

ผลการจัดการกับอาการรบกวนกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค
หรือกระเพาะอาหารอักเสบต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการรบกวนชีวิต
และความพึงพอใจการรับบริการ โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี*

(Effects of Nurse-Patient Collaborative Intervention of Symptom
Management on Perception of Health, Levels of Life Disturbance
and Patient Satisfaction for Patients with Peptic Ulcer or Gastritis
in Chonburi Regional Hospital)



สุวรรณี มหากายนันท์**
Suwannee Mahakayanun
ทัศนีย์ วรภัทรากุล***
Tassanee Worapattrakul
วริยา Wachirawat
Wariya Wachirawat

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัด
ก่อน-หลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผล
การจัดการกับอาการรบกวนกันระหว่างพยาบาล
กับผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหาร
อักเสบ และเพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ
และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยดังกล่าว
ณ โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ
ผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหาร
อักเสบจำนวน 29 ราย ได้รับเลือกแบบเจาะจง

ตามเกณฑ์ เก็บข้อมูลในช่วง เมษายน-กรกฎาคม
2546 ดำเนินการทดลองโดยผู้ป่วยและ
พยาบาลได้ร่วมกันจัดการกับอาการและติดตาม
ประเมินผลทุก 2 สัปดาห์ ติดต่อกันรวม 3 ครั้ง
โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ
ระดับการรบกวนชีวิต ความพึงพอใจในการรับ
บริการ และแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับ
ประสบการณ์อาการและการจัดการกับอาการ
ตนเองของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยใช้สถิติ
แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
paired t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่ม
ตัวอย่างมีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพและระดับ
ความพึงพอใจในการรับบริการเพิ่มขึ้น และ

* ทุนวิจัยจากงบรายได้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
บูรพา ปี 2545

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ระดับการรบกวนชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านประสบการณ์อาการและการจัดการกับอาการการเกิดโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ความไม่สุขสบายด้านจิตอารมณ์ ร้อยละ 37.9 มากกว่าด้านร่างกาย ร้อยละ 30.9 แต่มีวิธีการจัดการกับอาการด้านจิตอารมณ์น้อยกว่า ร้อยละ 3.45 ด้านร่างกาย ร้อยละ 6.90-37.9 2) ปัจจัยการเกิดโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุด 2 อันดับแรก คือ การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ร้อยละ 100 และการดื่มสุราหรือการสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.2 ส่วนปัจจัยที่ขาดการรับรู้มากที่สุด 2 อันดับแรก คือ การไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 69 ความเครียดและการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 59.6 3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.8 รับรู้ว่าการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องเป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบ แต่ปฏิบัติไม่ถูกต้องมากที่สุด ร้อยละ 95.6

Abstract

The purposes of this quasi-experimental study were to evaluate the effects of nurse-patient collaborative intervention of symptom management on perception of health, levels of life disturbance and patient satisfaction and to study symptom experiences and symptom management in patients with peptic ulcer or gastritis.

A one-group pretest-posttest design was implemented with 29 out patients who met inclusion criteria. In the program, nurses and patients collaboratively managed symptoms of peptic ulcer or gastritis at OPD and home every two weeks for three times. Perception of health, levels of life disturbance and patient satisfaction were measured. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and content analysis.

The results revealed that the perception of health and patient satisfaction increased significantly ($p < .01$), whereas the levels of life disturbance significantly declined ($p < .01$). Concerning symptom experience and its management, three interesting findings were found. 1) Participants suffered from psycho-emotional (37.9%) more than physical symptoms (30.9%). However, they reported that physical symptoms (6.90-37.9%) were managed more than psycho-emotional symptoms (3.45%). Secondly, Participants reported the two most known factors related to relapsing of peptic ulcer or gastritis symptom were nonadherence with treatment (drugs and followed up schedule) (100%). and the use of alcohol and cigarette (86.2%). Two most unknown factors related to relapsing of peptic

ulcer or gastritis were lack of exercise (69%) and stress (59.6%). Thirdly, Most of subjects perceived healthy eating behavior (82.8%), but cannot do it well (95.6%).

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคกระเพาะอาหารเป็นโรคที่ทำให้คนไทยที่อยู่ในวัยแรงงานต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีอัตราการป่วยสูงถึงร้อยละ 12.1 (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, 2541) โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบ (มานิต ลิโทชวลิต, อุทัย ตูจินดา, และดุขฎี อุดมสิน, 2532) ผู้ป่วยมักมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ และอาจมีโอกาสดเกิดโรคมะเร็งของกระเพาะอาหารได้สูงกว่าคนทั่วไป 3-4 เท่า (ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2536) จากงานวิจัยของเคฟ พบว่าโรคแผลเป็บติคมีอัตราการกลับซ้ำของโรคร้อยละ 50 ถึง 90 หลังจากเริ่มได้รับการรักษาภายในระยะเวลาหนึ่งปีและห้าปีตามลำดับ (Cave, 1992) ค่าใช้จ่ายในการไปตรวจกับแพทย์ ณ โรงพยาบาล 100-3,000 บาท/ครั้ง จึงนับเป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อประชาชนเป็นอย่างมาก

สาเหตุและพยาธิสรีรภาพที่แท้จริงของการเกิดโรคแผลเป็บติคและกระเพาะอาหารอักเสบยังไม่ทราบแน่ชัด (Johnsen, et al., 1994) แต่มีข้อสนับสนุนบางประการพบว่าพยาธิสรีรภาพของโรคเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ซับซ้อน (Nagy, et al., 1981) เช่น ความเครียด

ปัจจัยทางด้านสภาพทางสังคม บุคคล และนิสัยการบริโภค (Atisook, et al., 2003) ทำให้แนวทางและวิธีการในการบำบัดรักษาและป้องกันแตกต่างกัน จากการศึกษาต่าง ๆ พบว่าการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงบางอย่างทำให้อาการของโรคดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของอรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536) แต่การปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงได้รับความสนใจจากเจ้าหน้าที่สุขภาพน้อยกว่าการค้นหาและรักษาสาเหตุอาการ (Larson, et al., 1994) รวมทั้งขาดการให้ข้อมูลตามบริบทในสถานการณ์ของผู้ป่วยที่ต้องอาศัยความเข้าใจภูมิหลังของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการแก้ไขปัญหา จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งยาแต่ประการเดียว

การช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมนั้น เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการจัดการกับอาการ ตลอดจนการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแก้ปัญหาของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการจัดการกับอาการของลาร์สันและคณะ (Larson et al., 1994) ร่วมกับแนวคิดการตั้งเป้าหมายร่วมกันตามทฤษฎีคิง (King, 1981) การศึกษารุ่นนี้จึงมีวัตถุประสงค์ ศึกษาผลการจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบ โดยใช้แนวคิดดังกล่าว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถลดอาการรุนแรงของโรคและระดับการรบกวนชีวิตพร้อม

ทั้งเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการการพยาบาลซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของงานบริการ

ได้แก่ ประสิทธิภาพอาการ วิธีจัดการกับอาการ และผลของอาการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบ

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการรบกวนชีวิต และความพึงพอใจในการรับบริการก่อนและภายหลังการใช้วิธีการจัดการกับอาการร่วมกัน ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบ

นิยามศัพท์

1. ผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการในระบบทางเดินอาหารและที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองโรคก็ได้ ร่วมกับมีผลการส่องกล้องทางเดินอาหารยืนยัน

2. การจัดการกับอาการร่วมกัน หมายถึง รูปแบบการพยาบาลที่เน้นการจัดการกับอาการที่ไม่สุขสบายในผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบ โดยใช้คู่มือของ สุภาภรณ์ อินธิแสง (1999) ซึ่งใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการร่วมกันของลาร์สันและคณะ ร่วมกับแนวคิดการตั้งเป้าหมายร่วมกันตามทฤษฎีคิง แนวคิดการจัดการกับอาการร่วมกันประกอบด้วย 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน

3. ผลการจัดการกับอาการร่วมกัน หมายถึง ผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้วิธีการจัดการกับอาการร่วมกัน โดยประเมินจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของลาฟเฟรย์ (Laffrey, 1986) แบบวัดการรบกวนชีวิตของแคนทริล (Cantril, 1963) และแบบวัดความพึงพอใจในการรับบริการของมุนโรและคณะ (Munro, et al, 1994)

กรอบแนวความคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการร่วมกัน ซึ่งได้พัฒนามาจากรูปแบบการจัดการกับอาการของลาร์สันและคณะ (1997) และสุภาภรณ์ อินธิแสง (1999) นำมาพัฒนาร่วมกับทฤษฎีคิง โดยเน้นการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ (King, 1994) โดยมีผู้ป่วยเป็นผู้ริเริ่มและวางแผนร่วมกับพยาบาลเพื่อประเมินอาการที่เกิดขึ้นและผลการจัดการกับอาการที่เคยปฏิบัติ วินิจฉัยปัญหาที่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการจัดการที่เกิดขึ้น ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการจัดการกับอาการ วางแนวทางการปฏิบัติร่วมกันจัดการกับอาการตามแนวทางที่วางไว้และประเมินผลเพื่อนำไปสู่การจัดการร่วมกันในครั้งต่อไป เพื่อช่วยให้กลุ่มผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบ ได้จัดการกับอาการที่ไม่สุขสบาย โดยเน้นการหลีกเลี่ยงปัจจัยร่วมต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 7 หมวด คือ เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม

หลีกเลี่ยงยาแอสไพรินและยาด้านอักเสบและ สเตียรอยด์ งดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา หลีกเลี่ยง เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ออกกำลังกายและ พักผ่อนที่เพียงพอ จัดการกับความเครียดได้ เหมาะสม ทำการรักษาพร้อมการรับประทานยา และมาตรวจตามนัด และเน้นผลลัพธ์ไว้ 4 ประการ (Larson, et al., 1999) คือ 1) ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น 2) คงไว้หรือเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วย 3) คงไว้หรือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 4) เพิ่มความสามารถที่จะดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบโดยตรงยังมีการศึกษาน้อย ที่ปรากฏได้แก่ สุภาภรณ์ อินธิแสง (1999) ศึกษาผลการจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นหรือกลุ่มดิสเปปเซียที่คล้ายโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น และคุม ชัน ฮาน (Kuem Sun Han, 2002) ศึกษาผลการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการสร้างองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ชัดเจนขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาถึงผลการจัดการกับอาการร่วมกันระหว่าง

พยาบาลกับผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบในโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี ใช้ระยะเวลาในการวิจัยครั้งนี้ 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบที่รับการตรวจในโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี และมีผลตรวจการส่องกล้องทางเดินอาหารที่พบเป็นแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป มีอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ในระบบทางเดินอาหาร สถานที่พักอาศัยมีระยะทางไม่มากกว่า 30 กม. จากโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี ไม่มีโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้หรือไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรง สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้เข้าใจ ยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความเต็มใจตลอดโครงการ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือการจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบ เป็นคู่มือที่ได้รับการพัฒนาโดย สุภาภรณ์ อินธิแสง (1999)
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล รวม 7 ชุด ได้แก่
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดย ลาฟเฟรย์ (Laffrey,

1986) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาภรณ์ อินธิแสง มีคำถาม 28 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต 6 ระดับ เริ่มจาก 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 6 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = .90 ส่วนงานวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = .76

2.3 แบบวัดความพึงพอใจในการรับบริการ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาโดยมันโรและคณะ (Munro, et al. 1994) มี 2 องค์ประกอบ คือ ด้านประทับใจและด้านการช่วยเหลือสนับสนุนระหว่างบุคคล เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบอย่างละ 14 ข้อ รวม 28 ข้อ คำถามแบบลิเกิต 1-5 คะแนน 1 คะแนน คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 คะแนน คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง สุภาภรณ์ อินธิแสง (Inthisang, 1999) ได้นำแบบนี้มาใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แผลในกระเพาะอาหาร จำนวน 300 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = 0.94 ส่วนงานวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา=.75

2.4 แบบวัดระดับการรบกวนชีวิต เป็นแบบวัดของแคนทริล (Cantril, 1963) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในสภาวะรวม เป็นมาตราขั้นบันได ช่วง 0-10 คะแนน โดย 0 หมายถึง ระดับที่ชีวิตไม่ถูกรบกวนใด ๆ 10 หมายถึง ชีวิตถูกรบกวนมากที่สุด

2.5 แบบบันทึกอาการและการจัดการกับอาการ เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ติดตามอาการและวิธีการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อน ระหว่างและ

หลังการทดลอง

2.6 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์และการจัดการกับอาการ เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้ทราบประสบการณ์ระหว่างการเจ็บป่วยรวมทั้งวิธีการที่เคยใช้ ในการบรรเทาอาการของกลุ่มตัวอย่าง

2.7 แบบประเมินการรับรู้ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดอาการของโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบและการมีพฤติกรรมเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อช่วยประเมินการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการกับอาการร่วมกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากขออนุญาตจากหน่วยงานและกลุ่มตัวอย่างแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ก่อนการทดลอง (pre-test) 3 ฉบับ ได้แก่ แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดระดับการรบกวนชีวิต และแบบวัดความพึงพอใจในการรับบริการ พร้อมทั้งแบบบันทึกอาการและการจัดการกับอาการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลช่วยในการประเมินอาการและวิธีการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมนัดหมายการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ถัดไปและทุกสองสัปดาห์ต่อเนื่อง 3 ครั้ง

2. ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มต้นขั้นตอนการทดลองการจัดการกับอาการร่วมกัน ผู้วิจัยสัมภาษณ์ ประสบการณ์การและการจัดการกับอาการและประเมินการรับรู้ปัจจัยร่วมและพฤติกรรมปฏิบัติที่ทำให้เกิดอาการของโรค

เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

3. เริ่มขั้นตอนการทดลองการจัดการกับอาการร่วมกันตามคู่มือการจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบที่เน้น 6 ขั้นตอน คือ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ประเมินอาการและผลการจัดการกับอาการด้วยตนเอง 3) ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างวินิจฉัยปัญหา 4) ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการจัดการกับอาการ 5) วางแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน 6) ประเมินผลในช่วงสองสัปดาห์ถัดไปจนครบการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง

4. ส่วนการประเมินผลจะทำในอีก 2 สัปดาห์ต่อมา คือ สัปดาห์ที่ 8 ของการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้มอบแบบสัมภาษณ์ ทั้ง 3 ฉบับ (post-test) กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำการประเมินผล และส่งคืนผู้วิจัยตามที่อยู่พร้อมซองและแสตมป์ที่ได้จัดเตรียมไว้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและภายหลังการทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 29 ราย เป็นโรคแผลเป็บติค ร้อยละ 41.4 และโรคกระเพาะอาหารอักเสบร้อยละ 58.6 เพศชาย

ร้อยละ 51.7 เพศหญิง ร้อยละ 48.3 ประเมินฐานะการเงินตนเองอยู่ในระดับเพียงพอ มีจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 58.6 และนอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 31 เคยมีภาวะแทรกซ้อนจากอาการอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายเป็นเลือด

2. กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ความไม่สุขสบายด้านจิตอารมณ์ ร้อยละ 37.9 มากกว่าด้านร่างกาย ร้อยละ 30.9 แต่มีวิธีการจัดการกับอาการด้านจิตอารมณ์น้อยกว่า ร้อยละ 3.45 ด้านร่างกาย ร้อยละ 6.9-37.9 ปัจจัยการเกิดโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากที่สุด 2 อันดับแรก คือ การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ร้อยละ 100 และการดื่มสุราหรือการสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.2 ส่วนปัจจัยที่ขาดความรู้มากที่สุด 2 อันดับแรก คือ การไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 69 ความเครียดและการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 59.6 และพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไม่ถูกต้องมากที่สุดคือ การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาหรือรสชาติไม่ถูกต้อง ร้อยละ 95.6 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.8 มีการรับรู้ที่ถูกต้อง (ตารางที่ 1-2)

3. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในการรับบริการของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 3)

4. คะแนนเฉลี่ยระดับการรบกวนชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประสบการณ์การจัดการกับอาการของตนเอง (n = 29)

ประสบการณ์การจัดการกับอาการ	*จำนวน	ร้อยละ
1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคด้วยตนเอง		
1.1 การรับประทานอาหาร		
- รับประทานอาหารให้ตรงเวลา	11	37.90
- งดอาหารเผ็ด	7	24.10
- งดอาหารรสจัด	7	24.10
1.2 งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4	13.80
1.3 งดบุหรี่	2	6.90
1.4 งดดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (งดกาแฟ/งดน้ำอัดลม)	2	6.90
1.5 อื่นๆ (เคี้ยวอาหารให้ละเอียด/รับประทานอาหารอ่อนๆ)	2	6.90
2. แสวงหาการรักษา		
2.1 ซึ้อยารับประทานเอง	11	37.90
2.2 พบแพทย์และรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	7	24.10
3. ทำจิตใจให้สบาย	1	3.45
4. อื่นๆ (ดื่มน้ำ/นอนพัก/นอนคว่ำ/ยาดม/วางกระเป๋าน้ำร้อน)	5	17.24

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 วิธี

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการรับรู้ปัจจัยร่วมของการเกิดโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบและพฤติกรรมปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง (n = 29)

ตัวแปร	การรับรู้ปัจจัยร่วม (n = 29)				พฤติกรรมปฏิบัติ (n = 29)			
	รู้ว่าเป็นปัจจัย		ไม่รู้ว่าเป็นปัจจัย		มีพฤติกรรมถูกต้อง		มีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง	
	*จำนวน	ร้อยละ	*จำนวน	ร้อยละ	*จำนวน	ร้อยละ	*จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง	24	82.8	5	17.2	1	4.4	28	95.6
2. การดื่มน้ำหรือสูบบุหรี่	25	86.2	4	13.8	15	51.7	14	48.3
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน	15	51.7	14	48.3	10	34.5	19	65.5
4. การรับประทานแอสไพรินหรือสเตียรอยด์	16	55.2	13	44.8	18	62.1	11	37.9
5. การไม่ออกกำลังกาย	9	31.0	20	69	8	27.6	21	72.4
6. ความเครียดและการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม	12	41.4	17	58.6	14	48.3	15	51.7
7. การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์	29	100	0	0	29	100	0	0

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 วิธี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในการรับบริการและระดับการรบกวนชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติpaired-t-test (n = 29)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	111.1	22.4	135.5	26.9	5.087	.01
2. ความพึงพอใจในการรับบริการ	100	19.44	118.5	13.25	6.05	.01
3. ระดับการรบกวนชีวิต	8.2	1.95	3.1	2.9	-7.620	.01

อภิปรายผล

1) ประสพการณ์อาการเจ็บป่วยที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการกับอาการด้านร่างกายเป็นหลัก มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้การจัดการกับอาการด้วยวิธีผ่อนคลายด้านจิตอารมณ์ สอดคล้องกับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยร่วมการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างที่ขาดการรับรู้มากสองอันดับแรก คือ การที่ไม่รู้ถึงความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรค และไม่รู้ว่าการออกกำลังกายเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยผ่อนคลายและลดความเครียดได้ ซึ่งจะมีผลต่อการหายของแผลในกระเพาะอาหาร และไม่พบว่าในกลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีจัดการกับอาการโดยการออกกำลังกาย จากงานวิจัยของ วริยา วชิราวัฒน์ (Wachirawat, 2001) พบบุคคลที่มีความเครียดเรื้อรังจะมีโอกาสเกิดโรคแผลเป็บติคได้มากกว่าคนทั่วไป 2.9 เท่าและหากรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาร่วมด้วยจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคแผลเป็บติคเป็น 4.8 เท่า

ดังนั้นการหาวิธีการเพื่อลดความเครียดหรือกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับการสนับสนุนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากขาดการรับรู้ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคแล้ว ยังมีพฤติกรรมปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในแต่ละปัจจัยการเกิดโรค เช่น ปัจจัยการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่หรือปัจจัยการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาและรสชาติไม่ถูกต้องที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มาก แต่ปฏิบัติไม่ถูกต้องมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาภรณ์ อินธิแสง (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักในแบบแผนการดำเนินชีวิต

ระหว่างการวิจัยครั้งนี้พบว่า มี 2 พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมักกลับไปมีพฤติกรรมเดิมหลังจากอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ของโรคเริ่มดีขึ้น ได้แก่ การดื่มสุรา และการรับประทานอาหารรสเผ็ดจัดหรือเปรี้ยวจัด ส่วนสาเหตุที่กลับไปมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้น อาจเกิดจากความต้องการทดสอบอาการเจ็บป่วยของตนเองว่าดีขึ้นหรือไม่ หรืออาจเกิดจากสภาพ

แวดล้อมสังคมในการดื่มสุรา ดังนั้นการจัดการกับอาการไม่สุขสบายในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องมีการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และเข้าใจในสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล

2) ผลการใช้วิธีจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในการรับบริการและระดับการรบกวนชีวิต

2.1) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง อาจเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ได้เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้ขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยปรับเปลี่ยนตามบริบทของแต่ละบุคคลโดยแต่ละบุคคลจะร่วมกับพยาบาลในการค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ จากนั้นร่วมวางแผน เพื่อปรับหรือลดพฤติกรรมที่คิดว่าไม่เหมาะสม และทำการบันทึกอาการด้วยตนเองหรือญาติ เพื่อใช้เป็นผลการประเมินและใช้เป็นข้อมูลเพื่อช่วยในการปรับพฤติกรรมในครั้งต่อไป หลังการทดลองพบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาการสุขสบายมากขึ้น จะสามารถกลับไปทำงานได้มากขึ้น มีรายได้เป็นปกติ ครอบครัวเป็นทุกข์น้อยลง จากภาพรวมของอาการที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ 4 มิติ การรับรู้ภาวะสุขภาพของ ลาฟเฟอรัยที่ประกอบด้วย สุขภาพกาย การทำหน้าที่ตามบทบาท การปรับตัวและความผาสุก

2.2) หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการรับบริการมากกว่าก่อนการทดลอง อาจอธิบายได้

จากการทดลองที่เป็นการจัดการกับอาการร่วมกันในครั้งนี้ ได้เน้นการสร้างสัมพันธภาพ การอธิบายถึงสาเหตุและปัจจัยการเกิดอาการของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย การตั้งเป้าหมายในการจัดการกับอาการร่วมกัน การประเมินผล และให้กำลังใจเป็นระยะ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเอง จึงเกิดความพึงพอใจในการรับบริการจากพยาบาลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุมนา แสนมาโนช (2541) ที่พบว่ารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โดยใช้กรอบทฤษฎีของโอเร็ม กลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2.3) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับการรบกวนชีวิตน้อยกว่าก่อนการทดลอง อาจเป็นเพราะในขั้นตอนของการทดลองที่ใช้การจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ได้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลที่ต้องการ มีที่ปรึกษาสามารถควบคุมอาการตนเองได้มากขึ้น และมีเป้าหมายการจัดการกับอาการตนเองที่ชัดเจน เกิดความท้าทายทั้งความสามารถในการควบคุม การมีเป้าหมายและมีความท้าทายเป็นองค์ประกอบสำคัญของความเข้มแข็งของบุคคล ส่งผลให้มีพลังอำนาจเพิ่มในการควบคุมต่าง ๆ (Kabasa ใน Miller, 1992) และจากการบันทึกอาการผิดปกติทางกระเพาะอาหารของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง และทุก 2 สัปดาห์ ติดต่อกัน 3 ครั้ง เพื่อใช้เป็นการ

ติดตามอาการระหว่างการทดลองนั้น พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับค่าร้อยละก่อนและหลัง การทดลอง อาการผิดปกติต่าง ๆ 12 อาการ ลดลงทุกอาการ และมี 3 อาการที่ไม่ปรากฏ หลังการทดลอง คือ อาเจียน อาเจียนเป็นเลือด และถ่ายเป็นเลือด/ถ่ายดำ ซึ่งอาการผิดปกติ ต่าง ๆ ย่อมมีผลต่อระดับการรบกวนชีวิต ดังนั้นเมื่อมีอาการผิดปกติลดลงน้อยลง ระดับ การรบกวนชีวิตหลังการทดลองจึงน้อยกว่า ก่อนการทดลอง

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยใช้ แนวคิดการจัดการกับอาการร่วมกัน จึงเป็น รูปแบบการพยาบาลหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มี อาการเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคแผลเป็บติคหรือ กระเพาะอาหารอักเสบสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้อง สอดคล้อง กับงานวิจัยของสุภาภรณ์ อินธิแสง (Inthisang, 1999) ที่ใช้รูปแบบการจัดการกับอาการร่วมกัน ระหว่างพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะ อาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นหรือกลุ่มอาการ ดิสเปปเซีย โดยมีความคล้ายกันในการเลือก กลุ่มตัวอย่าง วิธีการทดลอง การประเมินผล การจัดการ ซึ่งผลการทดลองที่ได้ตรงตาม วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้คือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในการรับ บริการมากกว่าก่อนการทดลอง ส่วนระดับ การรบกวนชีวิตลดต่ำลงเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการจัดการกับอาการ ร่วมกันเหมือนกัน แต่เลือกกลุ่มเป้าหมายต่าง โรคกัน เช่น สุรพร ธนศิลป์ (Thanasilp, 2001) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการ

กับอาการต่ออาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสคารินีไอ จำนวน 40 ราย ผลการใช้โปรแกรมพบว่า การจัดการ กับอาการสามารถลดความรุนแรงของอาการ ปอดอักเสบและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้มีงานวิจัยของคุม ชัน ฮาน (Kuem San Han, 2002) ที่สนใจศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการจัดการกับอาการที่เน้นการจัดการ อาการความเครียดโดยใช้อุปกรณ์ไบโอฟีดแบค ในกลุ่มผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค ณ ประเทศเกาหลี จำนวน 24 คู่ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการ หายของแผลเป็บติคมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการใช้การจัดการ กับอาการร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จึงเป็นรูปแบบการพยาบาลหนึ่งที่สามารถทำให้ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในระบบการพยาบาล สามารถนำวิธีการจัดการอาการร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมาใช้ได้ โดยคำนึงถึงสาเหตุและปัจจัยในการเกิดโรคพร้อมบริบทของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน จะช่วยให้การร่วมกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วย เป็นจริงได้มากขึ้น และการที่ผู้ป่วยได้มีโอกาส กำหนดและติดตามอาการเจ็บป่วยของตนเอง พร้อมทำการบันทึกอาการต่าง ๆ ด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นความสามารถในการดูแล สุขภาพของตนเองได้มากขึ้น

2. ผลการวิจัยนี้ระบุว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด ที่เหมาะสมและอาจเป็นสาเหตุการเกิดซ้ำของ

โรคได้ ดังนั้นการให้ความรู้กลุ่มผู้ป่วยโรค แผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบ ควรเพิ่มความรู้ด้านปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรค โดยเฉพาะความเครียดและการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสมและการไม่ออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ระหว่างการทำวิจัยครั้งนี้พบว่า มีบางพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างกลับไปมีพฤติกรรมเดิมที่ไม่เหมาะสมหลังจากอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ของโรคเริ่มดีขึ้น เช่น การดื่มสุรา การรับประทานอาหารรสเผ็ดจัดหรือเปรี้ยวจัด ทำให้มีโอกาสเกิดโรคซ้ำได้อีก แต่ในงานวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วย 2 เดือน ในขณะที่เดียวกันพบว่า การจัดการกับความเครียดเป็นประเด็นที่ยากต่อการจัดการต้องใช้วิธีการจัดการกับอาการที่หลากหลายร่วมกันกับผู้ป่วย ดังนั้นเสนอให้มีการวิจัยเพิ่มเติมในเรื่องต่อไปนี้

1. ศึกษาผลการใช้โปรแกรมในระยะยาว โดยเพิ่มการติดตามผลในช่วงเวลานานขึ้น เช่น 3-6 เดือน เพื่อช่วยให้เห็นความยั่งยืนของพฤติกรรมหรือลักษณะของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้

2. ศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการใช้เหตุผลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคหรือกระเพาะอาหารอักเสบในแต่ละสาเหตุหรือปัจจัยการเกิดโรคในบริบทของบุคคล โดยเฉพาะการจัดการกับความเครียด เพื่อนำไปสู่การจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ศึกษาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยลักษณะเดิมแต่ปรับแบบการทดลองเป็นกลุ่มควบคุมและทดลองเพื่อให้เห็นประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการจัดการกับอาการร่วมกันได้ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ต้องขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ความสำคัญกับงานด้านวิจัยด้วยการสนับสนุนงบประมาณเงินและขอขอบคุณโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีและเจ้าหน้าที่พยาบาลห้องส่องกล้องทางเดินอาหารทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และคณาจารย์ทุกท่านในภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ที่สนับสนุนเวลาและให้กำลังใจในการทำงาน คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. (2541). การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงานไทย ปี พ.ศ. 2539. นนทบุรี: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย
- ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล. (2536). "Gastritis" ใน อุกฤษต์ เปล่งวาณิชและ อรพรรณ ชินะภัก (บรรณาธิการ). *Gastroenterology*. (หน้า 46-67). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- มานิต ลีโทขวลิต, อุทัย ตูจินดา, และดุขฎี อุดมสิน. (2532). การตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน. *เวชเวชสาร*, 24, 8-15.
- สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์. (1996). การติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ในผู้ป่วย *Dyspepsia*. วันที่ค้นข้อมูล 21 กรกฎาคม 2547, เข้าได้ถึงจาก <http://www.Rajavithi.go.th./journal/101/heli.htm>
- สุมนา แสนมาโนช. (2541). ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ. (2536). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Atisook, K., Kachinthom, U., Luengrojanakul, P., Tanvande T., Pakdirat P., & Paurairog A. (2003). Histology of gastritis and *Helicobacter pylori* infection in Thailand: A Nationwide study of 3776 cases. *Helicobacter*, 8(2), 132-141.
- Cantril, H. (1963). A study of aspirations. *Science American*, 208 (February), 41-45.
- Cave, D.R. (1992). Therapeutic approaches to recurrent peptic ulcer disease. *Hospital Practice*, 30,33-43.
- Cho, C., Koo, M., Garg, G., & Ogle, C. (1992). Stress-induced gastric ulceration: Its etiology and clinical implications. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 27, 257-262.

Inthisang, S. (1999). **Effects of collaborative system management between a patient with peptic ulcer or ulcer-like dyspepsia and a nurse.** Master of nursing science (Adult nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Johnsen, R., Forde, O., Straume, B., & Burhol, P. (1994). Etiology of peptic ulcer: A prospective population study in Norway. **Journal of Epidermiology and Community Health, 48**, 156-160.

King, I. M. (1981). **A theory of nursing: system, concepts and process.** New York: A Wiley Medica.

King I. M. (1997). King's theory of goal attainment in research and practice. **Nursing Science Quarterly, 10**(4), 180-184.

Kuem Sun Han. (2002). The effect of an integrated stress management program on the psychologic and physiologic stress reactions of peptic ulcer in Korea. **International Journal of Nursing Studies, 39**, 539-548.

Kurata, J. H., Nogawa, A. N., Abbey, D. E., & Petersen, F. (1992). A prospective study of risk for peptic ulcer disease in Seventh-Day Adventists. **Gastroenterology, 102**, 902-909.

Laffrey, S.C. (1986). Development of a health conception scale. **Research in Nursing & Health, 9**, 107-113.

Larson, P. J. (1994). A model for symptom management. Image : **Journal of Nursing Scholarship, 26**(4), 272-276.

Levenstein, S., Prantera, C., & Varvo, V. (1992). Life events, personality, and physical risk factors in recent onset duodenal ulcer. A preliminary study. **Journal of Clinical Gastroenterology, 14**(3), 203-210.

Miller, J.F. (1992). **Coping with chronic illness : Overcoming powerlessness.** 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis.

Munro, B.H., Jacobsen, B.S., & Brooten, D.A. (1994). Re-examination of the psychometric characteristics of the La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale. **Research in Nursing & Health, 17**, 119-125.

Nagy, L., Mozsik, G., Fiegler, M., & Javor, T. (1981). Role of the functional state of the gastric mucosa in relation to development of epinephrine effects on rat stomach. In G. Mozsik, O. hanninen, T. Javar (Eds.), **Advances in Physiological Sciences**. (pp.89-100). Budapest: Pergamon .

Thanasilp, S. (2001). **Effectiveness of the symptom management program on symptom status and quality of life among persons with Pneumosystic Carini Pneumonia**. Doctoral diserrtation, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Wachirawat, W. (2001). **Influences of life-style factors, hostility, chronic stressors, and H. pylori Infection on peptic ulcer disease**. Doctoral diserrtation, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

