเลือดทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ส่วนยากลุ่มสเตียรอยด์มีคุณสมบัติทำลายเยื่อผิวกระเพาะอาหาร โดยตรงทำให้เกิดเลือดออกได้ การใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอัตราป่วยและอัตราตาย มีการประมาณว่าทั่วโลกมีประชากรมากกว่า 30 ล้านคน หรือประมาณ 278 คนใน 1,000 คนที่ใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Mahmood & Manamara, 2003)

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เมื่อสูบบุหรี่จะทำให้สารคาร์บอนมอนอกไซด์แย่งจับกับฮีโมโกลบินแข่งกับออกซิเจน และจับสารคาร์บอนมอนอกไซด์ได้ดีและเร็วกว่า ส่งผลให้ผนังด้านในหลอดเลือดบวม น้ำเกิดการตกตะกอนไขมันได้ง่ายเป็นสาเหตุของหลอดเลือดตีบแข็ง ทำให้เหลือฮีโมโกลบินที่จะจับกับออกซิเจนน้อยลง ดังนั้นเซลล์ในร่างกายจึงได้รับออกซิเจนน้อยลงไป เกิดความเสื่อมของเซลล์ในทุก ๆ เซลล์ เลือดที่จะไปหล่อเลี้ยงกระเพาะอาหารก็น้อยลงด้วยเช่นกัน (จิตรลดา ชมบุญ, 2549) ซึ่งผลดังกล่าวมีผลต่อกระเพาะอาหาร ทำให้หลังกรดเกลือมากขึ้นและสารนิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์ยับยั้งการผลิต โพรสตราแกรนดิน (Prostaglandin) (Price & Wilson, 2003) และทริปซิน (Price & Wilson, 2003; Takatsugu et al., 2007) ซึ่งมีหน้าที่ในการป้องกันเยื่อ



ทางเดินอาหารจากฤทธิ์ของกรดเกลือและเป็ปซิน โดยโพรสตราแกรนดิน (Prostaglandin) จะกระตุ้นให้มีการหลั่งเมือกเพิ่มการผลิตไบคาร์บอเนต ลดการผลิตกรดและเพิ่มให้มีการไหลเวียนของเลือดมากขึ้น อีกทั้งสารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้ตับอ่อนลดการผลิตไบคาร์บอเนต จึงทำให้ความเป็นกลางในลำไส้เล็กลดลง การสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเกลือมากขึ้น จึงทำให้แผลหายช้าลงและกลับเป็นซ้ำได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2550 ; Martin, 2005; Rivkin & Lyakhovetskiy, 2005) จากการศึกษาของ กนกกรักษ์ เกตุเนียม (2545) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 60 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21.97 มีการสูบบุหรี่

4. พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stress ulcer) ความเครียดเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลเป็นผู้ที่ประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive appraisal) ว่าความสัมพันธ์นั้นเกินขีดความสามารถหรือแหล่งประโยชน์ (resource) ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้และรู้สึกว่าตนเองถูกคุกคามหรือเป็นอันตราย (Lazarus & Folkman, 1984) ความเครียดที่เกิดขึ้นจะมีผลทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง เกิดความผิดปกติทางจิตใจและมีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง แผลเป็บติก และการทำหน้าที่ของภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006)

ผลของความเครียดที่มีต่อระบบทางเดินอาหาร คือทำให้มีเลือดไปเลี้ยงในระบบทางเดินอาหารน้อยลง เกิดความรู้สึกเบื่ออาหาร ประสิทธิภาพการย่อยอาหารลดลง (Price & Wilson, 2003) นอกจากนี้ความเครียดทำให้มีการหลั่งกรดเกลือในกระเพาะอาหารมากขึ้น และกรดเกลือจะออกฤทธิ์ทำลายเยื่อทางเดินอาหาร ทำให้เกิดการระคายเคืองและเกิดแผลขึ้น เมื่อเกิดแผล เป็นเวลานานและไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลทำให้เกิดเป็นแผลเป็บติกเรื้อรังได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2550; Price & Wilson, 2003) ทั้งภาวะเครียดทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะเลือดออก ในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำได้ โดยส่วนใหญ่มักจะเกิดบริเวณกระเพาะอาหาร โดยภาวะเครียดที่เกิดจากการบาดเจ็บของร่างกายที่เกิดอย่างเฉียบพลัน เช่น ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหลังถูกไฟไหม้รุนแรง พบว่าร้อยละ 86 ของผู้ป่วยเหล่านี้เกิดโรคกระเพาะอาหารและมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น นอกจากนี้ผู้ที่มีความวิตกกังวลและความเครียดเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ผลจากความเครียดทางจิตใจจะทำให้มีการหลั่งกรดเกลือเพิ่มมากขึ้น ลดปัจจัยที่ป้องกันเยื่อทางเดินอาหาร ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะในระบบทางเดินอาหารไม่เพียงพอ สำหรับกลไกการควบคุมการทำงานของทางเดินอาหาร ส่วนหนึ่งจะผ่านมาจากการควบคุมของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ผ่านทางต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) ซึ่งเป็นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้มีการหลั่งเอซีทีเอช (ACTH) ซึ่งจะกระตุ้น

ต่อมหมวกไตให้หลังฮอร์โมนคอร์ติคอยด์ (Adreno-corticoids) ส่งผลให้มีการหลั่งกรดเกลือและเป็ปซินมากขึ้น นอกจากนั้นยังมีผลให้การสร้างเมือกและไบคาร์บอเนตเพื่อทำหน้าที่ปกป้องเยื่อทางเดินอาหารไม่ให้เป็แผลจากการทำลายของกรดเกลือและเป็ปซินลดลง จึงทำให้เกิดแผลเป็ปติกเรื้อรังและเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำขึ้นได้ (Price & Wilson, 2003; McCance & Huether, 2006)

### การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ควรมีการดูแลตนเองดังนี้

1. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคที่เหมาะสม คือ การส่งเสริมให้มีการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ต่อร่างกายในปริมาณที่เหมาะสม ควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม โจ๊กลดการรับประทานอาหารรสจัดและหลีกเลี่ยงอาหารที่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ เช่น พริก พริกไทย น้ำส้มสายชู ลดอาหารที่มีไขมันและแป้งมากเกินไป ลดอาหารที่มีความเหนียว และอาหารที่ย่อยยากเช่น เนื้อสัตว์ นอกจากนั้นควรปรับนิสัยในการรับประทานอาหารโดยการรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสม ไม่รับประทานอาหารแต่ละมื้อจนรู้สึกอึดอัดมาก ไม่รีบร้อนรับประทานอาหาร ควรเคี้ยวอาหารจนละเอียดก่อนกลืน ไม่อดอาหาร ไม่รับประทานอาหารก่อนเข้านอน (Avunduk, 2002; Goroll & Mulley, 2006; Ignatavicius & Workman, 2002; White & Duncan, 2002) ไม่รับประทานอาหารหมักดอง (กนกรักษ์ เกตุเนียม, 2545) ไม่ดื่มนมที่เป็นผลิตภัณฑ์จากสัตว์เมื่อรู้สึกหิวแต่ยังไม่ถึงเวลาอาหาร ไม่ดื่มน้ำชา กาแฟ น้ำอัดลมชนิดต่าง ๆ เครื่องดื่มชูกำลัง รวมถึงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (Smeltzer & Bare, 2004) เป็นต้น ซึ่งหากผู้ที่เกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มีการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม อาจส่งผลต่อการหายและช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2550; Martin, 2005)

2. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาที่เหมาะสม คือ การส่งเสริมให้มีการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ ไม่ซื้อยามารับประทานเอง มีการซักถามแพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกรเกี่ยวกับชื่อยา ขนาดของยา การออกฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มีการตรวจสอบชื่อ วันหมดอายุ และวิธีการใช้ยาจนเข้าใจอย่างละเอียดก่อนรับประทานยา ไม่รับประทานยาแก้ปวดชนิดบรรจุซอง เช่น ยาชุดแก้ปวด ยาต้มใจ และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เป็นต้น (ชุตานนท์ บุญเพ็ญ, 2551)

3. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ที่เหมาะสม คือ การส่งเสริมให้มีการงดการสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด (เขมณัญญ์ ยุทธวิสุทธิ, 2554)

4. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมความเครียดที่เหมาะสม คือ การส่งเสริมให้มีการพักผ่อนที่เพียงพอ หรือการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม (จรินทร์ ดวงแสง, 2551)

### **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ**

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ประมวลตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ พบว่าไม่เพียงแต่มีปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเท่านั้นแต่ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกมากมายที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และจากการรวบรวมผลการศึกษาได้สนับสนุนว่าแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง (รัตนา เรือนอินทร์, 2550; วัลลยา ทองน้อย, 2554; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551; อรุณดา นางแย้ม, 2550) โรคเบาหวาน (ศรัณยา เพิ่มศิลป์, 2554; สุพชยา วัฒนัน, 2551) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ภัทราภรณ์ จุ้ยเจริญ, 2550) โรคเอดส์ (ฉันทวันย์ งามเสถียร, 2555; ประพนธ์ บุญไชย, 2553; ปรีชา สร้อยสน, 2554; รวมพร คงกำเนิด และคณะ, 2555) และโรคหลอดเลือดสมอง (กษมา เชียงทอง, 2554) เป็นต้น สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มีการศึกษาอยู่น้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาประเด็นของโรคแผลเป็บติค (Peptic ulcer) หรือแผลในกระเพาะอาหาร (กนกกรักษ์ เกตุเนียม, 2545; เขมณัฐ ยุทธวิสุทธิ์, 2554; จรินทร์ ดวงแสง, 2551; ชูดาภรณ์ บุญเพ็ง, 2551; พรณภา ราญมีชัย, 2551; สมถวิล จินดา, 2551; สุรชาติ สิทธิปกรณ์, 2547; เสาวลักษณ์ วงศ์กาฬสินธุ์, 2550) ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ามีความเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะนำแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บางคนจะรับรู้ว่าจะตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในขณะที่บางคนยอมรับว่าตนเองมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรค ซึ่งสามารถจัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของความเจ็บป่วยได้จากสิ่งเหล่านี้ คือ ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลที่มีอาการของโรครุนแรง ถ้าไว้วางใจแพทย์หรือการวินิจฉัยของแพทย์ หรือมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิด ๆ จะปฏิเสธการรักษาของแพทย์และทำให้การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคบิดเบือนไป

การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยง หรือการกลับเป็นโรครั่ว จากการที่เคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรครั่วอีก และความรู้สึกของบุคคลต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ กล่าวคือหากบุคคลนั้นรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคสูงจะมีความรู้สึกที่โอกาเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ มีมากขึ้น จากการรวบรวมผลการศึกษาค้นคว้าสนับสนุนว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังการศึกษาของ สุพัชชา วิวัฒน์ (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ซึ่งพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .16$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .33$ ) การศึกษาของ ภัทธภรณ์ จุ้ยเจริญ (2550) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .14$ ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉนิลาวันย์ งามเสงี่ยม (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดระยอง พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดระยอง

2. ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรครั่ว ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคจะไม่เกิดขึ้น หากบุคคลนั้นขาดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป บุคคลจะรับรู้ว่าคุณเองมีความรุนแรงก็ต่อเมื่อรับรู้ว่าคุณเองมีอันตรายถึงชีวิต ทำให้เกิดความพิการหรือเจ็บปวดและมีผลกระทบต่อการทำงานครอบครัวและสัมพันธภาพในสังคม ดังการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรม รับประทานอาหารเช้า โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .01 ( $r = .27$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรภรณ์ จุ้ยเจริญ (2550) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ ฉีลาวันย์งามเสถียร (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดระยอง พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดระยองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .09$ ) การศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .21$ ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพชยา วิวัฒน์ (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ซึ่งพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เป็น การรับรู้ถึงผลดีต่อภาวะสุขภาพจากการได้รับการรักษาและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งชักนำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพมากขึ้น บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แต่การที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ว่าสิ่งที่จะปฏิบัติ นั้น สามารถลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงต่อการเป็นโรคนั้นคือบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัติ นั้นลดภาวะคุกคามของโรค การศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรม การรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .34$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรภรณ์ จุ้ยเจริญ (2550) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .25$ ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัชชา วิลวัฒน์ (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ซึ่งพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ปานชีวิต แลบุญมา (2551) ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปู อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง ซึ่งพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = - .15$ )

4. ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลถึงผลจากการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในทางลบ หรือ เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สุขสบาย จากการได้รับความเจ็บปวดหรือความเครียดและความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการปฏิบัติสิ่งเหล่านี้บุคคลจะนำมาเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ ถ้าพบว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ อาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพนั้นได้ในการที่บุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำนั้น บุคคล ต้องมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ควรปฏิบัติ นั้นมีประโยชน์ สามารถลดความเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของโรคได้ และรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมมีน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ ดังการศึกษาของ สุพัชชา วิลวัฒน์ (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ซึ่งพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .19$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณดา นางแย้ม (2550) เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.18$ ) การศึกษาของ ฉนิลาวันย์ งามเสงี่ยม (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดระยอง พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดระยองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.12$ ) การศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรสงคราม ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .32$ )

5. ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งชักนำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ อาจเป็นสิ่งกระตุ้นที่มาจากภายใน เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ประสบการณ์เดิมของบุคคลนั้น ๆ หรือสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประสบการณ์การเจ็บป่วยของคนในครอบครัว สื่อสารมวลชนต่าง ๆ คำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ และจดหมายกระตุ้นเตือน จากบุคลากรสุขภาพ ในการที่จะให้การชักนำบุคคลเพื่อก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น เป็นการใช้สิ่งกระตุ้นที่กล่าวมาข้างต้นเพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของการเกิดโรค ซึ่งเมื่อบุคคลมีการรับรู้ภาวะคุกคามของการเกิดโรค จึงจะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค

เช่นเดียวกับปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ ดังนี้

5.1 เพศ และอายุ พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ สูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากสังคมมักจะยอมรับพฤติกรรมดังกล่าวในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชายส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำลายสุขภาพมากกว่าเพศหญิงและทำงานที่มีความเสี่ยงมากกว่า จึงอาจเป็นผลให้เพศชายประเมินภาวะสุขภาพต่ำกว่าเพศหญิงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) จากการศึกษาของ เขมณัญญ์ ยุทธวิสุทธิ (2554) เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 140 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 57.86 มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.71 ซึ่งพบว่าเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ( $p = .05$ ) โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย และอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ( $p = .01$ ) และการศึกษาของ พรณภา ราญมิชัย (2551) เรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร โดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 30 คน ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 73.3 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 56.7 พบว่าความแตกต่างทางเพศทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชายโดยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ( $p = .01$ )

5.2 ระดับการศึกษา บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย (อรุณลดา นางแย้ม, 2550) จากการศึกษาของ เขมณัญญ์ ยุทธวิสุทธิ

(2554) เรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 140 คน และการศึกษาของ พรณภา ราญมีชัย (2551) เรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารโดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 30 คน ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ( $p = .01$ ) แสดงว่าผู้ที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ที่มีระดับการศึกษายิ่งสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยิ่งดี เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคและแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย

5.3 อาชีพ จากการศึกษาของ พรณภา ราญมีชัย (2551) เรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารโดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 30 คน ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 40.00 ส่วนการศึกษาของ เขมณัญญ์ ยุทธวิสุทธิ์ (2554) เรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 140 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการร้อยละ 35.71 จากผลการศึกษาดังกล่าวจะพบว่าอาชีพที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยแตกต่างกันออกไป

อนึ่งจะเห็นได้ว่า การศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นการศึกษาในประเด็นของโรคแผลเป็บติก (Peptic ulcer) หรือแผลในกระเพาะอาหารที่เกี่ยวข้องกับการมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งถือว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ๆ ซ้ำกันได้ง่ายหากยังไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสม จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ซึ่งตัวแปรที่จะทำการ ศึกษา ได้มาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ตามแนวคิดของ Becker (1974) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด โรคซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด โรคซ้ำ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ส่วนตัวแปรส่วนบุคคลผู้วิจัยจะคำนึงถึงด้วย ถึงแม้ว่าจะไม่ได้เป็นตัวแปรในการศึกษาในครั้งนี้ก็ตาม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย



และช่วยให้สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งผลสืบเนื่องไปสู่การขับเคลื่อนการปฏิบัติทางการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยทั้งในมิติของด้านการบริการ ด้านการจัดการศึกษา และด้านการวิจัยต่อไป

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ที่มารับการตรวจรักษาทั้งที่ได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น และไม่ได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ณ หอผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรม และอายุรกรรม ในเขตภาคตะวันออก 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลตราด และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี พ.ศ. 2557 รวมจำนวนประชากรประมาณ 218 คน (หน่วยวิเคราะห์และสถิติ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี, 2556; หน่วยวิเคราะห์และสถิติ โรงพยาบาลตราด, 2556; หน่วยวิเคราะห์และสถิติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2556)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ที่มารับการตรวจรักษา ณ หอผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรม และอายุรกรรม ในเขตภาคตะวันออก 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลตราด และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปี พ.ศ. 2557 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ (Inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้เข้าใจ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทำการคำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2553) มาใช้ในการคำนวณ ดังนี้

$$n = 10k + 50$$

เมื่อ  $n$  แทน จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$k$  แทน จำนวนตัวแปรอิสระ

มีตัวแปร 5 ตัวแปร

แทนค่าในสูตร  $n = 10(5) + 50$

ดังนั้น จำนวนได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 100 คน

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จาก 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลตราด และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เนื่องจากโรงพยาบาลดังกล่าว มีมาตรฐานระบบการให้บริการสาธารณสุข การดูแลและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่คล้ายคลึงกัน อีกทั้งเป็นโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทาง ด้านระบบทางเดินอาหาร และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน

2. ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรแต่ละโรงพยาบาล (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนขนาดของประชากรทั้งหมด}}$$

จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละ โรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี	150	69
โรงพยาบาลตราด	35	16
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	33	15
รวม	218	100

3. ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรม และอายุรกรรม ของทั้ง 3 โรงพยาบาล มีจำนวนค่อนข้างน้อย โดยในปี พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมา โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลตราด และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแต่ละเดือนเฉลี่ยประมาณ 13, 3 และ 3 คน ตามลำดับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดช่วงเวลาคือ ช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2557 จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 100 คน

## สถานที่ที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ณ แผนกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคตะวันออกเฉียง 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลตราด และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โดยโรงพยาบาลดังกล่าวมีมาตรฐานระบบการให้บริการสาธารณสุข การดูแลและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่คล้ายคลึงกัน อีกทั้งเป็นโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางด้านระบบทางเดินอาหาร และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว จำนวนครั้งที่กลับเป็นโรคซ้ำ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ยาที่รับประทานเป็นประจำ และการรักษาที่ได้รับ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-12

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2 และข้อ 15 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 และข้อ 14 เป็นแบบสอบถามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 พฤติกรรมหลัก คือ พฤติกรรมการบริโภค จำนวน 7 ข้อ คือข้อ 1-7 พฤติกรรมการใช้ยา จำนวน 4 ข้อ คือข้อ 8-11 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ คือข้อ 12 และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 13-15 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตั้งแต่ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/ ทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกวัน/ เกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางวัน/ นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ตอบได้เพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากข้อคำถามในแบบสอบถามมีลักษณะทั้งทางบวกและทางลบ ดังนั้นการให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อคำถาม ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก	ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/ ทุกครั้ง	ให้คะแนน 4 คะแนน	ให้คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติเกือบทุกวัน/ เกือบทุกครั้ง	ให้คะแนน 3 คะแนน	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัติบางวัน/ นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน	ให้คะแนน 3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน	ให้คะแนน 4 คะแนน

การคิดคะแนนและการแปลผล นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกัน

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ใน

ระดับสูง

คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามทั้งหมด มีจำนวน 44 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย

ด้านที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงหรือมีปัญหาสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มากน้อยเพียงใด มีจำนวน 11 ข้อ คือข้อ 1-11 ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด

ด้านที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เกี่ยวกับการประเมินตนเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย อาจเป็นการเสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อจิตใจ และบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน มีจำนวน 5 ข้อ คือข้อ 12-16 ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12, 13, 15 และข้อ 16 และมีความหมายทางลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14

ด้านที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่บุคคลจะได้รับจากการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลตนเอง มีจำนวน 9 ข้อ คือข้อ 17-25 ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด

ด้านที่ 4 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ต่อปัจจัยต่างๆ ที่ชัดเจนหรือเป็นอุปสรรค ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ มีจำนวน 14 ข้อ คือข้อ 26-39 ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด

ด้านที่ 5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นการประเมินเกี่ยวกับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ โดยอาจเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การป่วยของคนคุ้นเคย การได้รับคำแนะนำ การได้รับกำลังใจ รวมถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ จากบุคลากรทางการแพทย์หรือคนคุ้นเคย มีจำนวน 5 ข้อ คือข้อ 40-44 ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด

ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ตอบได้เพียงคำตอบเดียว

การให้คะแนน เนื่องจากข้อคำถามในแบบสอบถามมีลักษณะทั้งทางบวกและทางลบ ดังนั้น การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อคำถาม ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก	ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5 คะแนน	ให้คะแนน 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3 คะแนน	ให้คะแนน 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน	ให้คะแนน 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1 คะแนน	ให้คะแนน 5 คะแนน

การคิดคะแนนและการแปลผล นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกัน

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม หมายถึง มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม หมายถึง มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ และแบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในระบบทางเดินอาหาร จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในระบบทางเดินอาหาร จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น นานกว่า 5 ปี จำนวน 2 ท่าน

ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงแบบสอบถาม โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) ซึ่งค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 คะแนน}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำเท่ากับ .80 แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยทั้ง 5 ด้าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

### การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ และแบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในจังหวัดจันทบุรี แล้วนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้เท่ากับ .70 ขึ้นไป ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำเท่ากับ .73 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำเท่ากับ .76 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำเท่ากับ .83 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำเท่ากับ .76 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำเท่ากับ .80 และแบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเท่ากับ .98

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

### 1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลตราด และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรม และอายุรกรรม เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน โรงพยาบาลละ 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น นานกว่า 3 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาโท หรือ เคยมีประสบการณ์ในการทำวิจัยมาก่อน โดยผู้วิจัยทำการเตรียมผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

1.3.1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3.2 ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม

1.3.3 ผู้วิจัยสาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยศึกษาเป็นแบบอย่าง ได้แก่ การแนะนำตัว การอธิบายรายละเอียดการวิจัย การขอความร่วมมือ วิธีการอธิบายแบบสอบถาม และวิธีการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองปฏิบัติจนสามารถทำได้ถูกต้องตามขั้นตอนที่กำหนด

### 2. ชั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายที่หอผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรม และอายุรกรรม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรม และอายุรกรรม ของทั้ง 3 โรงพยาบาล ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวเอง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนในการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตามรายละเอียดในแบบการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย

ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในเรื่องการมองเห็น และการอ่านภาษาไทย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้ตอบที่ละข้อจนครบ การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 40 นาที

2.2 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจนครบแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ถ้าพบว่า



คำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติม แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าทางสถิติโดยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลตราด และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เมื่อได้รับการพิจารณาเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการวิจัย
2. เมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยแล้ว (รหัส 02 - 06 - 2557) ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นรายบุคคล
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจและสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ ถ้ามีความรู้สึกลำบากใจหรือขัดข้องใจในการตอบแบบสอบถาม โดยในการปฏิเสธนั้นไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น
4. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เป็นรหัสแทน ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมซึ่งไม่มีการเปิดเผยหรือพิจารณาคำตอบเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลไว้แต่เพียงผู้เดียว และทำลายแบบสอบถาม หลังการเผยแพร่งานวิจัยเสร็จสิ้น
5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยและเก็บไว้เป็นหลักฐาน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ครบตามจำนวนที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ค่าสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และข้อมูลการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ วิเคราะห์โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยจากหอผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรม และอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลตราด และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2557

#### การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษานี้แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ซึ่งสามารถอธิบายในรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $N = 100$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	76	76.0
หญิง	24	24.0
<b>อายุ</b>		
20 - 35 ปี	11	11.0
36 - 60 ปี	52	52.0
> 60 ปี	37	37.0
$(M = 54.69, SD = 13.49, \text{Min} = 24, \text{Max} = 81)$		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	10	10.0
คู่	80	80.0
หม้าย	10	10.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	9	9.0
ชั้นประถมศึกษา	63	63.0
ชั้นมัธยมศึกษา	18	18.0
อนุปริญญาถึงปริญญาตรี	10	10.0
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	18.0
ประกอบอาชีพ	82	82.0
เกษตรกร	54	65.9
รับจ้าง	21	25.6
รับราชการ / ข้าราชการบำนาญ	5	6.1
ค้าขาย	2	2.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท	10	10.0
2,001-5,000 บาท	19	19.0
5,001-10,000 บาท	43	43.0
10,001-15,000 บาท	24	24.0
สูงกว่า 15,000 บาท	4	4.0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76) อายุอยู่ระหว่าง 36-60 ปี (ร้อยละ 52) อายุเฉลี่ย 54.69 ปี ( $SD = 13.49$ ) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 82) โดยประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 65.9) และส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 43)

ข้อมูลความเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว จำนวนครั้งที่กลับเป็นโรคซ้ำ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ยาที่รับประทานเป็นประจำ และการรักษาที่ได้รับ วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วย ( $N = 100$ )

ข้อมูลความเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	33	33.0
มี (มากกว่า 1 โรค)	67	67.0
โรคตับ	28	41.8
โรคความดันโลหิตสูง	20	29.9
โรคข้อ กระดูก	15	22.4
โรคเบาหวาน	14	20.9
โรคหัวใจ	1	1.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลความเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคเลือด	1	1.5
โรคไต	1	1.5
จำนวนครั้งที่กลับมาเป็นโรคซ้ำ		
ครั้งที่ 2	69	69.0
ครั้งที่ 3	27	27.0
ครั้งที่ 4	3	3.0
ครั้งที่ 5	1	1.0
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ปริมาณ / วัน)		
ไม่ดื่ม	29	29.0
ดื่ม/ วัน	71	71.0
< 500 ml.	21	29.6
500-1,000 ml.	47	66.2
> 1,000 ml.	3	4.2
สูบบุหรี่ (มวน/ วัน)		
ไม่สูบ	39	39.0
สูบ/ วัน	61	61.0
< 10 มวน	16	26.2
10-20 มวน	43	70.5
> 20 มวน	2	3.3
ยาที่รับประทานเป็นประจำ		
ไม่ได้รับประทานยา	31	31.0
ได้รับประทานยา (มากกว่า 1 ตัว)	69	69.0
ยารักษาโรคข้อ กระดูก	49	71.0
ยาแผนโบราณ ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร	48	69.6
ยาบำรุงเลือด	17	24.6
ยาแอสไพริน	15	21.7
ยาละลายลิ่มเลือด	5	7.2

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลความเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับ		
ได้รับการผ่าตัด	12	12.0
ได้รับยา	88	88.0

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคมากที่สุด (ร้อยละ 67) โดยเป็นโรคตับมากที่สุด (ร้อยละ 41.8) มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 (ร้อยละ 69) ส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 71) โดยดื่มปริมาณ 500-1,000 มิลลิลิตรต่อวัน (ร้อยละ 66.2) ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 61) โดยสูบบุหรี่ปริมาณ 10-20 มวนต่อวัน (ร้อยละ 70.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยามากกว่า 1 ตัวมากที่สุด (ร้อยละ 69) โดยรับประทานยารักษาโรคข้อ กระดูก และยาแผนโบราณ ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร มากที่สุด (ร้อยละ 71.0 และ 69.6 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยได้รับยา (ร้อยละ 88)

### ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละ แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละ ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ (N = 100)

พฤติกรรมสุขภาพ	พิสัยช่วงคะแนน		M	SD	Mean %
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าจริง			
ด้านการใช้ยา	4-16	7-16	13.26	2.41	82.88
ด้านที่ก่อให้เกิดความเครียด	3-12	7-12	9.91	1.07	82.58
ด้านการบริโภค	7-28	15-28	20.52	2.37	73.29
ด้านการสูบบุหรี่	1-4	1-4	2.42	1.38	60.50
โดยรวม	15-60	37-53	46.11	3.61	

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.11 ( $SD = 3.61$ ) จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการใช้ยาและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงสุด ( $Mean \% = 82.88$  และ 82.58 ตามลำดับ) รองลงมา คือ พฤติกรรมการบริโภค ( $Mean \% = 73.29$ ) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือน้อยที่สุด ( $Mean \% = 60.50$ )

### ส่วนที่ 3 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละ แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละ ของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้รุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ( $N = 100$ )

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	พิสัยช่วงคะแนน		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mean %</i>
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าจริง			
ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	5-25	15-25	22.62	2.77	90.48
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ	5-25	15-25	22.11	2.91	88.44
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ	9-45	28-45	36.44	3.83	80.98
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ	11-55	31-55	42.91	3.96	78.02
ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ	14-70	14-40	30.09	4.58	42.99

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ในเรื่องสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมากที่สุด ( $Mean \% = 90.48$ ) รองลงมา คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ ( $Mean \% = 88.44$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน



การเกิดโรคซ้ำ ( $Mean \% = 80.98$ ) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ ( $Mean \% = 78.02$ ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำมีคะแนนต่ำสุด ( $Mean \% = 42.99$ )

**ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ**

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ จากนั้นจึงได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 100 ราย ดังนี้

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงส่วน (Partial correlation) เพื่อควบคุมความสัมพันธ์ของตัวแปรส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพไว้ แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ( $N = 100$ )

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	3	4	5	6
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้	1.00									
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้	.24*	1.00								
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันเกิดโรคซ้	.69**	.43**	1.00							
4. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การเกิดโรคซ้	-.29**	-.52**	-.27**	1.00						
5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	.26*	.57**	.29**	-.34**	1.00					
6. เพศ	-.20	-.17	-.20*	.02	-.03	1.00				
7. อายุ	-.11	-.15	-.10	.04	-.13	.26*	1.00			
8. การศึกษา	.19	.06	.20*	.01	.04	.24*	-.48**	1.00		
9. อาชีพ	.26	.22*	.29*	-.18	.27*	-.21*	-.51**	.07	1.00	
10. พฤติกรรมสุขภาพ	.14	.06	.18	-.40**	.11	.08	.14	.02	-.09	1.00

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $r = -.40$ ) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ ( $r = .14$ ) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ ( $r = .06$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ( $r = .18$ ) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ( $r = .11$ ) และตัวแปรควบคุมประกอบด้วย เพศ ( $r = .08$ ) อายุ ( $r = .14$ ) การศึกษา ( $r = .02$ ) และอาชีพ ( $r = -.09$ ) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

## บทที่ 5

### สรุป และอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยจากหอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม และอายุรกรรมโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลตราด และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2557 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ และแบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ของแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำเท่ากับ .80 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เท่ากับ 1 เมื่อนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .73 การรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ .76 การรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ .83 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเท่ากับ .76 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเท่ากับ .80 และแบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเท่ากับ .98

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76) อายุอยู่ระหว่าง 36-60 ปี (ร้อยละ 52) อายุเฉลี่ย 54.69 ปี ( $SD = 13.49$ ) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63) โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 65.9) และมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 43) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคตับ (ร้อยละ 41.8) มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 (ร้อยละ 69) ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 71 สูบบุหรี่ (ร้อยละ 61) รับประทานยารักษาโรคข้อ กระดูก และ ยาแผนโบราณ ยาลูกกลอน ยาสมุนไพรมากที่สุด (ร้อยละ 71.0 และ 69.6 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการได้รับยา (ร้อยละ 88)

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.11 ( $SD = 3.61$ ) จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการใช้ยาและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงที่สุด ( $Mean \% = 82.88$  และ  $82.58$  ตามลำดับ) รองลงมา คือ พฤติกรรมการบริโภค ( $Mean \% = 73.29$ ) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยที่สุด ( $Mean \% = 60.50$ )

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ในเรื่องสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมากที่สุด ( $Mean \% = 90.48$ ) รองลงมา คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ( $Mean \% = 88.44$ ) การรับรู้ประโยชน์ ( $Mean \% = 80.98$ ) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค ( $Mean \% = 78.02$ ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคนั้นมีคะแนนต่ำสุด ( $Mean \% = 42.99$ ) แสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคต่ำ

ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $.01$  ( $r = -.40$ ) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

### การอภิปรายผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

#### พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้าย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.11 ( $SD = 3.61$ ) จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงที่สุด ( $Mean \% = 82.88$  และ  $82.58$  ตามลำดับ) รองลงมา คือ พฤติกรรมการบริโภค ( $Mean \% = 73.29$ ) และที่น้อยที่สุดคือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ( $Mean \% = 60.50$ ) ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยามีค่าเฉลี่ยร้อยละสูงสุด และอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 82.88 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยซื้อยามารับประทานเอง ซึ่งประกอบด้วย ยาละลายลิ่มเลือด ( $M = 3.69, SD = .07$ ) ยาแอสไพริน ( $M = 3.67, SD = .08$ ) ยาชุด ยาแผนโบราณ ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร ( $M = 3.04, SD = .12$ ) และยาแก้แสบ ยาแก้ปวด รักษาโรคข้อ กระดูก ( $M = 2.86, SD = .12$ ) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน อภิปรายได้ว่า

กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา โดยรับประทานเฉพาะยาที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ เนื่องจากกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากซื้อยามารับประทานเอง นอกจากนี้ยังปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพอย่างเคร่งครัด ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 65.9) ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงานและมักมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย จึงพบการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) เพื่อรักษาอาการปวดข้อ ปวดเมื่อยตามร่างกาย รักษาการอักเสบ และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Floch, 2005; Martin, 2005; McCance & Huether, 2006; Price & Wilson, 2003) โดยยาที่มีผลต่อระบบทางเดินอาหารคือ ทำให้เกิดอาการปวดท้อง มีแผลทะลุที่กระเพาะอาหาร และมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (วโรชา มหาชัย, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมถวิล จินดา (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเคร่งครัดร้อยละ 42 โดยรับประทานยารักษาโรคเลือดออกในทางเดินอาหารและ/หรือยารักษาโรคกระเพาะตามคำแนะนำของแพทย์ร้อยละ 65.90 และไม่รับประทานยาลูกกลอนที่มีสรรพคุณแก้ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดข้อ ปวดเข่า ร้อยละ 65.90

พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียดมีค่าเฉลี่ยร้อยละสูงรองลงมา และอยู่ในระดับค่อนข้างไปทางสูง ( $Mean \% = 82.58$ ) แปลว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการความเครียดที่ดี ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80) เมื่อมีเรื่องเครียดหรือไม่สบายใจก็มีคู่สมรสและญาติพี่น้องคอยให้คำปรึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในสังคมชนบท มีวิถีชีวิตอยู่แบบพอเพียง โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 43) ซึ่งเพียงพอกับการใช้จ่ายในครอบครัว จึงส่งผลให้พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียดมีน้อย และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เป็นคนใจร้อน ขี้โมโห หงุดหงิดง่าย ( $M = 3.32, SD = .06$ ) เมื่อมีความเครียด หรือมีเรื่องกังวลใจ จะไม่เก็บไว้คนเดียว จะปรึกษากับคนอื่น ( $M = 3.30, SD = .62$ ) และเมื่อมีปัญหา หรือมีเรื่องกังวลใจ จะยอมรับและหาทางแก้ไขปัญหานั้น ( $M = 3.29, SD = .04$ ) ซึ่งความเครียดหรือความกังวลทั้งทางร่างกายและจิตใจ จะทำให้ร่างกายผลิตกรดเกลือออกมามากขึ้น ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นได้ หรือส่งผลทำให้แผลที่ไม่มีอาการแล้วกลับกำเริบมาเป็นได้อีก (สุรชาติ สิทธิปกรณ์, 2547) นอกจากนี้ความเครียดและความกังวลต่าง ๆ จะทำให้เส้นประสาทที่ควบคุมปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงเยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นผิดปกติ มีปริมาณเลือดน้อยลงจะทำให้เยื่อบุขาดความต้านทาน ทำให้เกิดแผลได้ง่ายเมื่อน้ำย่อยหลั่งออกมา และผู้ที่มีความกังวลเป็นเวลานาน จะทำให้น้ำย่อยมีฤทธิ์แรงขึ้น (McCance & Huether, 2006; Price & Wilson, 2003)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคมีค่าเฉลี่ยร้อยละรองลงมา โดยมีค่า *Mean %* เพียง 73.29 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 3 อันดับท้าย คือ การบริโภคอาหารหมักดอง เช่น ปูดอง ปลาร้า ขนมหิน ผักดอง หรือผลไม้ดองชนิดต่าง ๆ ( $M = 2.81, SD = .05$ ) บริโภคอาหารรสจัด เช่น เผ็ดเปรี้ยว หรือเค็มจัด ( $M = 2.60, SD = .06$ ) และดื่มเครื่องดื่มชูกำลังหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เป็นประจำทุกวัน ( $M = 2.18, SD = .13$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76) มีอายุอยู่ระหว่าง 36-60 ปี (ร้อยละ 52) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 54) ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงาน อีกทั้งยังเป็นอาชีพที่ใช้แรงงาน เมื่อเสร็จจากการทำงาน มักมีการรวมกลุ่มเพื่อสังสรรค์กัน โดยคิดว่าการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เป็นการช่วยสร้างมิตรภาพ และช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดจากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกกรักษ์ เกตุเนียม (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า ผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลนครพิงค์ มีพฤติกรรมการบริโภคด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มชูกำลังชนิดบรรจุขวด อยู่ในระดับสูง ( $M = 2.68$ ) รองลงมาคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อในแต่ละวัน ( $M = 2.66$ ) และพฤติกรรมการดื่มน้ำ ( $M = 2.58$ ) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สมถวิล จินดา (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มเหล้า เบียร์ ยาดองเหล้า หรือเครื่องดื่มอื่น ๆ ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 45.50)

ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยร้อยละน้อยที่สุด โดยมีค่า *Mean %* เพียง 60.50 ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ที่ไม่ถูกต้อง ทั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61) มีการสูบบุหรี่ โดยสูบบุหรี่ 10-20 มวนต่อวัน (ร้อยละ 70.5) และสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน ( $M = 1.61, SD = .49$ ) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายถึงร้อยละ 76 และสูบบุหรี่มาตั้งแต่เป็นวัยรุ่น โดยอาจสูบบุหรี่เพราะความเคยชิน เมื่อปฏิบัติเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวันจึงเกิดการติดบุหรี่ได้ ซึ่งสารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้ตับอ่อนลดการผลิตไบคาร์บอนเนต จึงทำให้ความเป็นกลางในลำไส้เล็กลดลง การสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเกลือมากขึ้น จึงทำให้แผลหายช้าลงและกลับเป็นซ้ำได้ (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2550; Martin, 2005; Rivkin & Lyakhovetskiy, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมถวิล จินดา (2551) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 73.90) และมีการสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน (ร้อยละ 42) และสอดคล้องกับ

การศึกษาของ กนกรักษ์ เกตุเนียม (2545) ที่พบว่า การบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ร้อยละ 21.97 มีการสูบบุหรี่

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มีเพียงตัวแปรเดียว คือ ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ในเขตภาคตะวันออก ( $r = -.40, p < .01$ ) แสดงให้เห็นว่า หากผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำมีการรับรู้ต่อปัจจัยต่าง ๆ ที่มาขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคซ้ำในระดับต่ำ จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี สอดคล้องกับที่ Becker (1974) กล่าวไว้ว่า การรับรู้อุปสรรคนั้นประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความไม่สะดวกสบาย ความไม่มีประโยชน์ ความยากลำบาก การใช้เวลามาก และการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งที่ยกขวางกั้นพฤติกรรม อุปสรรคมักจะทำให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำต่ำและมีการรับรู้อุปสรรคมาก การกระทำจะเกิดขึ้นได้ยาก หากบุคคลมีความพร้อมในการกระทำสูงและมีการรับรู้อุปสรรคน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำก็จะยิ่งมีมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลเลือกที่จะปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีต่อสุขภาพมากกว่าผลเสีย อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ อยู่ในระดับต่ำ ( $Mean \% = 42.99$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์ในการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำมาแล้ว และการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำในครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 ถึงร้อยละ 69 จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างคิดว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค การรับประทานยา การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เป็นเรื่องที่ไม่ยุ่งยากนัก และเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้กับตนเองได้ ทั้งนี้ Janz and Becker (1984) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคสามารถอธิบายพฤติกรรมป้องกันการโรคของบุคคลได้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้น ได้แก่ การศึกษาของ ปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจันบาน และวิโรจน์ วรรณภีระ (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = -.31, p < .01$ ) การศึกษาของ สุธิดา พุฒทอง (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ



พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ( $r = -.28, p < .05$ ) การศึกษาของ ฉิลาวันย์ งามเสงี่ยม (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดระยอง พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน โรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ ( $r = -.12, p < .01$ ) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ( $r = .32, p < .01$ )

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะ เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ ( $r = .14$ ) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ ( $r = .06$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ( $r = .18$ ) และ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ( $r = .11$ ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า แมื่กลุ่มตัวอย่างจะรู้ว่าตนเองมี โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ แต่ยังไม่เกิดอาการหรือการ เจ็บป่วยในขณะนี้ จึงทำให้ยังไม่เห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ แต่ยังไม่ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพใน อนาคตของตนเอง ซึ่งการรับรู้ว่าตนเองมี โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของ โรคจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แต่การที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ว่า สิ่งที่จะปฏิบัตินั้นสามารถลด โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ (Becker, 1974) ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉิลาวันย์ งามเสงี่ยม (2555) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดระยอง ( $r = .21, p > .01$ ) และการศึกษาของ กษมา เชียงทอง (2554) ที่พบว่า การรับรู้ความ รุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการ โรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอออยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ( $r = .82, p > .01$ ) และ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมว่ามีผลดีต่อสุขภาพ โดยมีการ รับรู้ในระดับสูง แต่อาจขาดความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองในอนาคต ดังเช่นที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ค่าเฉลี่ยร้อยละน้อย ที่สุด ( $Mean \% = 60.50$ ) และยังคงดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เป็นประจำทุกวัน ( $M = 2.18, SD = .13$ ) มาเป็นระยะเวลาาน โดยอาจเกิดจากความเคยชินและรู้สึ กว่าการเลิกบุหรี่และสูราทำได้ยาก จึงไม่สามารถลดหรือเลิกได้ ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของ ปานชีวัน แลบุญมา (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปู้ อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง

พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ( $r = -.15$ ,  $p > .05$ ) ส่วนในด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติได้หลายทาง แต่การรับรู้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ รวมถึงประสบการณ์ เกี่ยวกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ของแต่ละบุคคลอาจมีไม่เท่ากัน จึงทำให้การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันทวันย์งามเสีี่ยม (2555) ที่พบว่า การเข้าถึงสื่อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดระยอง ( $r = -.04$ ,  $p > .05$ )

จากแนวคิดของ Janz and Becker (1984) ที่กล่าวว่า หากบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิต สถานภาพทางสังคม ย่อมส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม และการที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคว่าสามารถป้องกันและควบคุมโรคที่จะเกิดขึ้นได้ ย่อมส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ดังนั้น หากต้องการให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง การส่งเสริมให้บุคคลตระหนักถึงผลกระทบของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้ในแต่ละโรงพยาบาลมีการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันและการลดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ แต่จำนวนผู้ป่วยกลับไม่ลดลง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการรับรู้ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญที่จะนำผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม การได้รับความรู้ในเรื่องเดียวกัน ด้วยวิธีการเดียวกัน ณ เวลาเดียวกัน แต่การรับรู้ของบุคคลแตกต่างกัน ผลที่ได้คือ บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### 1. ด้านการปฏิบัติโรงพยาบาล

1.1 ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยลดการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

1.2 ควรออกแบบกิจกรรมการพยาบาล ที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

1.3 ควรออกแบบกิจกรรมการพยาบาล ที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการเลิกสูบบุหรี่

1.4 ควรรออกแบบกิจกรรมการพยาบาล ที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการเลือกรับประทานอาหารรสจืด และอาหารหมักดอง

2. ด้านการศึกษาพยาบาล นักการศึกษาทางการพยาบาลควรมีการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ในหลักสูตรการเรียนการสอน ของทุกระดับชั้น โดยจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ที่เน้นการเพิ่มทักษะและเสริมสร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ
3. ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำให้กับผู้ป่วย

## บรรณานุกรม

- กนกกรักษ์ เกตุเนียม. (2545). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กษมา เชียงทอง. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการจัดการ โรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะแก จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจมณัญญ์ ยุทธวิสุทธิ. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จรินทร์ ดวงแสง. (2551). ผลของการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นแผลเปปติกเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑารัตน์ ลมอ่อน. (2556). การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. ใน การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ “การพยาบาลที่เป็นเลิศ : กุญแจสู่ชุมชนสุขภาพในยุคเศรษฐกิจอาเซียน (Nursing Excellence : A Key to Healthy Community in AEC era)” (หน้า 32-43). อุดรธานี: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- จุมพล วิชาศรีศรี, บรรณาธิการ. (2553). ตำราศัลยศาสตร์คลินิก 1. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์.
- จิตรลดา ชมบุญ. (2549). โรคกระเพาะอาหาร รู้จักและรักษา. กรุงเทพฯ: ไพลินบุ๊กเน็ด.
- ชูดากรณ์ บุญเพ็ง. (2551). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยแผลเปปติก โรงพยาบาลน้ำป่า จังหวัดอุดรดิษฐ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ณิลาวันย์ งามเสงี่ยม. (2555). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดระยอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ทยา กิตติยากร. (2553). *Initial assessment of upper gastrointestinal bleeding*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.

ทวีศักดิ์ แทนวันดี. (2553). *Variceal bleeding: Role of vasoactive agents*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.

นนทลี เผ่าสวัสดิ์. (2553). *Upper gastrointestinal bleeding in clinical practice in gastroenterology*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.

บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2551). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). *แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมและการนำมาใช้*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก.

ประคอง กรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประพนธ์ บุญไชย. (2553). *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปรีชา สร้อยสน. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ของผู้ต้องขังชาย เรือนจำเขต 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจันบาน และ วิโรจน์ วรรณภีระ. (2554). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(3), 17-28.

- ปานชีวัน แลบุญมา. (2551). *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปู้ อำเภอมะพริก จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรณภา ราชมัชชัย. (2551). *การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารโดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้* โรงพยาบาลอุครธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภัทรภรณ์ จุ้ยเจริญ. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รวมพร คงกำเนิด, ศิริอร สิ้นธุ และชิตรณัช ทองคง. (2555). *การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นผู้หญิงไทย*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(1), 61-69.
- รัตนา เรือนอินทร์. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2550). *พยาธิสรีรวิทยาของทางเดินอาหาร: พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วัลลยา ทองน้อย. (2554). *การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วโรชา มหาชัย. (2550). *การรักษา peptic ulcer*. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ 4* (หน้า 169-176). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรัณยา เพิ่มศิลป์. (2554). *ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภอบุขารัตน์ จังหวัดขอนแก่น: วารสารวิจัยสถาบัน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 11(4), 89-100.*

- ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์. (2551). *มนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: วีเจ พรีนติ้ง.
- สมถวิล จินดา. (2551). *พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดาวิตร โฆษิตชัยวัฒน์, บรรณาธิการ. (2554). *ศาสตร์รามาธิบดี เล่ม 2 สำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้านและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธิดา พุฒทอง. (2551). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุมาลี วัจนากร, ชุติมา ผาดิคำรงกุล และปราณี คำจันทร์. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.
- สุรชาติ สิทธิปกรณ์. (2547). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุรินทร กลัมพากร. (2555). *การประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีในการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน*. ใน *อาหาร เฝ้าพัฒนา, สุรินทร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น และ ขวัญใจ อำนาจสตัยเชื้อ, การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2; หน้า 35-41). กรุงเทพฯ: คลังนานาวิทยา.
- สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, ธวัชชัย อัครวิพุธ และอุดม คชินทร. (2553). *เลือดออกในทางเดินอาหาร*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- สุพัชชา วิลวัฒน์. (2551). *ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. (2550). *เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำลายทุกอวัยวะที่ไหลผ่าน*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สถิติโรค*. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- เสาวลักษณ์ วงศ์กาฬสินธุ์. (2550). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการส่องกระเพาะอาหารในโรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลตราด. (2556). *สถิติโรค*. ตราด: โรงพยาบาลตราด.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. (2556). *สถิติโรค*. จันทบุรี: โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. (2556). *สถิติโรค*. สระแก้ว: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว.
- อรุณลดา นางแย้ม. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุดม คชินทร. (2553). *Clinical practice in gastroenterology*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- Abrams, A. C. (2004). *Clinical drug therapy rationales for nursing practice* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Atisook, K., Kachinthorn, U., Luengrojanyakul, P., Tanwandee, T., Pakdirat, P., & Puapairoj, A. (2003). Histology of gastritis and helicobacter pylori infection in Thailand: A nationwide study of 3776 cases. *Helicobacter*, 8(2), 132-141.
- Avunduk, C. (2002). *Manual of gastroenterology: Diagnosis and therapy* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Barkun, A. N., Bardou, M., Kuipers, E. J., Sung, J., Hunt, R. H., Martel, M., & Sinclair, P. (2010). International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Annals of Internal Medicine*, 152(2), 101-113.



- Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlation in psychological theory. *Health Education Monographs*, 30(2), 5-6.
- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American Journal of Public Health*, 64(3), 205-216.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendation. *Medical Care*, 8(2), 10-15.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health*, 2, 113-131.
- Chi-Liang, C., Cheng-Hui, L., Nai-Jen, L., Jui-Hsiang, T., Yen-Lin, K., & Yi-Ning, T. (2014). Endoscopic diagnosis of cervical esophageal heterotopic gastric mucosa with conventional and narrow-band images. *World Journal of Gastroenterology*, 20(1), 242-249.
- Chiu, P. W., & Ng, E. K. (2009). Predicting poor outcome from acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterol Clinical North America*, 7(3), 311-316.
- Cohen, S. (2007). *Peptic ulcer disease*. Retrieved from <http://www.merck.com/mmpe/print/seco2/cho13/cho13e.html>
- Floch, M. H. (2005). Peptic ulcer disease: Definition and pathophysiology. In M. H. Floch, *Netter's gastroenterology* (pp. 184-196). New Jersey: Carlstadt.
- Gochman, D. S. (1988). *Health behavior: Emerging research perspective*. New York: Plenum Press.
- Gould, B. E. (2002). Digestion, absorption, and use of food: Peptic ulcer. In E. Barbara, *Pathophysiology for the health profession* (2<sup>nd</sup> ed.; pp. 342-353). Saunder: Gould Med.
- Goroll, A. H., & Mulley, A. G. (2006). *Primary care medicine*. Philadelphia: Lippincott.
- Hawkey, C. J. & Skelly, M. M. (2002). Gastrointestinal safety of selective COX-2 inhibitors. *Journal of Current Pharmaceutical Design*, 12(8), 1077-1090.
- Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L. (2002). *Medical-surgical nursing critical thinking for collaborative care* (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quatery*, 11, 1-47.
- Klebl, F. H., Bregenzer, N., Schofer, L., Tamme, W., Langgartner, J., Scholmerich, J., Strauch, B., Ehrenstein, R., & Wiest, K. (2005). Risk factor for mortality in severe upper gastrointestinal bleeding. *International Journal Colorectal*, 20, 49-56.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leerdam, M. V. (2008). Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 22, 209-224.
- Lewis, S. L., Heitkemper, M. M., Dirksen, S. R., O'Brien, P. G., & Bucher, L. (2007). *Medical-surgical nursing: Assessment of clinical problems*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Lim, J. K., & Ahmed, A. (2005). Endoscopic approach to the treatment of gastrointestinal bleeding. *Techniques In Vascular and Interventional Radiology*, 7, 123-129.
- Mahmood, Z., & Manamara, D. (2003). Gastro-oesophageal reflux disease and ulcer disease. *Alimentary Pharmacology Therapy*, 44(1), 20-24.
- Martin, H. F. (2005). Peptic ulcer disease: Definition and pathophysiology. In H. F. Martin, F. David, S. Arthus, A. Geoffrey, & A. Colonel David, *Netter's gastroenterology*. New Jersey: Carlstadt.
- McCance, K. L., & Huether, S. E. (2006). *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adult and children* (5<sup>th</sup> ed.). St. Louis : Mosby.
- McCance, K., Forshee, B., & Shelby, J. (2006). Stress and disease. In K. McCance, & S. Huether (Eds.), *Pathophysiology: The biologic basic for disease in adults and children* (5<sup>th</sup> ed.; pp. 311-332). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Mitros, F. A., & Rubin, E. (2008). Clinicopathologic foundation of medicine. In E. Rubin, R. Stayer, & S. David (Eds.), *Rubin's pathology* (pp. 557-568). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Price, S. A., & Wilson, L. M. (2003). Disorders of the stomach and duodenum: Peptic ulcer disease. In Jennifer, J. Yeager, *Pathophysiology: Concepts of disease* (pp. 490-508). St. Louis: Mosby.
- Rivkin, K., & Lyakhovetskiy, A. (2005). Treatment of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *The American Journal of Health-System Pharmacology*, 62(1), 1159-1170.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* (pp. 1-8). New Jersey: Charles B. slack.
- Rosenstock, I. M. (1990). *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Rosenstock, S., Jorgensen, T., Bonnevie, O., & Andersen, L. (2003). Risk factors for peptic ulcer disease: A population based prospective cohort study comprising 2416 Danish adults. [Electronic Version]. *Gut*, 36, 186-193.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Medical- surgical nursing* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Spiegel, B. M., Dulai, G., Lim, B. S., Mann, N., Kanwal, F., & Gralnek, I. M. (2006). The cost effectiveness and budget impact of intravenous versus oral proton pump inhibitors in peptic ulcer hemorrhage. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 4, 988-997.
- Takatsugu, Y., Masaki, S., Kunitaka, N., Koichiro, A., Masako, F., Shin, N., Akihiko, T., Taro, I., & Yasushi, K. (2007). Gastroduodenal mucosal injury in patients on antiplatelet therapy. *Journal of Thrombosis Research*, 120, 465-469.
- Thabut, D., & Bernard-Chabert, B. (2007). Management of acute bleeding from portal hypertension. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 21(1), 19-29.
- Vincent-Smith, L., & Sinclair, D. (2006). Acute gastrointestinal haemorrhage. *Anesthesia and Intensive Care Medicine*, 7(4), 124-127.
- Viviane, A., & Alan, B. N. (2008). Estimates of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research*, 11(1), 1-3.
- White, L., & Duncan, G. (2002). *Medical-surgical nursing* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Wilhelmsen, I., & Berstad, A. (2004). Reduced relapse rate in duodenal ulcer disease leads to normalization of psychological distress: Twelve-year follow-up. *Journal of Gastroenterology*, 39(8), 717-721.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์สมเกียรติ สนั่นเกียรติเจริญ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม ระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี
2. รองศาสตราจารย์ ดร.นัทธมน วุฒานนท์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและการจัดการความรู้ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
4. คุณพรทิพย์ เนินริมหนอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี และ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี
5. คุณอริยา โภชเจริญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**แบบสอบถาม**

**เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ  
ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ**

**คำชี้แจง**

แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลในแบบสอบถามจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด และจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพราะข้อมูลที่ได้จากท่าน มีความสำคัญยิ่ง ต่อผลการวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ อย่างแท้จริง ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

**แบบสอบถามนี้มี 3 ส่วน ดังนี้**

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ แบ่งเป็น 4 พฤติกรรม คือ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และ พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 5 หมวด คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ





<p>ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย (ต่อ)</p> <p>คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อที่ตรงกับข้อมูลของท่าน หรือกรอกข้อความลงในช่องว่าง</p>	<p>สำหรับ ผู้วิจัย</p>
<p>8. ท่านมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ครั้งนี้เป็นครั้งที่เท่าไร ครั้งที่.....</p>	
<p>9. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือไม่</p> <p>( ) 1. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์</p> <p>( ) 2. ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (ระบุปริมาณที่ดื่มต่อวัน) ปริมาณ.....</p>	
<p>10. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่</p> <p>( ) 1. ไม่สูบบุหรี่</p> <p>( ) 2. สูบบุหรี่ (ระบุปริมาณที่สูบบุหรี่ต่อวัน) ปริมาณ.....</p>	
<p>11. ปัจจุบันท่านรับประทานยาอะไรเป็นประจำหรือไม่</p> <p>( ) 1. ไม่ได้รับประทานยา</p> <p>( ) 2. รับประทานยา ได้แก่</p> <p>( ) ยานำรุงเลือด ( ) ยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>( ) ยารักษาโรคข้อ กระดูก ( ) ยาแอสไพริน</p> <p>( ) ยาแผนโบราณ ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร</p> <p>( ) ยาอื่น ๆ (ระบุ).....</p>	
<p>12. การรักษาที่ท่านได้รับในครั้งนี้</p> <p>( ) 1. ได้รับการส่องกล้อง</p> <p>( ) 2. ได้รับการผ่าตัด</p> <p>( ) 3. รับประทานยา</p>	

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 4 พฤติกรรม คือ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด คำตอบท่านจึงไม่มีถูกหรือผิด (โปรดตอบตามความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ) โดยโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของท่าน การเลือกให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/ ทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ  
เป็นประจำทุกวัน/ ทุกครั้ง

ปฏิบัติเกือบทุกวัน/ เกือบทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ  
เกือบทุกวัน/ เกือบทุกครั้ง

ปฏิบัติบางวัน/ นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ  
บางวัน/ นาน ๆ ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ เลย

ข้อความ	การปฏิบัติ				สำหรับ ผู้วิจัย
	ปฏิบัติ เป็น ประจำ ทุกวัน / ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุก วัน/ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางวัน / นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	
<b>พฤติกรรมการบริโภค</b>					
1. ในแต่ละวันท่านบริโภคอาหารครบทั้ง 3 มื้อ					
2. ในแต่ละวันท่านบริโภคอาหารในแต่ละมื้อตรงเวลา					
3. ท่านบริโภคอาหารหมักดอง เช่น ปลาดอง ปลา ร้า ขนมจีน ผักดอง หรือผลไม้ดองชนิดต่าง ๆ					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					

ข้อความ	การปฏิบัติ				สำหรับ ผู้วิจัย
	ปฏิบัติ เป็นประจำ ทุกวัน / ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุก วัน/ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางวัน / นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	
<b>พฤติกรรมการใช้ยา</b>					
8. ท่านรับประทานยาแก้ไอแก้เสบ ยาแก้ปวด รักษา โรคข้อ กระดูก					
9. ท่านรับประทานยาแอสไพริน					
10. ....					
11. ....					
<b>พฤติกรรมการสูบบุหรี่</b>					
12. ในปัจจุบันท่านสูบบุหรี่					
<b>พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด</b>					
13. เมื่อท่านมีความเครียด หรือมีเรื่องกังวล ใจ ท่านจะเก็บไว้คนเดียวไม่บอกใคร					
14. ท่านเป็นคนใจร้อน ใจโมโห หงุดหงิดง่าย					
15. ....					

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 5 หมวด คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ คำตอบท่านจึงไม่มีถูกหรือผิด (โปรดตอบตามความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ) โดยโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน การเลือกให้ถือเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น					ลำดับ หรือ ผู้ วิจัย
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ 1. ท่านคิดว่าตนเองเป็นคนที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ						

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น					ลำ หรับ ผู้ วิจัย
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
2. อาจเป็นไปได้ที่ท่านจะเกิดภาวะเลือดออก ในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ แม้ว่าท่านจะ เคยได้รับการรักษาภาวะเลือดออกใน ทางเดินอาหารส่วนต้นแล้ว						
3. อาจเป็นไปได้ที่ท่านจะเกิดภาวะเลือดออก ในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ถ้าท่าน รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา						
4. อาจเป็นไปได้ที่ท่านจะเกิดภาวะเลือดออก ในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ถ้าท่าน รับประทานอาหารรสจัด เช่น เผ็ด เปรี้ยว เค็ม เป็นประจำ						
5. อาจเป็นไปได้ที่ท่านจะเกิดภาวะเลือดออก ในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ถ้าท่านดื่ม เครื่องดื่มชูกำลังหรือเครื่องดื่มที่มี ส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เป็นประจำ						
6. ....						
7. ....						
8. ....						
9. ....						
10. ....						
11. ....						

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น					ลำ หรับ ผู้ วิจัย
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
<b>การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ</b>						
12. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ อาจเสียชีวิตได้จากภาวะช็อก ที่เกิดจากการสูญเสียเลือดในปริมาณมาก						
13. ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง อาจทำให้ตายได้						
14. ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เป็นภาวะที่ไม่รุนแรง ไม่น่ากลัว เพราะรักษาได้						
15. ....						
16. ....						
<b>การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ</b>						
<b>พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ</b>						
17. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น						
18. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารตรงเวลา ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น						
19. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด รวมถึงอาหารหมักดอง จะทำให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำลดลง						

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น					ลำ หรับ ผู้ วิจัย
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
20. ท่านคิดว่าการเลิกดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง หรือ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ จะทำให้เกิดภาวะเลือดออก ในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำลดลง						
21. ท่านคิดว่าการเลิกดื่มชา กาแฟและ น้ำอัดลม จะทำให้เกิดภาวะเลือดออกใน ทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำลดลง						
22. ....						
23. ....						
24. ....						
25. ....						
<b>การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ</b>						
26. เป็นเรื่องยากที่ท่านจะรับประทาน อาหารให้ตรงเวลาทั้ง 3 มื้อ						
27. การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารรสจัด เป็นเรื่องยาก สำหรับท่าน						
28. ท่านคิดว่าการเลิกดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ เป็นเรื่องยาก						
29. ท่านคิดว่าการเลิกดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ ทำให้ท่านเข้าสังคมได้น้อยลง						



ข้อความ	ความคิดเห็น					ลำ หรับ ผู้ วิจัย
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
30. การลด/เลิกดื่มชา กาแฟ และน้ำอัดลม ทำให้ท่านไม่กระปี้กระเป่า						
31. เป็นเรื่องลำบากหากท่านต้องหลีกเลี่ยง การรับประทานยาแก้ไอ ยาแก้ปวด รักษาโรคข้อ กระดูก ยาแอสไพริน และยาชุด ยาแผนโบราณ ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร						
32. ท่านคิดว่าการรับประทานยารักษา ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอย่างเคร่งครัด เป็นเรื่องยุ่งยาก						
33. ....						
34. ....						
35. ....						
36. ....						
37. ....						
38. ....						
39. ....						
<b>สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ</b>						
40. ท่านคิดว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของ บุคลากรทางการแพทย์ และการมาตรวจ ตามนัดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ท่านสามารถ ปฏิบัติตัวดีขึ้น ในการป้องกันการเกิดภาวะ เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำได้						

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น					ลำ หรับ ผู้ วิจัย
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
41. ท่านคิดว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารทาง สื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการเกิดภาวะเลือดออก ในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ทำให้ท่าน สามารถเปลี่ยนพฤติกรรม และป้องกัน การเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ส่วนต้นซ้ำได้						
42. ท่านคิดว่า การมีคนคุ้นเคยหรือคนรู้จัก เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ส่วนต้นซ้ำ ทำให้ท่านเกิดความกลัว ไม่ยอมให้เกิดขึ้นกับตัวท่านเอง และ ทำให้ท่านสามารถเปลี่ยนพฤติกรรม มาดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นได้						
43. ....						
44. ....						

**ภาคผนวก ค**

เอกสารรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ในเขตภาคตะวันออกเฉียง  
Predictors of Health Behaviors Among Upper Gastrointestinal Rebleeding Patients in Eastern Region

ชื่อนิสิต นางสาวนุชยรัตน์ ลอยศักดิ์

รหัสประจำตัวนิสิต 55920257 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 06 - 2557

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 100 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ หอผู้ป่วยใน ศัลยกรรม และอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลตราด

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ.2558

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 8 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2557

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)

1. ชื่อเรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ในเขตภาคตะวันออกเฉียง

Predictors of Health Behaviors Among Upper Gastrointestinal Rebleeding Patients in Eastern Region

ชื่อนิสิต นางสาวบุษยรัตน์ ลอยศักดิ์

รหัสประจำตัวนิสิต 55920257 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

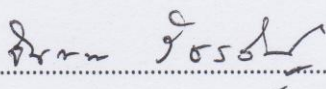
3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 06 - 2557

ให้เพิ่มเติม คือ เปลี่ยนสถานที่เก็บข้อมูล จากเดิม โรงพยาบาลระยอง เป็น

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

4. วันที่ให้การรับรอง: 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2557

ลงนาม..... 

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



## คำชี้แจงในการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้ที่สามารถเข้าร่วมในการวิจัย โดยอธิบายการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ดังนี้

ข้าพเจ้า นางสาวบุษยารัตน์ ลอยศักดิ์ เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ท่านเป็นผู้มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งในการตอบครั้งนี้จะไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับในขณะนี้ คำตอบที่ได้จากท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีผลกระทบใด ๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวท่าน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง แต่จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม เพราะจะนำผลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนให้การพยาบาล และส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อไป

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะตอบให้ท่านเข้าใจ และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังได้รับการรักษาพยาบาล จากเจ้าหน้าที่ของทางโรงพยาบาลตามปกติ ท่านมีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้ท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านก็ยังมีสิทธิ์จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

การวิจัยครั้งนี้จะประสบความสำเร็จลงไม่ได้ หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(นางสาวบุษยารัตน์ ลอยศักดิ์)

ผู้วิจัย



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม ..... พยาน

(.....)

ลงนาม ..... ผู้ทำวิจัย

(นางสาวบุษยารัตน์ ลอยศักดิ์)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม ..... พยาน

(.....)

ลงนาม ..... ผู้ทำวิจัย

(นางสาวบุษยรัตน์ ลอยศักดิ์)