ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2557
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTING FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX

Miss Nissareen Wilaiwan

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน
โดย	นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

นิสรีน วิไลวรรณ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน (SELECTING FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 233 หน้า.

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18–60 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 114 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับ แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินความเครียดแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94, .89, .85, .71, .91 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (= 22.38, SD = 2.69)

2. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.350)

3. ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ และความร่วมมือในการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2557 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5477224836 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS: SELECTING FACTORS / QUALITY OF LIFE / PATIENTS WITH GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX

NISSAREEN WILAIWAN: SELECTING FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., 233 pp.

The purposes of this correlational research were to examine the quality of life in patients with gastro-esophageal reflux and to determine factors associated with quality of life about overweight, symptom severity, eating behaviors, sleep hygiene, medication adherence and stress. One hundred and fourteen adult aged 18–60 years diagnosed with gastro-esophageal reflux disease from the gastroenterology outpatients clinic at the Siriraj hospital, Rajvithi hospital and the Police General Hospital were enrolled. Reseach instruments were composed of demographic data, quality of life, symptom severity, eating behaviors, sleep hygiene, medication adherence and stress. All questionnaires were tested for content validities by five panel of experts, and the reliabilities were .94, .89, .85, .71, .91 and .88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and pearson's product moment correlation coefficients. The major findings were as follows:

1. Mean score of quality of life in patients with gastro-esophageal reflux was in the level of good (= 22.38, SD = 2.69).

2. Stress was significant negatively related to quality of life in patients with gastro-esophageal reflux at the .05 level (r = -.350).

3. Overweight, symptom severity, eating behaviors, sleep hygiene and medication adherence were not related to quality of life in patients with gastro-esophageal reflux.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Nursing Science Student's Signature .....

Academic Year: 2014 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา ความช่วยเหลือ และ ความเอาใจใส่ รวมทั้งกำลังใจอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าให้ความกรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ มาโดยตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัยนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี และคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้ รวมถึงคุณปาริชาต รัตนสิมานนท์, คุณนที เชี่ยวสุวรรณ และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จ และบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนในงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณคณบดี หัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด และหัวหน้าหน่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลคลินิกเฉพาะโรคทางเดินอาหาร ตึกอายุรกรรม ชั้น 1 โรงพยาบาลราชวิถี นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลห้องตรวจโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อำนวยความสะดวกให้ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างราบรื่น รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะเป็นคุณูปการในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตร่วมรุ่นและกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ให้ความรักความห่วงใย เป็นแรงสนับสนุนส่งเสริมที่ดียิ่ง คุณความดีและประโยชน์ใด ๆ ที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี ครูบาอาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

ปัญหาการวิจัย 10

วัตถุประสงค์การวิจัย 10

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 10

สมมติฐานการวิจัย 18

ขอบเขตการวิจัย 18

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 19

ประโยชน์ที่ได้รับ 22

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 23

1. โรคกรดไหลย้อน 24

2. คุณภาพชีวิต 31

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน 43

4. การพยาบาลกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน 60

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 62

6. กรอบแนวคิดการวิจัย 69

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 70

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 71
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 79
การเก็บรวบรวมข้อมูล 81
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 82
การวิเคราะห์ข้อมูล 83
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 84
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 94
สรุปผลการวิจัย 95
อภิปรายผลการวิจัย 96
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 108
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป 108
รายการอ้างอิง 109
ภาคผนวก 120
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 121
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย 123
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 134
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 160
ภาคผนวก จ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ และตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม 186
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 233

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)..... 80

ตารางที่ 2 การพิจารณาและรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 114)..... 81

ตารางที่ 3 เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์..... 83

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ป่วย ลักษณะครอบครัว และปัจจัยด้านสุขภาพ อันได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคกรดไหลย้อน ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาภายหลังจากมีอาการ ความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อน ชนิดของการรักษาที่ได้รับ ชนิดและขนาดของยา รวมทั้งเวลาที่ได้รับยาในปัจจุบัน ภาวะโรคร่วม และการมาตรวจตามแพทย์นัด (n = 114)..... 85

ตารางที่ 5 คะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 114)..... 91

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลระดับคะแนนของภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา ความเครียด และคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 114)..... 92

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) (n = 114)..... 93

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณภาพชีวิตคือการรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุกที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งที่มีความสำคัญต่อบุคคลและตัดสินโดยบุคคลนั้น อันประกอบด้วยมิติของความพึงพอใจและมิติของการให้ความสำคัญ โดยเชื่อว่าบุคคลที่ไม่มีความพึงพอใจในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญมากที่สุดจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลที่มีความพึงพอใจมากที่สุดในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญมากที่สุด (Ferrans & Powers, 1992) ซึ่งเป็นแนวคิดคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ป่วย ในแต่ละองค์ประกอบแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (health and functioning) เป็นความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมตามบทบาททางสังคม 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychology/spiritual) เป็นการรับรู้จากผลของการตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างในชีวิต และ 4) ด้านครอบครัว (family) เป็นสัมพันธภาพภายในครอบครัว

อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีความสำคัญยิ่งต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงจัดการกับสถานการณ์ชีวิตของครอบครัว สังคมและสถานภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรับรู้และรู้สึกถึงความผาสุกเกิดจากความพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองให้ความสำคัญ ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนจะมีอาการแสดงที่สำคัญและมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย ถูกรบกวนและบั่นทอนการดำเนินชีวิตประจำวัน สร้างความทุกข์ทรมานจากอาการที่กำเริบขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโดยความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง การทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคมลดลง มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลงอาจทำให้ต้องลาหยุดงาน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคมโดยการร่วมกิจกรรม การร่วมสังสรรค์ต่าง ๆ หรือความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานลดลง ส่วนผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นจากการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมีที่พักอาศัยของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาตนเองและจัดการด้านการเงินให้เหมาะสมและเพียงพอ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทางจิตใจและจิตวิญญาณโดยผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความเครียดจากอาการที่กำเริบขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจและไม่ยอมรับกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญในชีวิต เกิดความรู้สึกไม่สงบทางใจและไม่มีความสุขในชีวิตโดยทั่วไป ในขณะที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยมีการเปลี่ยนแปลงของ

สัมพันธภาพในครอบครัวจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้บุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัวต้องคอยดูแลเอาใจใส่และให้ความช่วยแหลือเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยมีความต้องการได้รับความเห็นอกเห็นใจและกำลังใจจากบุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัวซึ่งเป็นความรู้สึกพึงพอใจที่เป็นสุขที่มีต่อบุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัว ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความผาสุกในด้านต่าง ๆ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาของ Joshua (2003) ศึกษาพบว่าชาวอเมริกันและชาวสวีเดนที่เป็นโรคกรดไหลย้อนจะมีความสามารถในการปฏิบัติงานและการทำกิจกรรมลดลงถึงร้อยละ 41 และ 23 ตามลำดับ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติของความพึงพอใจในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายและนำไปสู่เศรษฐกิจและรายได้ของผู้ป่วยในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา omeprazole ขนาด 10–20 มิลลิกรัมต่อวันจะมีผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกใกล้เคียงกับคนปกติ สอดคล้องกับ Wahlqvist และคณะ (2008) ศึกษาพบว่าในปี 2004 พบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันร้อยละ 24.6 มีการตอบสนองต่อยาที่ได้รับโดยแสดงอาการอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 12.5 ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยแสดงความรุนแรงของอาการในระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรงร้อยละ 64, 28 และ 8 ตามลำดับ และพบโรคที่เกิดขึ้นตามมา ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคตื่นตระหนกลำไส้แปรปรวน และโรคปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น นอกจากนี้ชาวอเมริกันที่เป็นโรคกรดไหลย้อนจะมีประสิทธิภาพการทำงานและชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยลดลง 2.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ อาจเกิดการขาดงานและมีการใช้บริการด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติของความพึงพอใจในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายในชีวิตประจำวันและด้านจิตใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวทั้งทางด้านการเงิน ภาวะสุขภาพ และสัมพันธภาพกับสมาชิกภายในครอบครัว เช่นเดียวกับ Shin และคณะ (2012) ศึกษาพบว่าพนักงานประจำที่เป็นโรคกรดไหลย้อนในประเทศเกาหลีเกิดการขาดงานถึงร้อยละ 1.49 ซึ่งสูงกว่าพนักงานที่ไม่ได้เป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 0.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังพบว่าประสิทธิภาพการทำงานลดลงร้อยละ 34.13 ซึ่งสูงกว่าพนักงานที่ไม่ได้เป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 9.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ยังมีชั่วโมงการทำงานลดลงถึงร้อยละ 33.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คิดเป็นชั่วโมงการทำงานเพียง 11.7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อคนเท่ากับ 165.07 ดอลล่าห์ต่อสัปดาห์ ในขณะที่ชาวตะวันตกทั่วไปมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงเฉลี่ย 16.25 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และเกิดการขาดงานโดยเฉลี่ย 0.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการทำงานลดลงและมีรายได้ที่ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติของความพึงพอใจในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans และ Powers (1992) ที่เชื่อว่าคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกผาสุกที่บุคคลประเมินด้วยตนเองจากความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในส่วนต่าง ๆ ของชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญกับแต่ละองค์ประกอบของชีวิตที่มีหลายมิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว

ในปัจจุบันสถานการณ์โรคกรดไหลย้อนเป็นภาวะที่พบบ่อย อุบัติการณ์ส่วนใหญ่จากประเทศทางตะวันตกพบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารับการรักษาร้อยละ 20–40 โดยประเมินจากอาการแสดงที่เกิดขึ้นหรือผลการส่องกล้องตรวจพบหลอดอาหารอักเสบ (Moayyedi & Talley, 2006) ในขณะที่ Kang (2004) ศึกษาในประเทศทางตะวันตกปี 2004 พบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีภาวะหลอดอาหารอักเสบร้อยละ 11.8–28.5 โดยพบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในสหรัฐอเมริกาที่มารับการรักษามีอาการแสบร้อนหน้าอก (heartburn) และเรอเปรี้ยว (acid regurgitation) ร้อยละ 42 และ 45 ตามลำดับ และมีอาการแสบร้อนหน้าอกและ/หรือเรอเปรี้ยวอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งร้อยละ 20 (Locke และคณะ, 1997) ส่วนในแถบเอเชียบริเวณจีน เกาหลี ญี่ปุ่น พบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่รับการรักษาร้อยละ 5–7 (Moayyedi & Talley, 2006) โดยพบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีภาวะหลอดอาหารอักเสบในไต้หวันร้อยละ 5 (Chang และคณะ, 1997) ญี่ปุ่นร้อยละ 14–16 (Fujimoto, 2004) และสิงคโปร์ร้อยละ 3.3–6.9 (Ho, Chan & Kang, 2005) นอกจากนี้ยังพบอาการเรอเปรี้ยวในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนแถบเอเชียได้บ่อยกว่าในประเทศทางตะวันตก (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553)

สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีแนวโน้มสูงขึ้นถึง 2 เท่า ในระยะเวลา 2–3 ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารับการรักษาร้อยละ 10–15 ในขณะที่ 5 ปีก่อนพบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารับการรักษาร้อยละ 5 โดยพบอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกและเรอเปรี้ยวร้อยละ 7.4 ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มที่ไม่มีการอักเสบของหลอดอาหาร (ชมรมโมติลิตี้แห่งประเทศไทย, 2547) ในปี พ.ศ. 2546 พบความชุกของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารับการรักษาร้อยละ 9.8 (ทวีศักดิ์ แทนวันดี และคณะ, 2547) จากการศึกษาของกิตติประกาย อัครธรรม (2554) ในปี พ.ศ. 2552–2554 พบว่ามีผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนลงกล่องเสียงที่มารักษาในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 121 ราย และการศึกษาของธนกร ศิริสมุทร และคณะ (2553) ในปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 473 ราย เช่นเดียวกับนพรัตน์ โลหุตานนท์ และสมชาย ลีลากุศลวงศ์ (2550) อ้างถึงในสถาพร มานัสสถิตย์, สุพจน์ พงศ์ประสบชัย และอุดม คชินทร (2553) ศึกษาพบว่าความชุกของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ไม่มีการอักเสบของหลอดอาหารสูงถึงร้อยละ 83 และอีกร้อยละ 17 เป็นผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มีการอักเสบของหลอดอาหาร ในขณะที่สุเทพ กลชาญวิทย์ (2553) ศึกษาพบว่าในปี พ.ศ. 2543–2545 ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีภาวะหลอดอาหารอักเสบจำนวน 42 ราย จากการศึกษาของนายแพทย์

สุริยะ จักกะพาก ได้ศึกษาอาการแสดงของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า ความชุกของอาการเจ็บหน้าอกและหอบหืดถึงร้อยละ 50 ท้องอืดแน่นท้องร้อยละ 43.8 รู้สึกมีก้อนในคอร้อยละ 42.9 แสบร้อนหน้าอกร้อยละ 41.8 และกลืนลำบากร้อยละ 27.8 (วิชัย ประยูรวิวัฒน์, จันทราภา ศรีสวัสดิ์ และประสาท เหล่าถาวร, 2550) นอกจากนี้ภาวะกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อมะเร็งของหลอดอาหารมากกว่าคนปกติ 7 เท่า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์จะมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อมะเร็งของหลอดอาหารมากกว่าคนปกติ 16.7 เท่า (ชมรมโมติลิตี้แห่งประเทศไทย, 2547) เช่นเดียวกับ Ford และคณะ (2005) ศึกษาพบว่าภาวะหลอดอาหารอักเสบในผู้ป่วยกรดไหลย้อนจะเกิดขึ้นในเพศชายต่อเพศหญิงอัตราส่วน 2–3:1 ในขณะที่ Wienbeck และ Barnert (1989) ศึกษาพบว่าความผิดปกติของเยื่อบุหลอดอาหารชนิด Barrett's esophagus จะเกิดขึ้นในเพศชายต่อเพศหญิงอัตราส่วน 10:1 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนส่วนใหญ่พบในอายุ 40–64 ปี (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553) โดยเริ่มพบเมื่ออายุ 35 ปีในเพศหญิงและอายุ 29 ปีในเพศชาย (น้ำทิพย์ ส่งสวัสดิ์, 2556)

โรคกรดไหลย้อนเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาซ่อนเร้นในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารเป็นภาวะที่มีการไหลย้อนของน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารขึ้นสู่หลอดอาหาร สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของหูรูดที่กั้นระหว่างกระเพาะอาหารและหลอดอาหารทำให้คลายตัวผิดปกติ หรือเกิดจากความดันของหูรูดหลอดอาหารส่วนปลายต่ำกว่าคนปกติ หรือมีการเลื่อนของกระเพาะอาหารเข้าไปในหลอดอาหารทำให้เกิดการไหลย้อนของกรดมากขึ้น หรือเกิดจากการบีบตัวของกระเพาะอาหารหรือหลอดอาหารผิดปกติ ทำให้เกิดอักเสบหรือแผลในหลอดอาหารและเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หลอดอาหารส่วนปลายตีบ มะเร็งหลอดอาหาร การอักเสบในช่องปากและลำคอหรือทางเดินหายใจส่วนบน เป็นต้น อาการแสดงสำคัญคือ แสบร้อนบริเวณลิ้นปี่แล้วลามมาที่หน้าอกหรือคอ อาการเรอเปรี้ยวซึ่งเป็นน้ำย่อยที่ไหลย้อนขึ้นมาในปากหรือคอ และอาการร่วมอื่น ๆ เช่น ท้องอืด แน่นท้องคล้ายอาหารไม่ย่อย กลืนลำบาก เจ็บแสบคอ เสียงแหบ มีเสมหะหรือระคายคอตลอดเวลา ไอเรื้อรัง เป็นต้น (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553)

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคกรดไหลย้อนจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ได้แก่

ภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติเนื่องจากมีการสะสมไขมันในร่างกายที่มากเกินไป ประเมินได้จากค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนโดยใช้เกณฑ์ประเมินค่าดัชนีมวลกายของกองโภชนาการ (2549) เมื่อผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีภาวะน้ำหนักเกินจะส่งผลให้ความดันในช่องท้องเพิ่มทำให้กรดไหลย้อนขึ้นไปหลอดอาหารซึ่งมีความสัมพันธ์ต่ออาการของ

โรคกรดไหลย้อนมากขึ้นกว่าคนปกติ 2–3 เท่า (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruhl และ Everhart (1999) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 5.2 ซึ่งมีค่าดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นจากเดิม 5 กิโลกรัม/ตารางเมตร ทำให้เกิดภาวะกรดไหลย้อนมากขึ้นถึงร้อยละ 22 นั่นคือผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง รวมทั้งส่งผลต่อความเครียด ความซึมเศร้า และความผาสุกในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

ความรุนแรงของอาการ หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน จำแนกตามเกณฑ์ที่ประเมินจากผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีต่อการตอบสนองผลการรักษา แบ่งเป็น 6 ระดับ (Shaw, Tally, & Beebe, 2001) ได้แก่ ไม่มีอาการ รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นแต่พอทนไหว มีอาการทำให้ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรปกติและขณะนอนหลับจำเป็นต้องได้รับยาบางครั้ง มีอาการรุนแรงทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและนอนหลับได้ต้องได้รับยาตามอาการและมีอาการรุนแรงมากทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนจะมีอาการแสดงที่สำคัญ และมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย ถูกรบกวนและบั่นทอนการดำเนินชีวิตประจำวัน สร้างความทุกข์ทรมานจากอาการที่กำเริบขึ้น ความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนส่งผลกระทบต่อต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงโดยมีภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง การทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคมลดลง มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลงอาจทำให้ต้องลาหยุดงาน การร่วมกิจกรรม การร่วมสังสรรค์ต่าง ๆ หรือความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานลดลง นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความเครียดจากอาการที่กำเริบขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจและไม่ยอมรับกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญในชีวิต เกิดความรู้สึกไม่สงบทางใจและไม่มีความสุขในชีวิตโดยทั่วไป นอกจากนี้ความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นจะทำให้ความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง (Bytzer, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bytzer (2004) และ Junghard และ Wiklund (2008) พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของอาการของโรคมากขึ้นจะทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจลดลง

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ การเลือกประเภทอาหาร รูปแบบการรับประทานอาหาร และสุขนิสัยในการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำจนเกิดเป็นความเคยชิน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคกรดไหลย้อน การหลีกเลี่ยงอาหารที่

ไม่เหมาะสมกับโรคกรดไหลย้อน (นพวรรณ เปียซื่อ และคณะ, 2549) โดยแสดงออกเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เสี่ยงต่อโรคกรดไหลย้อน ซึ่งอาหารที่มีความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ อาหารชนิดรสเผ็ดจัด อาหารที่มีแคลอรี่และไขมันสูง อาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า สเต็ก มันฝรั่งทอด ไก่ทอด ขนมขบเคี้ยว อาหารประเภทถั่วและผลิตภัณฑ์ของถั่ว ช็อกโกแล็ต เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาร์บอเนต เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือกาแฟ ผลไม้หรือน้ำผลไม้ เช่น ส้ม มะนาว องุ่น มะเขือเทศ เป็นต้น (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553) รวมทั้งยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารมื้อใหญ่หรือปริมาณมาก การรับประทานเนื้อสัตว์เพิ่มขึ้นทำให้ได้รับไขมันเพิ่มขึ้น การงดมื้ออาหาร การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา จะส่งผลให้หูรูดหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัวเกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น (El-Serag, Satia, & Rabeneck, 2005) นอกจากนี้การปฏิบัติตัวหลังรับประทานอาหารโดยเฉพาะการนอนหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ ทำให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น (Piesman และคณะ, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fox และคณะ (2007) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณแคลอรี่สูงจะมีอาการของโรคกรดไหลย้อนรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณแคลอรี่ต่ำ และผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงจะมีความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนมากขึ้น ได้แก่ อาการแสบร้อนหน้าอก การเกิดกรดไหลย้อน และอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งอาการของโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zheng และคณะ (2007) พบว่ากาแฟจะกระตุ้นให้เกิดอาการแสบร้อนหน้าอก เมื่อมีอาการมากขึ้นทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ในขณะที่ Geratikornsupuk, Chaiwatanarat และ Gonlachanvit (2008) ศึกษาพบว่าการรับประทานอาหารชนิดรสเผ็ดจัดทำให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้นและเมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง นอกจากนี้ Kaltenbach, Crockett และ Gerson (2006) ศึกษาพบว่าการรับประทานแอลกอฮอล์อยู่เป็นประจำจะทำให้หูรูดของหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัวเกิดกรดไหลย้อนมากขึ้นส่งผลต่อร่างกายทำหน้าที่ลดลงทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Piesman และคณะ (2007) ศึกษาพบว่าการนอนโดยเฉพาะนอนราบภายใน 2 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ ทำให้เกิดกรดไหลย้อนขณะนอนหลับมากขึ้นและยังพบอาการแสบร้อนหน้าอกร่วมด้วยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง

สุขลักษณะการนอนหลับ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลต่อการนอนหลับที่ถูกต้องและขจัดพฤติกรรมที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน (Cheek, Shaver, & Lantz, 2004) ประกอบด้วย ตารางการนอนหลับปกติซึ่งเป็นจังหวะการเข้านอนและการตื่นนอนเป็นเวลา ไม่ดึกเกินไป นอนหลับให้เพียงพอ (Carskadon, 1990) เข้านอนเมื่อรู้สึกง่วง ควรหยุดทำกิจกรรมและเข้านอนทันที (Hauri, 1993) เมื่อตื่นนอนควรลุกจากที่นอนทันที หากนอนมากจะทำให้การนอนหลับแปรปรวน ไม่บังคับตนเองให้นอนเมื่อนอนไม่หลับ ควรทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ทำให้รู้สึกผ่อน

คลายและเมื่อรู้สึกง่วงค่อยเข้านอน (Clark, 1992) มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น การนอนบนที่นอนที่สุขสบายไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป อุณหภูมิในห้องนอนไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป อากาศถ่ายเทดี (นันทนา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์ และนิตยา ว่องกลกิจศิลป์, 2543) ไม่มีแสงสว่างรบกวนในห้องนอน (Laberge และคณะ, 2001) ไม่มีเสียงดังรบกวนในห้องนอน (Bubottz, Brown, & Soper 2001) การทำให้ร่างกายผ่อนคลายหรือสุขสบายก่อนนอน เช่น การอาบน้ำอุ่น เป็นต้น (Hauri, 1993) หลีกเลี่ยงกิจกรรมก่อนนอน เช่น การดูทีวี วีดีโอ การใช้คอมพิวเตอร์ และการอ่านหนังสือ จะทำให้การนอนหลับแปรปรวนและส่งผลให้ระยะการนอนหลับลดลง (Owen et al, 1999) การเลือกรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการนอนหลับซึ่งเป็นอาหารที่มีกรด L-tryptophan เช่น นม กล้วย เป็นต้น อาหารที่มีวิตะมินบีและซีจะช่วยให้ให้สมองผ่อนคลายและนอนหลับ ส่วนอาหารที่มีแคลเซียมและแมกนีเซียมจะช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย (บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล, 2543) นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อหนัก ๆ ก่อนนอนหรืออิ่มเกินไป หรือกินอาหารเย็นดึกเกินไป จะทำให้ร่างกายตื่นตัวจากการเผาผลาญอาหาร (Clark, 1992) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลาที่เหมาะสมทำให้ร่างกายผ่อนคลายช่วยให้หลับลึกขึ้นและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที และควรออกกำลังกายก่อนเข้านอนนานอย่างน้อย 4–6 ชั่วโมง (Driver & Trylor, 2000) หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งเสพติดและสารกระตุ้นก่อนนอนพวกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น (Tynjala, et al,1997) และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น กาแฟ ชา โคล่า ช็อกโกแล็ต เป็นต้น (Stradling, 1993) หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ก่อนนอน (Landis, 2002) หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับและยาที่มีผลข้างเคียงต่อการนอนหลับ เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต ยาขยายหลอดลม ยากลุ่มเสตียรอยด์ เป็นต้น (สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2543) หลีกเลี่ยงการนอนหลับในตอนกลางวันหรือตอนเย็นซึ่งเป็นสาเหตุของการนอนหลับที่แปรปรวน (Werth, Achermann, & Borbely, 1996) หลีกเลี่ยงความเครียดและความวิตกกังวลก่อนนอน (Carskadon, 1990) และหลีกเลี่ยงปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่พอ นอนไม่หลับ นอนไม่เป็นเวลา และการหยุดหายใจขณะหลับ รวมทั้งท่านอนที่ถูกต้องจะส่งเสริมพฤติกรรมการนอนที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี หากมีพฤติกรรมที่ส่งผลต่อนอนหลับที่ไม่ถูกต้องหรือมีปัญหาที่รบกวนการนอนหลับจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง (Kozier และคณะ, 2004) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่หยุดหายใจขณะหลับจะทำให้แรงดันในช่องทางเดินอากาศลดลงกระตุ้นให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น นอกจากนี้ท่านอนหงายราบหรือศีรษะต่ำกว่าลำตัวจะทำให้เกิดกรดไหลย้อนขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (น้ำทิพย์ ส่งสวัสดิ์, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jansson และคณะ (2009) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยชาวนอร์เวย์ที่เป็นโรคกรดไหลย้อนชนิดรุนแรงจะมีปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่หลับ นอนไม่เพียงพอ ถูกรบกวนขณะนอนหลับ จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งในการป้องกันตนเองจากโรค โดยมีความเชื่อเป็นสิ่งจูงใจตามการรับรู้และความเข้าใจของตนเอง ก่อให้เกิดการยอมรับในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพนั้น การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนเป็นพฤติกรรมการรับประทานยาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง โดยปฏิบัติตัวสอดคล้องตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ ไม่มีพฤติกรรมการปรับเพิ่มลดขนาดยาหรือหยุดใช้ยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ (Ho, Bryson, & Rumsfeld, 2009) รับประทานยาถูกต้องตามชนิดของยา ขนาดของยา ครบตามจำนวนและตรงเวลา (ฐิติกานต์กาลเทศ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2554) ไม่มีพฤติกรรมการลืมรับประทานยาและมีวิธีช่วยเตือนในการรับประทานยาที่ง่ายต่อการจำและการเข้าถึง (Johnson, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hershcovici และ Fass (2010) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มีอาการกำเริบมากกว่าร้อยละ 50 ใช้ยาบรรเทาอาการที่นอกเหนือจากแพทย์สั่งโดยใช้ยามากกว่า 1 ตัวหรือยาที่หาซื้อเองจะออกฤทธิ์เร็วกว่า ซึ่งเป็นการรักษาที่ไม่ถูกต้องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง

ความเครียด หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจต่อสถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคามจิตใจต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอกของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีการแสดงออกโดยใช้กลไกป้องกันตัวเองในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านร่างกายและพฤติกรรม ด้านความนึกคิดและการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สบายใจ วุ่นวายใจ และถูกกดดัน ผลจากความเครียดนำไปสู่สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป ขาดสมาธิ มีปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจ (กรมสุขภาพจิต, 2541) ความเครียดเป็นภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุลจึงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เกิดการรับรู้และประเมินสถานการณ์ของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าเป็นสิ่งคุกคามและเป็นภาวะความเครียด โดยที่การรับรู้หรือการประเมินนี้เป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตกับปัจจัยภายในของบุคคลอันประกอบด้วยทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น เกิดผลเสียต่อสวัสดิภาพและความผาสุกของตน ส่งผลให้บุคคลประเมินว่าจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดอย่างเต็มที่ (Lazarus & Folkman, 1984) ความรู้สึกกดดันที่เกิดขึ้น สำหรับบางคนเป็นความรู้สึกที่หนักและแย่มากหรือทนไม่ได้ ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าเป็นความท้าทายและไม่ได้เป็นปัญหาสำหรับตนเอง คนที่รับรู้และเข้าใจได้ถึงความรู้สึกกดดันและสามารถทนได้จะสามารถจัดการกับความเครียดและความกดดันนั้นได้ เมื่อคนเราต้องเผชิญกับความรู้สึกที่เครียดไม่ว่าจะรุนแรงหรือไม่ก็ตาม ต่างก็มีแนวโน้มที่จะจัดการกับความเครียดหรือคลายความเครียดลงจนถึงระดับที่สามารถทนหรือหายไปทั้งหมดได้ และเตรียมตัวพร้อมสำหรับการเผชิญความเครียดครั้งต่อไป ความเครียดสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย และเกิดขึ้นทุกที่ ทุกวัน ทุกเวลา ทุกสถานการณ์โดยที่เรามิอาจหลีกเลี่ยงได้ จึงกล่าวได้ว่าความเครียด

เป็นส่วนหนึ่งที่มนุษย์ต้องประสบอยู่ทุกวันและเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวันโดยที่ทุกคนต่างยอมรับ ส่วนระดับความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับบุคคล ช่วงเวลาและสถานการณ์ที่แตกต่างกันอันเนื่องจากการยอมรับและประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่างกัน เรียนรู้ที่จะปรับตัว ปรับอารมณ์ ปรับความคิด ปรับเปลี่ยนนิสัยและพฤติกรรมบางอย่างเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาและสิ่งที่เข้ามาคุกคามความเป็นส่วนตัวหรือความสงบสุขในชีวิตของตนเองให้กลับมาอยู่อย่างสงบสุข อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ต้องเผชิญความเครียดจากภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีวิถีการดำเนินชีวิตและการทำงานที่เปลี่ยนไป ปัญหาเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัวที่เกิดขึ้นหรือมีการเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน ส่งผลต่อการรับรู้และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยลดลง ความเครียดที่เกิดขึ้นนำไปสู่โรคกรดไหลย้อนและอาการที่กำเริบขึ้นจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (โรงพยาบาลแพทย์รังสิต, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fass และคณะ (2008) ศึกษาพบว่าเมื่อเกิดความเครียดจะทำให้เกิดการหลั่งกรดมากขึ้นหากเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนซึ่งเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ปัญหาการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนเป็นอย่างไร

2. ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมของ Ferrans และ Powers (1992) โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เชื่อว่าคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกผาสุกที่บุคคลประเมินด้วยตนเองจากความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในส่วนต่าง ๆ ของชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญ คุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (health and functioning) เป็นความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมตามบทบาททางสังคม ซึ่งเกี่ยวกับสุขภาพความเจ็บป่วยของร่างกาย รวมทั้งอาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย ถูกรบกวนและบั่นทอนการดำเนินชีวิตประจำวัน สร้างความทุกข์ทรมานจากอาการที่กำเริบขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโดยความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง การทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคมลดลง มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลงอาจทำให้ต้องลาหยุดงาน ในการประเมินคุณภาพชีวิตในด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย จึงมีการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรม ทัศนคติ และการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาททางสังคมของผู้ป่วย

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคลที่แสดงถึงความมั่นคง ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน การมีที่พักอาศัย การมีงานทำ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน การมีเพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ และการได้รับการศึกษา ซึ่งความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และรายได้ของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้การร่วมกิจกรรม การร่วมสังสรรค์ต่าง ๆ หรือความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานลดลง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นจากการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมีที่พักอาศัยของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาตนเองและจัดการด้านการเงินให้เหมาะสมและเพียงพอ

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychology/spiritual) เป็นการรับรู้จากผลของการตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขทั่วไป ความพึงพอใจในตนเอง ความสงบทางใจ ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อจิตใจก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกลัว ความรู้สึกไม่พึงพอใจ เกิดการไม่ยอมรับและความรู้สึกสิ้นหวังต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญกับการกำเริบของโรคหรืออาการไม่สุขสบายต่าง ๆ และคาดเดาการเจ็บป่วยไปในทางที่เลวร้าย

4) ด้านครอบครัว (family) เป็นสัมพันธภาพภายในครอบครัว ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว และภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวโดยมีการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพในครอบครัวจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้บุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัวต้องคอยดูแลเอาใจใส่และให้ความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยมีความต้องการได้รับความเห็นอกเห็นใจและกำลังใจจากบุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัวซึ่งเป็นความรู้สึกพึงพอใจที่เป็นสุขที่มีต่อบุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน มีดังนี้

ภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติเนื่องจากมีการสะสมไขมันในร่างกายที่มากเกินไป ประเมินได้จากค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนโดยใช้เกณฑ์ประเมินค่าดัชนีมวลกายของกองโภชนาการ (2549) เมื่อผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีภาวะน้ำหนักเกินจะส่งผลให้ความดันในช่องท้องเพิ่มทำให้กรดไหลย้อนขึ้นไปหลอดอาหารซึ่งมีความสัมพันธ์ต่ออาการของโรคกรดไหลย้อนมากขึ้นมากกว่าคนปกติ 2–3 เท่า (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruhl และ Everhart (1999) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 5.2 ซึ่งมีค่าดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นจากเดิม 5 กิโลกรัม/ตารางเมตร ทำให้เกิดภาวะกรดไหลย้อนมากขึ้นถึงร้อยละ 22 นั่นคือผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง รวมทั้งส่งผลต่อความเครียด ความซึมเศร้า และความผาสุกในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

เช่นเดียวกับ Nocon, Labenz และ Willich (2006) ศึกษาพบว่าชาวเยอรมันจำนวน 7,124 คนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 25-30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) และภาวะอ้วน (ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) จะมีอาการของโรคกรดไหลย้อนและเกิดภาวะของหลอดอาหารอักเสบมากกว่าคนปกติในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 18 ส่งผลให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

ในขณะที่ Anggiansah และคณะ (2013) ศึกษาภาวะน้ำหนักเกินจะทำให้การทำงานของหูรูดหลอดอาหารส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.209$, $p < .001$) เกิดกรดไหลย้อนและอาการแสบร้อนหน้าอกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .300$, $p < .001$) ส่งผลต่อร่างกายทำหน้าที่ลดลงนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นภาวะน้ำหนักเกินน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ความรุนแรงของอาการ หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน จำแนกตามเกณฑ์ที่ประเมินจากผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีต่อการตอบสนองผลการรักษา แบ่งเป็น 6 ระดับ (Shaw, Tally, & Beebe, 2001) ได้แก่ ไม่มีอาการ รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นแต่พอทนไหว มีอาการทำให้ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรปกติและขณะนอนหลับจำเป็นต้องได้รับยาบางครั้ง มีอาการรุนแรงทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและนอนหลับได้ต้องได้รับยาตามอาการและมีอาการรุนแรงมากทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนจะมีอาการแสดงที่สำคัญ และมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย ถูกรบกวนและบั่นทอนการดำเนินชีวิตประจำวัน สร้างความทุกข์ทรมานจากอาการที่กำเริบขึ้น ความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนส่งผลกระทบต่อต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงโดยมีภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง การทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคมลดลง มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลงอาจทำให้ต้องลาหยุดงาน การร่วมกิจกรรม การร่วมสังสรรค์ต่าง ๆ หรือความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานลดลง นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความเครียดจากอาการที่กำเริบขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจและไม่ยอมรับกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญในชีวิต เกิดความรู้สึกไม่สงบทางใจและไม่มีความสุขในชีวิตโดยทั่วไป นอกจากนี้ความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นจะทำให้ความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง (Bytzer, 2004)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Bytzer (2004) และ Junghard และ Wiklund (2008) พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของอาการของโรคมากขึ้นจะทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจลดลง

เช่นเดียวกับ Tack และคณะ (2012) ศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยเฉพาะอาการที่เกิดขึ้นตอนกลางคืนส่งผลให้คะแนนคุณภาพการนอนหลับลดลง หากมีอาการในเวลากลางวันจะทำให้ประสิทธิภาพในทำงานลดลงและเกิดการขาดงานสูงกว่าปกติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และความผาสุกของชีวิตลดลง

ในขณะที่ Schwizer และ Thumshirn, et al (2001) ศึกษาพบว่าความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งตามจำนวนวันที่เกิดอาการ ได้แก่ มีอาการน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ มีอาการ 2 วันต่อสัปดาห์ มีอาการ 3–6 วันต่อสัปดาห์ มีอาการทุกวัน ซึ่งความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

จากการศึกษาของ Ronkainen และคณะ (2006) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวสวีเดนมีอาการของโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ อาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก และการไหลย้อนกลับของกรดซึ่งมีอาการเกิดขึ้นทุกวัน ทุกสัปดาห์ และระยะเวลาภายใน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 6, 14 และ 20 ตามลำดับ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) โดยพบผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกรดไหลย้อนเกิดขึ้นทุกวันจะส่งผลต่อมิติคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกายและด้านจิตใจ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกรดไหลย้อนทุกสัปดาห์จะส่งผลต่อมิติคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาททางสังคม ด้านความทุกข์ทรมานของร่างกาย และด้านภาวะสุขภาพทั่วไป

นอกจากนี้ Shaw, Tally และ Beebe (2001) ศึกษาพบว่าความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนจำแนกตามเกณฑ์ที่ประเมินจากผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีต่อการตอบสนองผลการรักษา แบ่งเป็น 6 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีอาการเกิดขึ้นภายใน 1 วันต่อสัปดาห์ มีอาการเกิดขึ้นตลอด 1 วันต่อสัปดาห์ มีอาการเกิดขึ้น 2–3 วันต่อสัปดาห์ มีอาการเกิดขึ้น 4–6 วันต่อสัปดาห์ และมีอาการทุกวัน หากเกิดอาการบ่อยครั้งจะทำให้มีความรุนแรงของอาการมากขึ้นส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นความรุนแรงของอาการน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ การเลือกประเภทอาหาร รูปแบบการรับประทานอาหาร และสุขนิสัยในการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำจนเกิดเป็นความเคยชิน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคกรดไหลย้อน การหลีกเลี่ยงอาหารที่

ไม่เหมาะสมกับโรคกรดไหลย้อน (นพวรรณ เปียซื่อ และคณะ, 2549) โดยแสดงออกเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เสี่ยงต่อโรคกรดไหลย้อน ซึ่งอาหารที่มีความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ อาหารชนิดรสเผ็ดจัด อาหารที่มีแคลอรี่และไขมันสูง อาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า สเต็ก มันฝรั่งทอด ไก่ทอด ขนมขบเคี้ยว อาหารประเภทถั่วและผลิตภัณฑ์ของถั่ว ช็อกโกแล็ต เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาร์บอเนต เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือกาแฟ ผลไม้หรือน้ำผลไม้ เช่น ส้ม มะนาว องุ่น มะเขือเทศ เป็นต้น (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553) รวมทั้งยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารมื้อใหญ่หรือปริมาณมาก การรับประทานเนื้อสัตว์เพิ่มขึ้นทำให้ได้รับไขมันเพิ่มขึ้น การงดมื้ออาหาร การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา จะส่งผลให้หูรูดหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัวเกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น (El-Serag, Satia, & Rabeneck, 2005) นอกจากนี้การปฏิบัติตัวหลังรับประทานอาหารโดยเฉพาะการนอนหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ ทำให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น (Piesman และคณะ, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Fox และคณะ (2007) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณแคลอรี่สูงจะมีอาการของโรคกรดไหลย้อนรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณแคลอรี่ต่ำ และผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงจะมีความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนมากขึ้น ได้แก่ อาการแสบร้อนหน้าอก การเกิดกรดไหลย้อน และอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งอาการของโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zheng และคณะ (2007) พบว่ากาแฟจะกระตุ้นให้เกิดอาการแสบร้อนหน้าอก เมื่อมีอาการมากขึ้นทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

ในขณะที่ Geratikornsupuk, Chaiwatanarat และ Gonlachanvit (2008) ศึกษาพบว่าการรับประทานอาหารชนิดรสเผ็ดจัดทำให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้นและเมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

นอกจากนี้ Kaltenbach, Crockett และ Gerson (2006) ศึกษาพบว่าการรับประทานแอลกอฮอล์อยู่เป็นประจำจะทำให้หูรูดของหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัวเกิดกรดไหลย้อนมากขึ้นส่งผลต่อร่างกายทำหน้าที่ลดลงทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

เช่นเดียวกับ Nocon, Labenz และ Willich (2006) ศึกษาพบว่าชาวเยอรมันจำนวน 7,124 คน มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการของโรคกรดไหลย้อนจากการการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการของโรคกรดไหลย้อน เช่น แอลกอฮอล์ เนื้อสัตว์ ผลไม้รสเปรี้ยว เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

ในขณะที่ Piesman และคณะ (2007) ศึกษาพบว่าการนอนโดยเฉพาะนอนราบภายใน 2 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ ทำให้เกิดกรดไหลย้อนขณะนอนหลับมากขึ้นและยังพบอาการแสบร้อนหน้าอกร่วมด้วยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นถ้าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมี

พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคกรดไหลย้อนก็น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

สุขลักษณะการนอนหลับ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลต่อการนอนหลับที่ถูกต้องและขจัดพฤติกรรมที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน (Cheek, Shaver, & Lantz, 2004) ประกอบด้วย ตารางการนอนหลับปกติซึ่งเป็นจังหวะการเข้านอนและการตื่นนอนเป็นเวลา ไม่ดึกเกินไป นอนหลับให้เพียงพอ (Carskadon, 1990) เข้านอนเมื่อรู้สึกง่วง ควรหยุดทำกิจกรรมและเข้านอนทันที (Hauri, 1993) เมื่อตื่นนอนควรลุกจากที่นอนทันที หากนอนมากจะทำให้การนอนหลับแปรปรวน ไม่บังคับตนเองให้นอนเมื่อนอนไม่หลับ ควรทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและเมื่อรู้สึกง่วงค่อยเข้านอน (Clark, 1992) มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น การนอนบนที่นอนที่สุขสบายไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป อุณหภูมิในห้องนอนไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป อากาศถ่ายเทดี (นันทนา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์ และนิตยา ว่องกลกิจศิลป์, 2543) ไม่มีแสงสว่างรบกวนในห้องนอน (Laberge และคณะ, 2001) ไม่มีเสียงดังรบกวนในห้องนอน (Bubottz, Brown, & Soper, 2001) การทำให้ร่างกายผ่อนคลายหรือสุขสบายก่อนนอน เช่น การอาบน้ำอุ่น เป็นต้น (Hauri, 1993) หลีกเลี่ยงกิจกรรมก่อนนอน เช่น การดูทีวี วีดีโอ การใช้คอมพิวเตอร์ และการอ่านหนังสือ จะทำให้การนอนหลับแปรปรวนและส่งผลให้ระยะการนอนหลับลดลง (Owen et al, 1999) การเลือกรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการนอนหลับซึ่งเป็นอาหารที่มีกรด L–tryptophan เช่น นม กล้วย เป็นต้น อาหารที่มีวิตะมินบีและซีจะช่วยให้สมองผ่อนคลายและนอนหลับ ส่วนอาหารที่มีแคลเซียมและแมกนีเซียมจะช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย (บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล, 2543) นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อหนัก ๆ ก่อนนอนหรืออิ่มเกินไป หรือกินอาหารเย็นดึกเกินไป จะทำให้ร่างกายตื่นตัวจากการเผาผลาญอาหาร (Clark, 1992) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลาที่เหมาะสมทำให้ร่างกายผ่อนคลายช่วยให้หลับลึกขึ้นและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที และควรออกกำลังกายก่อนเข้านอนนานอย่างน้อย 4–6 ชั่วโมง (Driver & Trylor, 2000) หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งเสพติดและสารกระตุ้นก่อนนอนพวกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น (Tynjala, et al, 1997) และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น กาแฟ ชา โคล่า ช็อกโกแล็ต เป็นต้น (Stradling, 1993) หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ก่อนนอน (Landis, 2002) หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับและยาที่มีผลข้างเคียงต่อการนอนหลับ เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต ยาขยายหลอดลม ยากลุ่มเสตียรอยด์ เป็นต้น (สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2543) หลีกเลี่ยงการนอนหลับในตอนกลางวันหรือตอนเย็นซึ่งเป็นสาเหตุของการนอนหลับที่แปรปรวน (Werth, Achermann, & Borbely, 1996) หลีกเลี่ยงความเครียดและความวิตกกังวลก่อนนอน (Carskadon, 1990) และหลีกเลี่ยงปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่พอ นอนไม่หลับ นอนไม่เป็นเวลา และการหยุดหายใจขณะหลับ รวมทั้งท่านอนที่ถูกต้องจะส่งเสริมพฤติกรรมการนอนที่ดี

ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี หากมีพฤติกรรมที่ส่งผลต่อนอนหลับที่ไม่ถูกต้องหรือมีปัญหาที่รบกวนการนอนหลับจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง (Kozier และคณะ, 2004) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่หยุดหายใจขณะหลับจะทำให้แรงดันในช่องทางเดินอากาศลดลงกระตุ้นให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น นอกจากนี้ท่านอนหงายราบหรือศีรษะต่ำกว่าลำตัวจะทำให้เกิดกรดไหลย้อนขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (น้ำทิพย์ ส่งสวัสดิ์, 2556)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Orr และคณะ (2004) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนจะมีการไหลย้อนของกรดเกิดขึ้นขณะนอนหลับตอนกลางคืนน้อยกว่ากลางวันแต่จะเกิดขึ้นเป็นเวลานาน และผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่หยุดหายใจขณะหลับจะทำให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้นจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

เช่นเดียวกับ Jansson และคณะ (2009) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยชาวนอร์เวย์ที่เป็นโรคกรดไหลย้อนชนิดรุนแรงจะมีปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่หลับ นอนไม่เพียงพอ ถูกรบกวนขณะนอนหลับ จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

ดังนั้นผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลต่อนอนหลับที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงปัญหาที่รบกวนการนอน และท่านอนที่ถูกต้อง จะทำให้มีสุขลักษณะการนอนหลับที่เหมาะสมและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งในการป้องกันตนเองจากโรค โดยมีความเชื่อเป็นสิ่งจูงใจตามการรับรู้และความเข้าใจของตนเอง ก่อให้เกิดการยอมรับในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพนั้น การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนเป็นพฤติกรรมการรับประทานยาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง โดยปฏิบัติตัวสอดคล้องตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ ไม่มีพฤติกรรมการปรับเพิ่มลดขนาดยาหรือหยุดใช้ยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ (Ho, Bryson, & Rumsfeld, 2009) รับประทานยาถูกต้องตามชนิดของยา ขนาดของยา ครบตามจำนวนและตรงเวลา (ฐิติกานต์กาลเทศ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2554) ไม่มีพฤติกรรมการลืมรับประทานยาและมีวิธีช่วยเตือนในการรับประทานยาที่ง่ายต่อการจำและการเข้าถึง (Johnson, 2002)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Fass และ Sifrim (2009) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55 รับประทานยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะตามแพทย์สั่งถึง 1 เดือน ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 30 ทานยาตามแพทย์สั่งถึง 6 เดือน ส่วนใหญ่จะรับประทานยาเมื่อมีอาการกำเริบเท่านั้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hershcovici และ Fass (2010) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มีอาการกำเริบมากกว่าร้อยละ 50 ใช้ยาบรรเทาอาการที่นอกเหนือจากแพทย์สั่งโดยใช้ยามากกว่า 1 ตัวหรือยาที่หาซื้อเองจะออกฤทธิ์เร็วกว่า ซึ่งเป็นการรักษาที่ไม่ถูกต้องส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ลดลง ถ้าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาที่ถูกต้องน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ความเครียด หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจต่อสถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคามจิตใจต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอกของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีการแสดงออกโดยใช้กลไกป้องกันตัวเองในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านร่างกายและพฤติกรรม ด้านความนึกคิดและการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สบายใจ วุ่นวายใจ และถูกกดดัน ผลจากความเครียดนำไปสู่สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป ขาดสมาธิ มีปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจ (กรมสุขภาพจิต, 2541) ความเครียดเป็นภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุลจึงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เกิดการรับรู้และประเมินสถานการณ์ของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าเป็นสิ่งคุกคามและเป็นภาวะความเครียด โดยที่การรับรู้หรือการประเมินนี้เป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตกับปัจจัยภายในของบุคคลอันประกอบด้วยทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น เกิดผลเสียต่อสวัสดิภาพและความผาสุกของตน ส่งผลให้บุคคลประเมินว่าจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดอย่างเต็มที่ (Lazarus & Folkman, 1984) ความรู้สึกกดดันที่เกิดขึ้น สำหรับบางคนเป็นความรู้สึกที่หนักและแย่มากหรือทนไม่ได้ ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าเป็นความท้าทายและไม่ได้เป็นปัญหาสำหรับตนเอง คนที่รับรู้และเข้าใจได้ถึงความรู้สึกกดดันและสามารถทนได้จะสามารถจัดการกับความเครียดและความกดดันนั้นได้ เมื่อคนเราต้องเผชิญกับความรู้สึกที่เครียดไม่ว่าจะรุนแรงหรือไม่ก็ตาม ต่างก็มีแนวโน้มที่จะจัดการกับความเครียดหรือคลายความเครียดลงจนถึงระดับที่สามารถทนหรือหายไปทั้งหมดได้ และเตรียมตัวพร้อมสำหรับการเผชิญความเครียดครั้งต่อไป ความเครียดสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย และเกิดขึ้นทุกที่ ทุกวัน ทุกเวลา ทุกสถานการณ์โดยที่เรามิอาจหลีกเลี่ยงได้ จึงกล่าวได้ว่าความเครียดเป็นส่วนหนึ่งที่มนุษย์ต้องประสบอยู่ทุกวันและเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวันโดยที่ทุกคนต่างยอมรับ ส่วนระดับความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับบุคคล ช่วงเวลาและสถานการณ์ที่แตกต่างกันอันเนื่องจากการยอมรับและประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่างกัน เรียนรู้ที่จะปรับตัว ปรับอารมณ์ ปรับความคิด ปรับเปลี่ยนนิสัยและพฤติกรรมบางอย่างเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาและสิ่งที่เข้ามาคุกคามความเป็นส่วนตัวหรือความสงบสุขในชีวิตของตนเองให้กลับมาอยู่อย่างสงบสุข อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ต้องเผชิญความเครียดจากภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีวิถีการดำเนินชีวิตและการทำงานที่เปลี่ยนไป ปัญหาเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัวที่เกิดขึ้นหรือมีการเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน ส่งผลต่อการรับรู้และการ

ตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยลดลง ความเครียดที่เกิดขึ้นนำไปสู่โรคกรดไหลย้อนและอาการที่กำเริบขึ้นจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (โรงพยาบาลแพทย์รังสิต, 2554)

ในขณะที่การศึกษาของ Jansson และคณะ (2007) พบว่าความเครียดในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนซึ่งเป็นปัจจัยด้านภาวะจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

อย่างไรก็ตาม Fass และคณะ (2008) ศึกษาพบว่าเมื่อเกิดความเครียดจะทำให้เกิดการหลั่งกรดมากขึ้นหากเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นความเครียดน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

จากแนวคิดดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานครในสังกัดของรัฐบาลที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18-60 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานครในสังกัดของรัฐบาลที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารจำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ

ตัวแปรที่ศึกษา คือ ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา ความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนต่อความผาสุกที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งที่มีความสำคัญ ประกอบด้วยมิติของความพึงพอใจและมิติของการให้ความสำคัญ ก่อให้เกิดความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans และ Powers (1992) แต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย เป็นความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมตามบทบาททางสังคมของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ซึ่งเกี่ยวกับสุขภาพความเจ็บป่วยของร่างกายเป็นความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสามารถในการทำประโยชน์หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อบุคคลอื่น ความสามารถในการทำหน้าที่ในครอบครัว ความสามารถในการเดินทาง การมีเพศสัมพันธ์ การทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง และความหวังที่จะมีอายุยืนยาว

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคลที่แสดงถึงความมั่นคงของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน การมีที่พักอาศัย การมีงานทำ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน การมีเพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ และการได้รับการศึกษา

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้จากผลของการตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขทั่วไป ความพึงพอใจในตนเอง ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกลัว การยอมรับความรู้สึกสิ้นหวังต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบทางใจ ความพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง ความศรัทธาในศาสนา

4. ด้านครอบครัว เป็นสัมพันธภาพภายในครอบครัว ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส ความสำเร็จของบุตรหลาน และภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

ประเมินโดยดัดแปลงแบบวัดคุณภาพชีวิตของณัฐฐิตา เพชรประไพ (2541) ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans และ Powers (1992) ให้เหมาะสมกับบริบทที่ศึกษา แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ การวัดความพึงพอใจและการวัดความสำคัญต่อชีวิต แต่ละมิติประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 16 ข้อ 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 8 ข้อ 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 7 ข้อ และ 4) ด้านครอบครัว 4 ข้อ ทั้งหมด 35 ข้อ เป็นลิเคิร์ท 6 ระดับ

ภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติเนื่องจากมีการสะสมไขมันในร่างกายที่มากเกินไป ประเมินได้จากค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนโดยใช้เกณฑ์

ประเมินค่าดัชนีมวลกายของกองโภชนาการ (2549) ที่คำนวณได้จากน้ำหนักของร่างกายเป็นกิโลกรัม และหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง แบ่งตามเกณฑ์ ดังนี้

ค่าดัชนีมวลกาย	น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าผอมหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
ค่าดัชนีมวลกาย	18.5–24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ค่าดัชนีมวลกาย	25–29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าน้ำหนักเกิน
ค่าดัชนีมวลกาย	ตั้งแต่ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ขึ้นไป	แสดงว่าเป็นโรคอ้วน

ความรุนแรงของอาการ หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน จำแนกตามเกณฑ์ที่ประเมินจากผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งเป็น 6 ระดับ (Shaw, Tally, & Beebe, 2001) ได้แก่ ไม่มีอาการ รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นแต่พอทนไหว มีอาการทำให้ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรปกติและขณะนอนหลับจำเป็นต้องได้รับยาบางครั้ง มีอาการรุนแรงทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและนอนหลับได้ต้องได้รับยาตามอาการ และมีอาการรุนแรงมากทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ระดับความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนจำแนกตามเกณฑ์ที่ประเมินจากระยะเวลาที่เกิดอาการโรคกรดไหลย้อน แบ่งเป็น 6 ระดับ (Shaw, Tally, & Beebe, 2001)

ประเมินโดยประยุกต์ใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ The Reflux Disease Questionnaire: RDQ (Shaw, Tally, & Beebe, 2001) 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ การเลือกประเภทอาหาร และสุขนิสัยในการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำจนเกิดเป็นความเคยชิน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคกรดไหลย้อน การหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคกรดไหลย้อนโดยแสดงออกเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เสี่ยงต่อโรคกรดไหลย้อน ซึ่งอาหารที่มีความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ อาหารชนิดรสเผ็ดจัด อาหารที่มีแคลอรี่และไขมันสูง อาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า สเต็ก มันฝรั่งทอด ไก่ทอด ขนมขบเคี้ยว อาหารประเภทถั่วและผลิตภัณฑ์ของถั่ว ช็อกโกแล็ต เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาร์บอเนต เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือกาแฟ ผลไม้หรือน้ำผลไม้ เช่น ส้ม มะนาว องุ่น มะเขือเทศ เป็นต้น รวมทั้งยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารมื้อใหญ่หรือปริมาณมาก การรับประทานเนื้อสัตว์เพิ่มขึ้นทำให้ได้รับไขมันเพิ่มขึ้น การงดมื้ออาหาร การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา การปฏิบัติตัวหลังรับประทานอาหารโดยเฉพาะการนอนหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเลือกประเภทอาหาร 12 ข้อ และสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร 8 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

สุขลักษณะการนอนหลับ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลต่อการนอนหลับที่ถูกต้องและขจัดพฤติกรรมที่รบกวนการนอนของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ประกอบด้วย ตารางการนอนหลับปกติ ซึ่งเป็นจังหวะการเข้านอนและการตื่นนอนเป็นเวลา ไม่ดึกเกินไป นอนหลับให้เพียงพอ เข้านอนเมื่อรู้สึกง่วง ควรหยุดทำกิจกรรมและเข้านอนทันที เมื่อตื่นนอนควรลุกจากที่นอนทันที ไม่บังคับตนเองให้นอนเมื่อนอนไม่หลับ ควรทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและเมื่อรู้สึกง่วงค่อยเข้านอน มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น การนอนบนที่นอนที่สุขสบายไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป อุณหภูมิในห้องนอนไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป อากาศถ่ายเทดี ไม่มีแสงสว่างรบกวนในห้องนอน ไม่มีเสียงดังรบกวนในห้องนอน มีการทำให้ร่างกายผ่อนคลายหรือสุขสบายก่อนนอน เช่น การอาบน้ำอุ่น เป็นต้น หลีกเลี่ยงกิจกรรมก่อนนอน เช่น การดูทีวี วีดีโอ การใช้คอมพิวเตอร์ และการอ่านหนังสือ เลือกรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการนอนหลับซึ่งเป็นอาหารที่มีกรด L–tryptophan เช่น นม กล้วย เป็นต้น อาหารที่มีวิตะมินบีและซีจะช่วยให้ให้สมองผ่อนคลายและนอนหลับ ส่วนอาหารที่มีแคลเซียมและแมกนีเซียมจะช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อหนัก ๆ ก่อนนอนหรืออิ่มเกินไป หรือกินอาหารเย็นดึกเกินไป มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลาที่เหมาะสมทำให้ร่างกายผ่อนคลายช่วยให้หลับลึกขึ้นและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที และควรออกกำลังกายก่อนเข้านอนนานอย่างน้อย 4–6 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งเสพติดและสารกระตุ้นก่อนนอนพวกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น กาแฟ ชา โคล่า ช็อกโกแล็ต เป็นต้น หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ก่อนนอน หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับและยาที่มีผลข้างเคียงต่อการนอนหลับ เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต ยาขยายหลอดลม ยากลุ่มเสตียรอยด์ เป็นต้น หลีกเลี่ยงการนอนหลับในตอนกลางวันหรือตอนเย็น หลีกเลี่ยงความเครียดและความวิตกกังวลก่อนนอน และหลีกเลี่ยงปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่พอ นอนไม่หลับ นอนไม่เป็นเวลา และการหยุดหายใจขณะหลับ รวมทั้งท่านอนที่ถูกต้องโดยไม่นอนท่าหงายราบหรือศีรษะต่ำกว่าลำตัวจะส่งเสริมพฤติกรรมการนอนที่ดี

ประเมินโดยดัดแปลงแบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับของณัฐยา ศรีทะแก้ว, ชนกพร จิตปัญญา และประนอม รอดทำดี (2550) ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามที่สร้างโดย Owens (2000) 13 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งในการป้องกันตนเองจากโรคโดยมีความเชื่อเป็นสิ่งจูงใจตามการรับรู้และความเข้าใจของตนเองก่อให้เกิดการยอมรับในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพนั้น การให้ความร่วมมือในการ

รับประทานยาของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนเป็นพฤติกรรมการรับประทานยาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง โดยปฏิบัติตัวสอดคล้องตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ ไม่มีพฤติกรรมการปรับเพิ่มลดขนาดยาหรือหยุดใช้ยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ รับประทานยาถูกต้องตามชนิดของยา ขนาดของยา ครบตามจำนวน และตรงเวลา ไม่มีพฤติกรรมการลืมรับประทานยา และมีวิธีช่วยเตือนในการรับประทานยาที่ง่ายต่อการจำและการเข้าถึง

ประเมินโดยดัดแปลงแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของอิสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2555) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยมาจากของ Fung (2009) 7 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

ความเครียด หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจต่อสถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคามจิตใจต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอกของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีการแสดงออกโดยใช้กลไกป้องกันตัวเองในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านร่างกายและพฤติกรรม ด้านความนึกคิดและการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สบายใจ วุ่นวายใจ และถูกกดดัน ผลจากความเครียดนำไปสู่สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป ขาดสมาธิ มีปัญหาการตัดสินใจ ซึ่งผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนจะมีความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงานที่รีบเร่งอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการรับรู้และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยลดลง

ประเมินโดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต (2541) 20 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกรดไหลย้อนวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18-60 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานครในสังกัดของรัฐบาลที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารจำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ

ประโยชน์ที่ได้รับ

เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนต่อไป

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญ ดังนี้

1. โรคกรดไหลย้อน
    - 1.1 ความหมายของโรคกรดไหลย้อน
    - 1.2 อุบัติการณ์ของโรค
    - 1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกรดไหลย้อน
    - 1.4 พยาธิสภาพที่หลอดอาหารของโรคกรดไหลย้อน
    - 1.5 อาการและความผิดปกติของโรคกรดไหลย้อน
    - 1.6 แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคกรดไหลย้อน
2. คุณภาพชีวิต
    - 2.1 แนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิต
    - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
    - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
    - 2.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน
4. การพยาบาลกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. โรคกรดไหลย้อน

1.1 ความหมายของโรคกรดไหลย้อน คือ

โรคกรดไหลย้อน (gastroesophageal reflux disease: GERD) เป็นภาวะที่มีการเกิดกรดหรือน้ำย่อยไหลย้อนจากกระเพาะอาหารเข้ามาในหลอดอาหารทำให้เกิดอาการรบกวนผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การอักเสบเยื่อบุผิวของหลอดอาหาร การอักเสบช่องปากและลำคอหรือทางเดินหายใจส่วนบน

1.2 อุบัติการณ์ของโรค

ในปัจจุบันสถานการณ์โรคกรดไหลย้อนเป็นภาวะที่พบบ่อย อุบัติการณ์ส่วนใหญ่จากประเทศทางตะวันตกพบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารับการรักษาร้อยละ 20–40 โดยประเมินจากอาการแสดงที่เกิดขึ้นหรือผลการส่องกล้องตรวจพบหลอดอาหารอักเสบ (Moayyedi & Talley, 2006) ในขณะที่ Kang (2004) ศึกษาในประเทศทางตะวันตกปี 2004 พบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีภาวะหลอดอาหารอักเสบร้อยละ 11.8–28.5 โดยพบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในสหรัฐอเมริกาที่มารับการรักษามีอาการแสบร้อนหน้าอก (heartburn) และเรอเปรี้ยว (acid regurgitation) ร้อยละ 42 และ 45 ตามลำดับ และมีอาการแสบร้อนหน้าอกและ/หรือเรอเปรี้ยวอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งร้อยละ 20 (Locke และคณะ, 1997)

ส่วนในแถบเอเชียบริเวณจีน เกาหลี ญี่ปุ่น พบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่รับการรักษาร้อยละ 5–7 (Moayyedi & Talley, 2006) โดยพบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีภาวะหลอดอาหารอักเสบในไต้หวันร้อยละ 5 (Chang และคณะ, 1997) ญี่ปุ่นร้อยละ 14–16 (Fujimoto, 2004) และสิงคโปร์ร้อยละ 3.3–6.9 (Ho, Chan, & Kang, 2005) นอกจากนี้ยังพบอาการเรอเปรี้ยวในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนแถบเอเชียได้บ่อยกว่าในประเทศทางตะวันตก (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553)

สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีแนวโน้มสูงขึ้นถึง 2 เท่า ในระยะเวลา 2–3 ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารับการรักษาร้อยละ 10–15 ในขณะที่ 5 ปีก่อนพบผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารับการรักษาร้อยละ 5 โดยพบอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกและเรอเปรี้ยวร้อยละ 7.4 ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มที่ไม่มีการอักเสบของหลอดอาหาร (ชมรมโมติลิตี้แห่งประเทศไทย, 2547) ในปี พ.ศ. 2546 พบความชุกของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารับการรักษาร้อยละ 9.8 (ทวีศักดิ์ แทนวันดี และคณะ, 2547) จากการศึกษาของกิตติประกาย อัครธรรม (2554) ในปี พ.ศ. 2552–2554 พบว่ามีผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนลงกล่องเสียงที่มารักษาในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 121 ราย และการศึกษาของธนกร ศิริสมุทร และคณะ (2553) ในปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 473 ราย เช่นเดียวกับนพรัตน์ โลหุตานนท์ และสมชาย ลีลากุศลวงศ์ (2550) อ้างถึงในสถาพร มานัสสถิตย์, สุพจน์ พงศ์ประสบชัย และอุดม

คชินทร (2553) ศึกษาพบว่าความชุกของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ไม่มีการอักเสบของหลอดอาหารสูงถึงร้อยละ 83 และอีกร้อยละ 17 เป็นผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มีการอักเสบของหลอดอาหาร ในขณะที่สุเทพ กลชาญวิทย์ (2553) ศึกษาพบว่าในปี พ.ศ. 2543–2545 ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีภาวะหลอดอาหารอักเสบจำนวน 42 ราย จากการศึกษาของนายแพทย์สุริยะ จักกะพาก ได้ศึกษาอาการแสดงของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าความชุกของอาการเจ็บหน้าอกและหอบหืดถึงร้อยละ 50 ท้องอืดแน่นท้องร้อยละ 43.8 รู้สึกมีก้อนในคอร้อยละ 42.9 แสบร้อนหน้าอกร้อยละ 41.8 และกลืนลำบากร้อยละ 27.8 (วิชัย ประยูรวิวัฒน์, จันทราภา ศรีสวัสดิ์ และประสาท เหล่าถาวร, 2550) นอกจากนี้ภาวะกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อมะเร็งของหลอดอาหารมากกว่าคนปกติ 7 เท่า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์จะมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อมะเร็งของหลอดอาหารมากกว่าคนปกติ 16.7 เท่า (ชมรมโมติลิตี้แห่งประเทศไทย, 2547)

1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกรดไหลย้อน (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553)

1.3.1 เพศ อายุและสัญชาติ พบภาวะหลอดอาหารอักเสบในผู้ป่วยกรดไหลย้อนจะเกิดขึ้นในเพศชายต่อเพศหญิงอัตราส่วน 2–3:1 (Ford และคณะ, 2005) และพบความผิดปกติของเยื่อบุหลอดอาหารชนิด Barrett's esophagus จะเกิดขึ้นในเพศชายต่อเพศหญิงอัตราส่วน 10:1 (Wienbeck & Barnert, 1989) ในขณะที่พบอาการของโรคกรดไหลย้อนในเพศชายต่อเพศหญิงอัตราส่วนที่เท่ากัน (Ronkainen และคณะ, 2006) และพบในคนผิวขาวบ่อยกว่าคนผิวดำและคนเอเชีย (Sonnenberg & El Serag, 1999) ส่วนใหญ่พบในอายุ 40–64 ปี (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553) โดยเริ่มพบเมื่ออายุ 35 ปีในเพศหญิงและอายุ 29 ปีในเพศชาย (น้ำทิพย์ ส่งสวัสดิ์, 2556) และพบภาวะหลอดอาหารอักเสบในผู้สูงอายุได้มากกว่าและรุนแรงกว่าคนที่อายุน้อย (Johnson & Fennerty, 2004) ในประเทศฟินแลนด์พบในกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้นโดยเฉพาะที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Richter, 2000)

1.3.2 น้ำหนักตัว ภาวะน้ำหนักเกินจะเพิ่มแรงดันต่อกระเพาะอาหารทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มส่งผลให้การไหลย้อนของกรดเพิ่มขึ้น (น้ำทิพย์ ส่งสวัสดิ์, 2556) โดยเฉพาะมีน้ำหนักตัวมากจนดัชนีมวลกายมากกว่า 25 จะเพิ่มอาการของโรคมากขึ้นโดยมีความสัมพันธ์ต่ออาการโรคกรดไหลย้อนมากกว่าคนปกติ 2–3 เท่า ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดอาหารอักเสบเยื่อบุหลอดอาหารผิดปกติชนิด Barrett's esophagus และมะเร็งของหลอดอาหารมากขึ้น (Corley & Kubo, 2006)

1.3.3 การติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโรไร (Helicobactor pylori infection) ทำให้กระเพาะอาหารหลั่งกรดลดลงเกิดกรดไหลย้อนลดลง หากกำจัดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโรไรทำให้เกิดกรดไหลย้อนได้ง่ายขึ้น Raghunath และคณะ (2003) ศึกษาพบว่าความชุกของการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโรไรในเอเชียลดลงสัมพันธ์กับการเกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น

1.3.4 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำ การเลือกประเภทอาหาร รูปแบบการรับประทานอาหาร และสุขนิสัยในการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำจนเกิดเป็นความเคยชิน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การลดอาหารที่ไม่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร (นพวรรณ เปียซื่อ และคณะ, 2549) ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกรดไหลย้อน ดังนี้

(1) อาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รวมทั้งอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า สเต็ก แฮมเบอร์เกอร์ มันฝรั่งทอด ไก่ทอด ขนมขบเคี้ยว รวมทั้งการรับประทานเนื้อสัตว์ทำให้ได้รับไขมันเพิ่มขึ้น ส่งผลให้หูรูดหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัวมากขึ้นทำให้เกิดกรดไหลย้อนและหลอดอาหารอักเสบมากขึ้น (El-Serag, Satia, & Rabeneck, 2005)

(2) ผลไม้หรือน้ำผลไม้ เช่น ส้ม มะนาว องุ่น มะเขือเทศ การรับประทานผลไม้หรือน้ำผลไม้ เช่น ส้ม มะนาว มะเขือเทศ โดยเฉพาะองุ่นมีความเป็นกรดสูงทำให้เกิดอาการแสบร้อนหน้าอกมากในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน (Feldman & Barnett, 1995)

(3) เครื่องดื่มที่มีคาร์บอเนต เช่น น้ำอัดลม โซดา เป็นต้น ทำให้เกิดอาการแสบร้อนหน้าอกและแรงบีบตัวของหูรูดหลอดอาหารลดลงส่งผลให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น (Hamoui และคณะ, 2006)

(4) กาแฟและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนกระตุ้นให้เกิดอาการแสบร้อนหน้าอกในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน (Price, Smithson & Castell, 1978)

(5) ช็อกโกแลตทำให้หูรูดหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัวส่งผลให้เกิดกรดไหลย้อนและมีอาการของโรคกรดไหลย้อนมากขึ้น (Murphy & Castell, 1988)

(6) อาหารชนิดรสเผ็ดหรือพริกมีส่วนประกอบของแคปไซซิน (capsisin) ทำให้เกิดอาการแสบร้อนหน้าอกในผู้ป่วยกรดไหลย้อน จากการศึกษาของ Geratikornsupuk, Chaiwatanarat และ Gonlachanvit. (2008). ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่เป็นคนไทยรับประทานพริกป่นแดงทำให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้นและคงอยู่นาน แต่ไม่มีผลต่ออาการแสบร้อนหน้าอก

Chulalongkorn University

(7) อาหารประเภทถั่วและผลิตภัณฑ์ของถั่ว เช่น เมล็ดถั่ว น้ำเต้าหู้ เป็นต้น ทำให้เกิดแรงดันแก๊สในช่องท้องเพิ่มขึ้นเกิดการคลายตัวของหูรูดหลอดอาหารส่วนล่างส่งผลให้เกิดกรดไหลย้อนได้มากขึ้น (โรงพยาบาลแพทย์รังสิต, 2554)

(8) ปริมาณอาหารที่รับประทาน การรับประทานอาหารมื้อใหญ่หรือปริมาณมากทำให้กรดไหลย้อนมากขึ้น จากการศึกษาของ Scheffer และคณะ (2002) ศึกษาพบว่าการขยายตัวของกระเพาะอาหารส่วนต้นมีความสัมพันธ์กับการคลายตัวของหูรูดหลอดอาหารส่วนล่างที่บ่อยขึ้นทำให้กรดไหลย้อน มากขึ้น

(9) การปฏิบัติตัวหลังรับประทานอาหาร การนอนหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ ทำให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น จากการศึกษาของ Piesman และคณะ (2007) ศึกษาพบว่าการนอนราบภายใน 2 ชั่วโมงหลังอาหารเสร็จใหม่ ๆ ทำให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น ดังนั้นหลังรับประทานอาหารเสร็จแล้วอย่างน้อย 3 ชั่วโมงค่อยล้มตัวลงนอนทำให้การเกิดกรดไหลย้อนน้อยลง

1.3.5 การสูบบุหรี่ทำให้มีอาการของโรคกรดไหลย้อนมากขึ้น (Watanabe และคณะ, 2003) จากการศึกษาของ Chattopadhyay, Greaney และ Irvin (1977) ศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่ทำให้แรงบีบตัวของหูรูดหลอดอาหารส่วนล่างลดลงทำให้มีความถี่ของการเกิดกรดไหลย้อนเพิ่มขึ้นและมีกรดค้างอยู่ในหลอดอาหารนานขึ้น

1.3.6 การดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ วิสกี้ ไวน์ เป็นต้น ทำให้แรงบีบตัวของหูรูดหลอดอาหารส่วนล่างลดลง หรือหลอดอาหารและกระเพาะอาหารบีบตัวช้าลงเกิดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น (Kaltenbach, Crockett, & Gerson, 2006)

1.3.7 การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีขึ้นส่งผลให้ความชุกของโรคกรดไหลย้อนเพิ่มมากขึ้น เช่น การรับประทานอาหารไขมันสูงและมีภาวะโรคอ้วนมากขึ้น (El-Serag, Satia, & Rabeneck, 2005) มีการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโรไรลดลง (Raghunath และคณะ, 2003) เป็นต้น

1.4 พยาธิสภาพที่หลอดอาหารของโรคกรดไหลย้อน (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553; ,มณฑิรา มณีรัตนพร และสมชาย ลีลากุศลวงศ์ อ้างถึงในอภิรดี ศรีวิจิตรกมล, วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย และรุ่งโรจน์กฤตยพงษ์, 2555)

โรคกรดไหลย้อนสามารถทำให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดอาหารเริ่มตั้งแต่มีความผิดปกติไม่มากจนกระทั่งมีการอักเสบ (esophagitis) หรือเกิดความเสี่ยงต่อภาวะที่เยื่อบุหลอดอาหารจนเกิดเป็นมะเร็งหลอดอาหาร (Barrett's esophagus) ตามเกณฑ์ The Montreal Definition แบ่งความผิดปกติทางพยาธิสภาพของหลอดอาหาร 4 ชนิด ได้แก่

1.4.1 หลอดอาหารอักเสบ ตรวจพบโดยการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งแบ่งความรุนแรงของหลอดอาหารอักเสบออกเป็น 4 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Los Angeles Classification

เกรด A พบเยื่อบุผิวหลอดอาหารหลุดลอกเป็นรอยแยกบนรอยจีบของหลอดอาหารส่วนปลาย 1 รอยหรือมากกว่า ความยาวน้อยกว่า 5 มิลลิเมตร

เกรด B พบเยื่อบุผิวหลอดอาหารหลุดลอกเป็นรอยแยกบนรอยจีบของหลอดอาหารส่วนปลาย 1 รอยหรือมากกว่า ความยาวมากกว่า 5 มิลลิเมตร

เกรด C พบเยื่อบุผิวหลอดอาหารหลุดลอกเป็นรอยแยกหรือแผลกว้างจนต่อกับรอยจีบของหลอดอาหารแต่ไม่ครบวงหลอดอาหาร การอักเสบน้อยกว่าร้อยละ 75 ของวงรอบหลอดอาหาร

เกรด D พบเยื่อบุผิวหลอดอาหารหลุดลอกเป็นรอยแยกหรือแผลกว้างครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 75 ของวงรอบหลอดอาหาร

1.4.2 หลอดอาหารตีบเกิดจากการอักเสบของหลอดอาหารส่วนปลายเรื้อรัง อาจมีลักษณะเป็นพังผืดทำให้เกิดการตีบตันของหลอดอาหาร พบอาการกลืนลำบาก

1.4.3 เยื่อบุผิวของหลอดอาหารผิดปกติเปลี่ยนเป็นเซลล์คล้ายลำไส้ (Barrett's esophagus) พบว่าหากมีการสัมผัสกับกรดบ่อยและนานจะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของหลอดอาหาร

1.4.4 มะเร็งของหลอดอาหารส่วนล่างเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคกรดไหลย้อน

1.5 อาการและความผิดปกติของโรคกรดไหลย้อน แบ่งตามเกณฑ์ The Montreal Definition (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553)

1.5.1 อาการที่เกิดในหลอดอาหาร ได้แก่

1) กลุ่มอาการที่เฉพาะต่อโรคกรดไหลย้อน พบอาการแสบร้อนหน้าอกหรือแสบร้อนบริเวณลิ้นปี่ร้าวขึ้นมาที่หน้าอกหรือคอ อาการแสบร้อนหน้าอกมักเป็น ๆ หาย ๆ เกิดหลังรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารมื้อใหญ่ หากนอนราบ งอลำตัว ดื่มน้ำ หรือรับประทานยาลดกรดจะทำให้อาการแสบร้อนหน้าอกดีขึ้น และพบอาการเรอเปรี้ยวซึ่งเป็นกรดไหลย้อยเข้ามาถึงปากหรือลำคอ ทำให้แสบในลำคอ นอกจากนี้อาจมีความผิดปกติของการนอนหลับด้วย

2) กลุ่มอาการเจ็บแน่นหน้าอกคล้ายเจ็บหน้าอกจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบบริเวณหลังกระดูกกลางหน้าอกเจ็บร้าวไปที่หลัง คอ กราม หรือแขน มีอาการมากขึ้นหลังรับประทานอาหาร อาจมีอาการตอนกลางคืนทำให้ต้องตื่นขึ้นเพราะเจ็บหน้าอก นอกจากนี้ความเครียดยังกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ อาการอื่นที่พบ ได้แก่ กลืนลำบาก กลืนแล้วเจ็บจากหลอดอาหารตีบ หรือมีแผลอักเสบในหลอดอาหาร

1.5.2 อาการที่เกิดนอกหลอดอาหาร ได้แก่

1) เสียงแหบ เสมหะมากและไอเรื้อรัง เกิดจากกรดหรือน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารไหลย้อนเข้ามาในหลอดอาหารแล้วย้อนขึ้นมาถึงบริเวณลำคอ ทำให้กล่องเสียงส่วนหลังบวมแดง สายเสียงเป็นแผลได้ง่าย มีเสมหะในคอมากขึ้นทำให้กระแอมหรือขากเสมหะแรงหรือบ่อยเกิน เกิดเยื่อบุผิวบริเวณลำคออักเสบ อาจพบไซนัสอักเสบ มีพังผืดที่ปอด หูชั้นกลางอักเสบ ฟันกร่อย

2) หอบหืด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นหอบหืดจะมีอาการของโรคกรดไหลย้อน ซึ่งการรักษากรดไหลย้อนในผู้ป่วยโรคหืดสามารถทำให้อาการของโรคหืดในผู้ป่วยดีขึ้น

1.6 แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคกรดไหลย้อน (ชมรมโมติลิตี้แห่งประเทศไทย, 2547)

1.6.1 การรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนนิสัยการดำเนินชีวิตประจำวัน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ได้แก่ การนอนยกศีรษะให้สูงขึ้น 15 ซม. (6–8 นิ้วฟุต) การนอนตะแคงซ้าย การปรับพฤติกรรมการกินอาหารให้เหมาะสม ได้แก่ หลีกเลี่ยงอาหารมันและอาหารที่กระตุ้นให้มีอาการ เช่น กาแฟ ช็อกโกแลต อาหารที่มีรสเปรี้ยวจัด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือน้ำอัดลม อาหารที่มีส่วนประกอบของมะเขือเทศ อาหารประเภทมิ้นต์ หลีกเลี่ยงการนอนหลังกินอาหารอย่างน้อย 2 ซม. หลีกเลี่ยงการกินอาหารปริมาณมากหลีกเลี่ยงยาที่อาจมีผลต่อหูรูดของหลอดอาหาร เช่น anticholinergics, theophylline, tricyclic antidepressants, calcium channel blockers, β-adrenergic agonists, alendronate เป็นต้น งดหรือลดการสูบบุหรี่ ลดน้ำหนักหากมีภาวะอ้วน

1.6.2 รับประทานยาประเภทลดกรดในกระเพาะอาหารเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยรับประทานยาวันละครั้ง ได้แก่ omeprazole 20 mg, lansoprazole 30 mg, pantoprazole 40 mg, rabeprazole 20 mg, esomeprazole 40 mg อาจรับประทานยาประเภท H_2–receptor antagonist (H_2RA) เช่น cimetidine 800 mg, ranitidine 300 mg, famotidine 40 mg ต่อวัน แทนได้

1.6.3 การรักษาในระยะยาวมีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการควบคุมอาการให้ผู้ป่วยสบายดี มีทั้งการรักษาแบบมีอาการอีกหลังจากที่หายแล้วโดยให้ผู้ป่วยกินยาในช่วงระยะเวลาที่มีอาการติดต่อกันและหยุดยาเมื่อไม่มีอาการอย่างน้อย 24 ชม. และการรักษาแบบให้ยาในขนาดที่สามารถควบคุมอาการผู้ป่วยได้เป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เช่น 1–2 สัปดาห์แล้วหยุดยา รวมทั้งการรักษาแบบให้ยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเนื่องจากผู้ป่วยยังคงมีอาการตลอดหรืออาการดีขึ้น แต่ยังไม่หายขาด ระยะเวลาการกินยาอาจเป็นเดือนถึงหลายปีได้ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่จำเพาะควรหาสาเหตุที่แท้จริงของอาการที่เกิดขึ้นโดยปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนสรุปว่าเป็นโรคกรดไหลย้อน พิจารณาการรักษา กรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกตินอกหลอดอาหารซึ่งมีความรุนแรง จึงใช้ยาลดกรดในกระเพาะอาหารวันละ 2 ครั้ง (ก่อนอาหารเช้าและเย็น) เป็นเวลา 4–12 สัปดาห์ และกรณีผู้ป่วยที่มีอาการ

จำเพาะที่อาการไม่ดีขึ้นหลังจากรักษาด้วยยาขนาดมาตรฐานของยาลดกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มยาเป็น 2 เท่า อีก 4–12 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหารขนาดเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ควรให้ยาต่ออย่างน้อย 4 สัปดาห์ หากผู้ป่วยตอบสนองดีจนไม่มีอาการพิจารณาให้หยุดยา ผู้ป่วยที่ยังมีอาการอยู่แม้ว่าได้รับยาลดกรดในกระเพาะอาหารขนาดเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เป็นเวลา 12 สัปดาห์แล้ว ควรส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นเพิ่มเติม

1.6.4 การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นในกรณีต่อไปนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเตือนและ/หรือสงสัยมีโรคอื่น เช่นโรคแผลในกระเพาะอาหาร, มะเร็งในกระเพาะอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีหลอดอาหารอักเสบรุนแรงชนิด Barrett's esophagus และผู้ป่วยที่ยังมีอาการอยู่ตลอดหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา

1) ผู้ป่วยที่ส่องกล้องแล้วไม่พบความผิดปกติ ควรประเมินซ้ำโดยการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด

2) กรณีที่สงสัยว่าเป็นโรคกรดไหลย้อนทั้งที่การส่องกล้องปกติ การรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนนิสัยการดำเนินชีวิต ซักประวัติการกินยาให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยกินยาก่อนอาหาร โดยเฉพาะมื้อเย็นต้องไม่ใช่ก่อนนอน อาจเพิ่มยา H_2RA (ranitidine 150 mg หรือ cimetidine 400 mg) ก่อนนอน หากมีภาวะหลั่งกรดในตอนกลางคืนให้เปลี่ยนชนิดของยาลดกรดในกระเพาะอาหาร

3) การตรวจด้วยวิธี pH monitoring โดยพิจารณาทำเมื่อผลการส่องกล้องปกติหรือผู้ป่วยที่ให้การรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนนิสัยการดำเนินชีวิตแล้วอาการไม่ดีขึ้น

4) ประเมินผลการส่องกล้องตรวจพบหลอดอาหารอักเสบโดยใช้เกณฑ์ตาม Los Angeles Classification หรือผลการส่องกล้องพบหลอดอาหารอักเสบรุนแรงชนิด Barrett's esophagus ควรตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิสภาพทุกราย

5) ถ้าผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้นเพิ่มขนาดของ H_2RA เป็น 2 เท่า เช่น ให้ ranitidine 300 mg กรณีที่ผู้ป่วยเป็นหลอดอาหารอักเสบปานกลางอาจให้ยาในช่วงที่มีอาการและหยุดยาเมื่อไม่มีอาการกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหลอดอาหารอักเสบรุนแรงมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำได้สูง ต้องกินยาในขนาดน้อยที่สุดที่สามารถควบคุมอาการได้เป็นระยะเวลาหลายเดือนจนถึงหลายปี ร่วมกับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นระยะเวลาห่างกัน 1–3 ปี นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยการผ่าตัดตามแนวทางของ American College of Gastroenterology ในกรณีที่รักษาด้วยยาได้ผลดี แต่ไม่ต้องการกินยาต่อไปอีกและต้องการผ่าตัด หรือไม่สามารถทนต่อการให้ยาหรือมีผลข้างเคียงจากยา หรือไม่สามารถกินยาได้อย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานาน หรือมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรืออายุน้อย

โรคกรดไหลย้อนเป็นโรคที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีวินัยในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในการดำเนินชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

2. คุณภาพชีวิต

2.1 แนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญในการดำเนินชีวิตของมนุษย์โดยมุ่งให้ชีวิต ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนเองปรารถนา ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะนำไปสู่การพัฒนาด้านต่าง ๆ อย่างมีคุณภาพ ในทางการแพทย์ได้กำหนดให้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายที่สำคัญอย่างหนึ่งของการให้บริการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลที่บ่งชี้ถึงคุณภาพในการดูแล เนื่องจากแนวคิดการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้มุ่งให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือมีชีวิตรอดเพียงอย่างเดียว แต่ยังให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยเร้อรังให้ดีขึ้นโดยให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งคำนึงถึงความสมดุลระหว่างกาย จิต อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมทำให้พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพให้ความสนใจเกี่ยวกับแนวคิดคุณภาพชีวิตมากขึ้น (Ferrans & Powers, 1992) องค์การอนามัยโลกได้นำการวัดคุณภาพชีวิตมาเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งไม่ใช่เพียงแต่การปราศจากโรคเท่านั้น แต่รวมถึงความผาสุกทางกายจิตใจ และสังคมของบุคคลด้วย (WHOQOL group, 1994) มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตต่างๆกัน ดังนี้

Padilla และ Grant (1985) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และการรับรู้ว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

Ferrans และ Powers (1992) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกผาสุกซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ในแต่ละองค์ประกอบซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่และเป็นการรับรู้และตัดสินโดยบุคคลนั้น ๆ

Zhan (1992) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นแต่ละบุคคลเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ

Meeberg (1993) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) และความผาสุกในชีวิต (well-being)

WHOQOL group (1994) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติต่อการรับรู้ของบุคคลต่อชีวิตภายในบริบทของวัฒนธรรม ระบบความเชื่อ ระบบคุณค่าต่าง ๆ ของบุคคล ซึ่งสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายของชีวิต ความคาดหวัง และความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

Ferrel et al. (1995) ให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ภาวะความสุขสบายที่ไม่คงที่ของบุคคลจากประสบการณ์ชีวิตซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสถานที่ที่เกี่ยวข้องส่งผลต่อความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

การศึกษาครั้งนี้ใช้ความหมายของ Ferrans และ Powers (1992) เนื่องจากเป็นการรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุกที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคล ตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ และเป็นการรับรู้และตัดสินโดยบุคคลนั้น โดยส่งผลต่อองค์ประกอบในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านภาวะสุขภาพ และการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติและมีความซับซ้อน มีส่วนของการครอบคลุมด้านร่างกาย จิตวิญญาณ และสังคมของบุคคลที่เหมือนกัน (Ferrans & Powers, 1992) ส่วนที่แตกต่างกันจะเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละโรคหรือวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน (Staniszewska, 1998) คุณภาพชีวิตที่มีหลายมิติสามารถนำไปใช้ปรับปรุงแก้ไขกลวิธีในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

Padilla และ Grant (1985) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การมีกิจกรรมต่างๆ

2. ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายโดยทั่วไป เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย รู้สึกว่าตนเองแข็งแรงดี มีกำลังวังชา การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน สมรรถภาพในการทำงาน เป็นต้น ส่วนการรับรู้สภาพทางจิตใจของบุคคล เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ถึงความสุขสบาย ความรู้สึกเป็นสุข ความพึงพอใจในการรับประทานอาหารและพักผ่อนนอนหลับ การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจของตนเอง การให้ความหมายของชีวิต จุดมุ่งหมายของชีวิต การรับรู้ถึงความมั่นใจของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือความวิตกกังวล

3. ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพที่ตนเองประสบอยู่ การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตา ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับโรคที่เป็นอยู่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพ การสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าตนมีโอกาสจะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าตนได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

4. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา เป็นการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยทางร่างกายได้ และความสามารถในการมีกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น

5. ความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย เป็นการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนต่อบุคคลอื่นในสังคม หรือการติดต่อกับบุคลอื่น การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การพึ่งพาทางสังคม ทำให้ตนรู้สึกไม่อ้างว้างโดดเดี่ยว การมีส่วนร่วมกับสังคม การแยกตัวออกจากสังคม ความต้องการความเป็นส่วนตัว เป็นต้น

Ferrans และ Powers (1992) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (health and functioning) ซึ่งเกี่ยวกับภาวะสุขภาพร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความเครียดหรือความวิตกกังวล การได้รับการดูแลสุขภาพ การได้รับการรักษา ความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทในสังคมที่ได้รับ ประกอบด้วยความสามารถในการทำประโยชน์หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อบุคคลอื่น ความสามารถที่จะทำหน้าที่ในครอบครัว ความรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการเดินทาง การมีเพศสัมพันธ์ การบำเพ็ญประโยชน์ การทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง ความหวังที่จะมีอายุยืนยาว การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ และความสุขที่มีหลังจากเจ็บป่วย

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วยมาตรฐานการดำรงชีวิตประจำวัน การพึ่งพาตนเองและความสามารถในการจัดการด้านการเงิน เกี่ยวกับสภาพบ้านและการมีที่พักอาศัย การมีงานทำ การมีเพื่อนได้มีกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งช่วยแนะแนวทางแก้ไขปัญหาซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ การได้รับความเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่น ต้องการกำลังใจ การได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ และการได้รับการศึกษา สถานการณ์บ้านเมือง เศรษฐกิจและสังคมที่มีผลกระทบต่อการรักษา

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychology/spiritual) เป็นการรับรู้จากผลของการตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มากระทบในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต การยอมรับในการดำเนินชีวิตปัจจุบัน ความสุขทั่วไป ความเป็นตัวของตัวเอง ความพอใจต่อภาพลักษณ์ของตนเอง ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ การมีทัศนะคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบทางใจ การมีสติในการดำรงชีวิตความศรัทธาในศาสนาและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

4. ด้านครอบครัว (family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วยความรู้สึกที่เป็นสุขพึงพอใจในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส การติดตามการเจริญเติบโต และความสำเร็จของบุตรหลาน การให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำ ภาวะสุขภาพ ของสมาชิกในครอบ

ครัวซึ่งเป็นความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัว และการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัว

Zhan (1992) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่ว ๆ ไปเป็นความรู้สึกพึงพอใจในทุกด้านของชีวิต ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และครอบครัว เป็นต้น ซึ่งบุคคลจะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่าง โดยการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งเอาไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงภายใต้เงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวม หรือรายด้านในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ได้แก่ ลักษณะรูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ ความหวัง การยึดมั่นในศาสนา การยอมรับและการรับรู้คุณค่าของตนเอง เป็นต้น เกิดจากการรับรู้ปฏิกิริยาของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก

3. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพที่ปราศจากโรค ความสามารถด้านร่างกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และความสามารถในการเคลื่อนไหว

4. ด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานภาพทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและความรู้สึกมั่นคงในชีวิต โดยเชื่อมโยงกับแหล่งประโยชน์ที่บุคคลสามารถหาได้จากการศึกษา อาชีพ และรายได้

Meeberg (1993) สรุปคุณลักษณะของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ทั่วไปของบุคคล

2. เป็นความสามารถทางสติปัญญาของบุคคลในการประเมินชีวิตตนเองว่าเป็นสิ่งที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ

3. เป็นการยอมรับเกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ที่บุคคลได้ประเมินตัดสิน

4. เป็นการประเมินจากผู้อื่นเกี่ยวกับภาวการณ์ดำรงชีวิตที่ดี ไม่มีสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตรายเกิดขึ้นในชีวิต

WHOQOL group (1994) ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขึ้นมาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความเหมาะสมที่จะใช้ประเมินคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นสากล เรียกว่า WHOQOL–100 ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) เป็นการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถในจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรับรู้ถึงพละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและการพักผ่อน รวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) เป็นการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถ ในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง รวมถึงการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) เป็นการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหว การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) เป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ และการรับรู้ว่าตน มีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ และรับรู้ว่าตนได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality/religion/personal beliefs) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต และการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิต เป็นต้น

Ferrel et al. (1995) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้า การพักผ่อนนอนหลับ การเจริญพันธุ์ อาการเจ็บหรือปวด ความอยากรับประทานอาหาร และสุขภาพของร่างกายโดยทั่วไป

2. ความผาสุกด้านจิตใจ เป็นความสามารถในการควบคุม ความวิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้า ความทุกข์ทรมานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความกลัว เช่น กลัวผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำ กลัวการลุกลามของโรค และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการวินิจฉัยโรคและการรักษา ตลอดจนความรู้สึกเป็นสุข และการรับรู้คุณภาพ ด้านจิตใจโดยรวม

3. ความผาสุกด้านสังคม เป็นความสามารถในการควบคุมความรู้สึกทุกข์ทรมานใจที่มีผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว ความสามารถในการดำรงอยู่สังคมได้ตามปกติ ไม่มีพฤติกรรมการแยกตัวออกจากสังคม ความสามารถในการกระทำ บทบาทหน้าที่ของตนเอง การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคมที่เป็นไปตามปกติ การได้รับการยอมรับจากสังคมและความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับการเงินของครอบครัว

4. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกถึงการมีความหวัง เช่น การมีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต การมีความรู้สึกและความเชื่อในทางที่ดี รวมทั้งการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัด การทำสมาธิ เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ได้เลือกใช้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans & Powers (1992) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุกที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันขึ้นกับแนวคิดขึ้นกับแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการศึกษาแต่ละเรื่อง ส่วนใหญ่มุ่งไปในทิศทางที่คาดว่าผลจากโรคและการรักษามีผลอย่างไรต่อผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้หลายแนวทาง ดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980 อ้างใน ปริศนา อัตถาผล, 2543) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น วัดโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ และวัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ ความพึงพอใจของชีวิต ซึ่งน่าเชื่อถือที่สุดเพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยตัวบุคคลเอง

Ferrans และ Powers (1985) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น วัดโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ และวัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ ความพึงพอใจของชีวิต ซึ่งน่าเชื่อถือที่สุดเพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยตัวบุคคลเอง

Ware และ Shertbourne (1992) ได้พัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิต Medical Outcomes Study Short Form (SF36) โดยพัฒนามาจากแบบประเมิน The Medical Outcomes Survey (MOS) (Tarlov และคณะ, 1989) ซึ่งถูกนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปอย่างกว้างขวาง ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ ความสามารถในการทำกิจกรรม ผลกระทบด้านสุขภาพต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ผลกระทบจากอาการเจ็บปวดของร่างกาย สุขภาพทั่วไป ความผาสุกในการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ในสังคม ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0–100 คะแนน คะแนนที่สูงแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

Zhan (1992) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน ดังนี้

1. ตัววัดเชิงวัตถุวิสัย (objective indicators) เป็นข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้และวัดได้ เช่น รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ

2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิทยา (subjective indicators) เป็นข้อมูลด้านจิตวิทยาที่บ่งบอกถึงอารมณ์ ความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต

Meeberg (1993) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (objective indicators) เป็นการประเมินโดยบุคคลอื่นว่าบุคคลนั้นดำเนินชีวิตด้วยความพอเพียงที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้โดยปราศจากการถูกคุกคาม ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม สามารถสังเกตและวัดได้ เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ด้านร่างกาย เป็นต้น

2. ตัวบ่งชี้จิตวิสัย (subjective indications) เป็นการประเมินโดยบุคคลนั้นประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้หรือความรู้สึกพอใจในชีวิตโดยรวมและการที่บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ของตนเอง ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นนามธรรม เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

องค์การอนามัยโลก WHOQOL group (1994) ได้พัฒนาเครื่องมือแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL–100 ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล

นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบมิติเดียว บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตัวเองโดยใช้คำถามเดียว สรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมดเป็นการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมในโลกความเป็นจริงของบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นแบบประเมินที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตแคนทริล (Cantril, 1985)

2. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ ซึ่งคุณภาพชีวิตของบุคคลไม่ได้ขึ้นกับสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียวแต่ขึ้นอยู่กับหลายสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต แนวคิดนี้ได้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคลที่เจ็บป่วย โดยเชื่อว่าจะประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงมากกว่าการประเมินแบบมิติเดียว (Ferrans & Powers, 1992 ; Zhan, 1992)

จากการประเมินคุณภาพชีวิตของ Ferrans และ Powers (1992) ประกอบด้วยโครงสร้าง 2 มิติ คือมิติของความพึงพอใจและมิติของการให้ความสำคัญ แต่ละมิติประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว

จากการประเมินคุณภาพชีวิตของณัฐฐิตา เพชรประไพ (2541) ได้นำกรอบแนวคิดและเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Quality of Life index Cardiac version – III) ของ Ferrans และ Powers (1992) มาประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ มีการปรับปรุงข้อความเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทที่ศึกษาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ (Quality of Life Index Cardiac version–m) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยอัจฉรา สุคนธสรรพ์ โดยประเมินคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัยทั้ง 2 มิติ จำนวน 35 ตัวชี้วัด จากองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 16 ตัวชี้วัด ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 8 ตัวชี้วัด ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 7 ตัวชี้วัด และด้านครอบครัว จำนวน 4 ตัวชี้วัด ซึ่งเชื่อว่าจะประเมินคุณภาพ ชีวิตได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น เพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตโดยผู้ป่วยเอง ซึ่งทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยก่อนได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้ว จำนวน 30 ราย มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .90 ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย เท่ากับ .82 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เท่ากับ .62 ด้านจิตวิญญาณ เท่ากับ .78 และด้านครอบครัวเท่ากับ .60

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบวัดคุณภาพชีวิตของณัฐฐิตา เพชรประไพ (2541) ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans และ Powers (1992) ให้เหมาะสมกับบริบทที่ศึกษา เนื่องจากผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีภาวะสุขภาพและอาการโดยทั่วไปที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่สุขสบาย ถูกรบกวน

และบั่นทอนการดำเนินชีวิตประจำวัน และสร้างความทุกข์ทรมานจากอาการที่กำเริบขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจและไม่ยอมรับกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญในชีวิต เกิดความรู้สึกไม่สงบทางใจและไม่มีความสุขในชีวิตโดยทั่วไป โดยสอดคล้องตามกรอบแนวคิดดังกล่าวซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปที่ไม่ได้ประเมินเฉพาะสิ่งที่บุคคลประสบในชีวิตเท่านั้น แต่มีการประเมินคุณค่าของประสบการณ์ที่บุคคลนั้นประสบอีกด้วย รวมทั้งสามารถประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยได้เหมาะสมตามความเป็นจริงมากที่สุดและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ศึกษาเพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตโดยผู้ป่วยเอง โดยมีการประเมินในมิติของความพึงพอใจในชีวิตซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจะประเมินความรู้สึกของตนเองโดยให้ความสำคัญกับความแตกต่างของแต่ละบุคคลเป็นหลัก ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งกรอบแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่าบุคคลที่ไม่มีความพึงพอใจเลยในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญมากที่สุดจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลที่มีความพึงพอใจมากที่สุดในสิ่งที่ตนเองได้ให้ความสำคัญมากที่สุด

2.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนต้องเผชิญกับปัญหาที่มีผลกระทบทั้งด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัว ดังนี้

ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย

อาการที่เฉพาะต่อโรคกรดไหลย้อนที่สำคัญ คือ อาการแสบร้อนหน้าอกหรืออาการแสบร้อนบริเวณลิ้นปี่ร้าวขึ้นมาที่บริเวณหน้าอกหรือคอ และอาการเรอเปรี้ยวจากน้ำย่อยและ/หรืออาหารจากกระเพาะอาหารไหลย้อยเข้ามาถึงปากหรือบริเวณลำคอโดยไม่มีอาการคลื่นไส้หรืออาการขย้อนนำมาก่อน อาจมีความผิดปกติของการนอนหลับร่วมด้วย นอกจากนี้อาการแสบร้อนหน้าอก มักเป็น ๆ หาย ๆ อาจมีอาการแสบร้อนขึ้นไปที่คอมักเกิดภายหลังรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารมื้อใหญ่ อาการอาจถูกกระตุ้นให้มากขึ้นจากการนอนราบหรืองอลำตัว นอกจากนี้มีอาการเจ็บหน้าอกบริเวณหลังกระดูกกลางหน้าอก เจ็บร้าวไปที่หลัง คอ กราม หรือแขน มีอาการมากขึ้นหลังรับประทานอาหาร อาจมีอาการตอนกลางคืนทำให้ต้องตื่นขึ้นเพราะเจ็บหน้าอก นอกจากนี้ความเครียดสามารถกระตุ้นอาการเจ็บหน้าอกได้ อาการร่วมอื่น ๆ ได้แก่ กลืนลำบากและกลืนแล้วเจ็บ เสียงแหบเรื้อรัง เจ็บคอเรื้อรัง ไอเรื้อรัง มีเสมหะมากเรื้อรัง เสียวฟัน หรือ หอบหืด (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553) อาการดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ การพึ่งพาตนเอง หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทในสังคมลดลง เมื่อเกิดอาการขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดหรือความวิตกกังวล

สอดคล้องกับ Joshua (2003) ศึกษาพบว่าอาการของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านความเจ็บปวดของร่างกายและการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงถึงร้อยละ 41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังพบว่าอาการของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาว

สวีเดนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติของความพึงพอใจในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยทำให้การปฏิบัติงานและการทำกิจกรรมลดลงร้อยละ 23

เช่นเดียวกับ Bytzer (2004) และ Junghard และ Wiklund (2008) ศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของอาการของโรคมากขึ้นจะทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจลดลง

จากการศึกษาของ Ronkainen และคณะ (2006) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวสวีเดนมีอาการของโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ อาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก และการไหลย้อนกลับของกรดซึ่งมีอาการเกิดขึ้นทุกวัน ทุกสัปดาห์ และระยะเวลาภายใน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 6, 14 และ 20 ตามลำดับ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) โดยพบผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกรดไหลย้อนเกิดขึ้นทุกวันจะส่งผลต่อมิติคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกายและด้านจิตใจ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกรดไหลย้อนทุกสัปดาห์จะส่งผลต่อมิติคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาททางสังคม ด้านความทุกข์ทรมานของร่างกาย และด้านภาวะสุขภาพทั่วไป

ในขณะที่ Wahlqvist และคณะ (2008) ศึกษาพบว่าในปี 2004 มีผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันร้อยละ 24.6 มีการตอบสนองต่อยาที่ได้รับโดยแสดงอาการอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 12.5 ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยแสดงความรุนแรงของอาการในระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรงร้อยละ 64, 28 และ 8 ตามลำดับ และพบโรคที่เกิดขึ้นตามมา ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคตื่นตระหนกลำไส้แปรปรวน และโรคปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น นอกจากนี้ชาวอเมริกันที่เป็นโรคกรดไหลย้อนจะมีประสิทธิภาพการทำงานและชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยลดลง 2.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ อาจเกิดการขาดงานและมีการใช้บริการด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติของความพึงพอใจในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายในชีวิตประจำวันและด้านจิตใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นอกจากนี้ Tack และคณะ (2012) ศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยเฉพาะอาการที่เกิดขึ้นตอนกลางคืนส่งผลให้คะแนนคุณภาพการนอนหลับลดลง หากมีอาการในเวลากลางวันจะทำให้ประสิทธิภาพในทำงานลดลงและเกิดการขาดงานสูงกว่าปกติส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และความผาสุกของชีวิตลดลง

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ ความสามารถในกลับไปทำงานของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงส่งผลต่อระยะเวลาการปฏิบัติงานลดลงและขาดงานบ่อย อีกทั้งยังส่งผลให้การสังสรรค์ลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหารายได้เหมือนปกติ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาและการต้องมาตรวจตามนัดบ่อย ๆ ซึ่งการมาตรวจตาม

นัดแต่ละครั้งต้องมีค่าใช้จ่าย และบางรายอาจต้องขาดงานมาพบแพทย์ ส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย (น้ำทิพย์ ส่งสวัสดิ์, 2556)

สอดคล้องกับ Joshua (2003) ศึกษาพบว่าอาการของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านความเจ็บปวดของร่างกายและการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงถึงร้อยละ 41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังพบว่าอาการของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวสวีเดนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติของความพึงพอใจในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยทำให้การปฏิบัติงานและการทำกิจกรรมลดลงร้อยละ 23 นำไปสู่เศรษฐกิจและรายได้ของผู้ป่วยในระดับต่ำ

เช่นเดียวกับ Ronkainen และคณะ (2006) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยชาวสวีเดนที่มีอาการของโรคกรดไหลย้อนทุกสัปดาห์จะส่งผลต่อมิติคุณภาพชีวิตด้านบทบาททางสังคม

จากการศึกษาของ Shin และคณะ (2012) ศึกษาพบว่าพนักงานประจำที่เป็นโรคกรดไหลย้อนในประเทศเกาหลีเกิดการขาดงานถึงร้อยละ 1.49 ซึ่งสูงกว่าพนักงานที่ไม่ได้เป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 0.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังพบว่าประสิทธิภาพการทำงานลดลงร้อยละ 34.13 ซึ่งสูงกว่าพนักงานที่ไม่ได้เป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 9.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ยังมีชั่วโมงการทำงานลดลงถึงร้อยละ 33.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คิดเป็นชั่วโมงการทำงานเพียง 11.7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อคนเท่ากับ 165.07 ดอลล่าห์ต่อสัปดาห์ ในขณะที่ชาวตะวันตกทั่วไปมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงเฉลี่ย 16.25 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และเกิดการขาดงานโดยเฉลี่ย 0.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการทำงานลดลงและมีรายได้ที่ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติของความพึงพอใจในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจลดลง

ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

อาการเรื้อรังของโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นซึ่งพบเป็น ๆ หาย ๆ ส่งผลกระทบด้านจิตใจและจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเจ็บป่วยซ่อนเร้นที่คุกคามชีวิต รู้สึกท้อแท้และเหนื่อยหน่ายกับชีวิต รู้สึกสูญเสียคุณค่าและการให้ความสำคัญของตนเองจากการทำหน้าที่ของร่างกายและบทบาทการทำหน้าที่ลดลง สูญเสียความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต (น้ำทิพย์ ส่งสวัสดิ์, 2556)

สอดคล้องกับ Joshua (2003) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ได้รับยา omeprazole ขนาด 10–20 มิลลิกรัมต่อวัน จะมีผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกใกล้เคียงกับคนปกติ

เช่นเดียวกับ Jansson และคณะ (2007) ศึกษาพบว่าความเครียดในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนซึ่งเป็นปัจจัยด้านภาวะจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาของ Fass และคณะ (2008) ศึกษาพบว่าเมื่อเกิดความเครียดจะทำให้เกิดการหลั่งกรดมากขึ้นหากเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง

ด้านครอบครัว

ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนต้องปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัด รวมทั้งการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัว (น้ำทิพย์ ส่งสวัสดิ์, 2556) ซึ่งความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวโดยมีการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพในครอบครัวจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้บุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัวต้องคอยดูแลเอาใจใส่และให้ความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยมีความต้องการได้รับความเห็นอกเห็นใจและกำลังใจจากบุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัวซึ่งเป็นความรู้สึกพึงพอใจที่เป็นสุขที่มีต่อบุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัว

สอดคล้องกับ Jansson และคณะ (2009) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยชาวนอร์เวย์ที่เป็นโรคกรดไหลย้อนชนิดรุนแรงจะมีปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่หลับ นอนไม่เพียงพอ ถูกรบกวนขณะนอนหลับ ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตในการดูแลสุขภาพเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเองและสัมพันธภาพในครอบครัวที่ต้องคอยดูแลเอาใจใส่และให้ความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น

สอดคล้องกับ Fass และ Sifrim (2009) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55 รับประทานยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะตามแพทย์สั่งถึง 1 เดือน ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 30 ทานยาตามแพทย์สั่งถึง 6 เดือน ส่วนใหญ่จะรับประทานยาเมื่อมีอาการกำเริบเท่านั้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเองและสัมพันธภาพการดูแลของคนในครอบครัวจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้บุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัวต้องคอยดูแลเอาใจใส่และให้ความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยต้องการได้รับความเห็นอกเห็นใจและกำลังใจจากบุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัว

เช่นเดียวกับ Hershcovici และ Fass (2010) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มีอาการกำเริบมากกว่าร้อยละ 50 ใช้ยาบรรเทาอาการที่นอกเหนือจากแพทย์สั่งโดยใช้ยามากกว่า 1 ตัวหรือยาที่หาซื้อเองจะออกฤทธิ์เร็วกว่า ซึ่งเป็นการรักษาที่ไม่ถูกต้องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลงและสัมพันธภาพการดูแลของคนในครอบครัวจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้บุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัวต้องคอยดูแลเอาใจใส่และให้ความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยต้องการได้รับความเห็นอกเห็นใจและกำลังใจจากบุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัว

ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและมีความต้องการที่จะพึ่งพาทีมสุขภาพเพื่อที่ให้สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุด ผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพของตนในแต่ละวันทั้งในเรื่องการรักษาโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพ การยอมรับและการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยและการรักษา

ผู้ป่วยจะต้องมีการรับรู้และเรียนรู้โรคอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้มีความเหมาะสมกับสภาพและปัจจัยพื้นฐานตามแผนการรักษาไปตลอดชีวิตเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างดีที่สุด

พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนเพื่อจะได้ให้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยหรือการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

การศึกษาคุณภาพชีวิตครั้งนี้ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans และ Powers (1992) ที่กล่าวถึงการรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุกที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคล ตามสภาพที่ตนดำรงอยู่และเป็นการรับรู้และตัดสินโดยบุคคลนั้น ส่งผลต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ทั้งด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ดังนี้

3.1 ภาวะน้ำหนักเกิน

3.1.1 ความหมายของภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติเนื่องจากมีการสะสมไขมันในร่างกายที่มากเกินไป ประเมินได้จากค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน โดยใช้เกณฑ์ประเมินค่าดัชนีมวลกายของกองโภชนาการ (2549)

3.1.2 การประเมินภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะน้ำหนักเกินประเมินโดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีมวลกายของกองโภชนาการ (2549) ซึ่งคำนวณได้จากน้ำหนักของร่างกายเป็นกิโลกรัมและหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง แบ่งตามเกณฑ์ ดังนี้

ค่าดัชนีมวลกาย	น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าผอมหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
ค่าดัชนีมวลกาย	18.5–24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ค่าดัชนีมวลกาย	25–29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าน้ำหนักเกิน
ค่าดัชนีมวลกาย	ตั้งแต่ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ขึ้นไป	แสดงว่าเป็นโรคอ้วน

สุเทพ กลชาญวิทย์ (2553) กล่าวถึงความสัมพันธ์ของภาวะน้ำหนักเกินกับอาการโรคกรดไหลย้อนพบว่า ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะส่งผลให้ความดันในช่องท้องเพิ่มทำให้

กรดไหลย้อนขึ้นไปหลอดอาหารซึ่งมีความสัมพันธ์ต่ออาการโรคกรดไหลย้อนมากขึ้นมากกว่าคนปกติ 2–3 เท่า

สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruhl และ Everhart (1999) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 5.2 ซึ่งมีค่าดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นจากเดิม 5 กิโลกรัม/ตารางเมตร ทำให้เกิดภาวะกรดไหลย้อนมากขึ้นถึงร้อยละ 22 นั่นคือผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง รวมทั้งส่งผลต่อความเครียด ความซึมเศร้า และความผาสุกในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

เช่นเดียวกับ Nocon, Labenz และ Willich (2006) ศึกษาพบว่าชาวเยอรมันจำนวน 7,124 คนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 25-30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) และภาวะอ้วน (ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) จะมีอาการของโรคกรดไหลย้อนและเกิดภาวะของหลอดอาหารอักเสบมากกว่าคนปกติในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 18 ส่งผลให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

ในขณะที่ Anggiansah และคณะ (2013) ศึกษาภาวะน้ำหนักเกินจะทำให้การทำงานของหูรูดหลอดอาหารส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.209$, $p < .001$) เกิดกรดไหลย้อนและอาการแสบร้อนหน้าอกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .300$, $p < .001$) ส่งผลต่อร่างกายทำหน้าที่ลดลงนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การประเมินภาวะน้ำหนักเกินโดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีมวลกายของกองโภชนาการ (2549) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน วิธีการประเมินนี้เป็นที่นิยมใช้อย่างกว้างขวางในการบอกถึงภาวะของแต่ละบุคคลโดยคำนวณได้จากน้ำหนักของร่างกายเป็นกิโลกรัมและหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง

3.2 ความรุนแรงของอาการ

3.2.1 ความหมายของความรุนแรงของอาการ

ความรุนแรงของอาการ หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน จำแนกตามเกณฑ์ที่ประเมินจากผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีต่อการตอบสนองผลการรักษา แบ่งเป็น 6 ระดับ (Shaw, Tally, & Beebe, 2001) ได้แก่ ไม่มีอาการ รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นแต่พอทนไหว มีอาการทำให้ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรปกติและขณะนอนหลับจำเป็นต้องได้รับยาบางครั้ง มีอาการรุนแรงทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตร ประจำวันและนอนหลับได้ต้องได้รับยาตามอาการ และมีอาการรุนแรงมากทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง นอกจากนี้ระดับความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อน

จำแนกตามเกณฑ์ที่ประเมินจากระยะเวลาที่เกิดอาการโรคกรดไหลย้อน แบ่งเป็น 6 ระดับ (Shaw, Tally, & Beebe, 2001) ได้แก่ ไม่มีอาการ มีอาการเกิดขึ้นภายใน 1 วันต่อสัปดาห์ มีอาการเกิดขึ้นตลอด 1 วันต่อสัปดาห์ มีอาการเกิดขึ้น 2–3 วันต่อสัปดาห์ มีอาการเกิดขึ้น 4–6 วันต่อสัปดาห์ และมีอาการทุกวัน จะเห็นได้ว่าความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นจะทำให้ความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง (Bytzer, 2004)

ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีระดับความรุนแรงของอาการที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่สุขสบาย ถูกรบกวนและบั่นทอนการดำเนินชีวิตประจำวัน และสร้างความทุกข์ทรมานจากอาการที่กำเริบขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจและไม่ยอมรับกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญในชีวิต เกิดความรู้สึกไม่สงบทางใจและไม่มีความสุขในชีวิตโดยทั่วไป ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ การพึ่งพาตนเอง หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทในสังคมลดลง มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลงอาจทำให้ต้องลาหยุดงานเมื่อเกิดอาการขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดหรือความวิตกกังวล

สอดคล้องกับการศึกษาของ Bytzer (2004) และ Junghard และ Wiklund (2008) พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของอาการของโรคมากขึ้นจะทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจลดลง

เช่นเดียวกับ Tack และคณะ (2012) ศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยเฉพาะอาการที่เกิดขึ้นตอนกลางคืนส่งผลให้คะแนนคุณภาพการนอนหลับลดลง หากมีอาการในเวลากลางวันจะทำให้ประสิทธิภาพในทำงานลดลงและเกิดการขาดงานสูงกว่าปกติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และความผาสุกของชีวิตลดลง

ในขณะที่ Schwizer และ Thumshirn et al (2001) ศึกษาพบว่าความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งตามจำนวนวันที่เกิดอาการ ได้แก่ มีอาการน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ มีอาการ 2 วันต่อสัปดาห์ มีอาการ 3–6 วันต่อสัปดาห์ มีอาการทุกวัน ซึ่งความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

จากการศึกษาของ Ronkainen และคณะ (2006) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวสวีเดนมีอาการของโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ อาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก และการไหลย้อนกลับของกรดซึ่งมีอาการเกิดขึ้นทุกวัน ทุกสัปดาห์ และระยะเวลาภายใน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 6, 14 และ 20 ตามลำดับ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) โดยพบผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกรดไหลย้อนเกิดขึ้นทุกวันจะส่งผลต่อมิติคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกายและด้านจิตใจ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกรดไหลย้อนทุกสัปดาห์จะส่งผลต่อมิติคุณภาพชีวิต

ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาททางสังคม ด้านความทุกข์ทรมานของร่างกาย และด้านภาวะสุขภาพทั่วไป

นอกจากนี้ Shaw, Tally และ Beebe (2001) ศึกษาพบว่าความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนจำแนกตามเกณฑ์ที่ประเมินจากผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีต่อการตอบสนองผลการรักษา แบ่งเป็น 6 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีอาการเกิดขึ้นภายใน 1 วันต่อสัปดาห์ มีอาการเกิดขึ้นตลอด 1 วันต่อสัปดาห์ มีอาการเกิดขึ้น 2–3 วันต่อสัปดาห์ มีอาการเกิดขึ้น 4–6 วันต่อสัปดาห์ และมีอาการทุกวัน หากเกิดอาการบ่อยครั้งจะทำให้มีความรุนแรงของอาการมากขึ้นส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นความรุนแรงของอาการน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

3.2.2 การประเมินความรุนแรงของอาการ

การประเมินความรุนแรงของอาการโดยใช้แบบสอบถาม ดังนี้

1) การประเมินความรุนแรงของอาการโดยใช้แบบสอบถามอาการและระยะเวลาการเกิดอาการของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนของปารยะ อาศนะเสน (มปป.) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 2 ระดับ

2) การประเมินโดยประยุกต์ใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ The Reflux Disease Questionnaire: RDQ (Shaw, Tally, & Beebe, 2001) 12 ข้อ โดยประเมินระดับความรุนแรงของอาการและความถี่ของการเกิดอาการที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษาในระยะเวลา 1–4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ อาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก การไหลย้อนกลับ และอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้อง เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ และมีค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างชาวนอร์เวย์และชาวสวีเดนเท่ากับ 0.72 และ 0.78 ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินความรุนแรงของอาการ The Reflux Disease Questionnaire: RDQ (Shaw, Tally, & Beebe, 2001) 12 ข้อ เนื่องจากเป็นการประเมินที่ครอบคลุมอาการของผู้ป่วยกรดไหลย้อนโดยประเมินระดับความรุนแรงของอาการและความถี่ของการเกิดอาการที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษาในระยะเวลา 1–4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ อาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก การไหลย้อนกลับ และอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้อง

3.3 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

3.3.1 ความหมายของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ การเลือกประเภทอาหาร รูปแบบการรับประทานอาหาร และสุขนิสัยในการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำจนเกิดเป็นความเคยชิน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคกรดไหลย้อน การหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสมกับ

โรคกรดไหลย้อน (นพวรรณ เปียซื่อ และคณะ, 2549) โดยแสดงออกเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เสี่ยงต่อโรคกรดไหลย้อน ซึ่งอาหารที่มีความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ อาหารชนิดรสเผ็ดจัด อาหารที่มีแคลอรี่และไขมันสูง อาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า สเต็ก มันฝรั่งทอด ไก่ทอด ขนมขบเคี้ยว อาหารประเภทถั่วและผลิตภัณฑ์ของถั่ว ช็อกโกแล็ต เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาร์บอเนต เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือกาแฟ ผลไม้หรือน้ำผลไม้ เช่น ส้ม มะนาว องุ่น มะเขือเทศ เป็นต้น (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553) รวมทั้งยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารมื้อใหญ่หรือปริมาณมาก การรับประทานเนื้อสัตว์เพิ่มขึ้นทำให้ได้รับไขมันเพิ่มขึ้น การงดมื้ออาหาร การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา จะส่งผลให้หูรูดหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัวเกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น (El-Serag, Satia, & Rabeneck, 2005) นอกจากนี้การปฏิบัติตัวหลังรับประทานอาหารโดยเฉพาะการนอนหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ ทำให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น (Piesman และคณะ, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Fox และคณะ (2007) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณแคลอรี่สูงจะมีอาการของโรคกรดไหลย้อนรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณแคลอรี่ต่ำ และผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงจะมีความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนมากขึ้น ได้แก่ อาการแสบร้อนหน้าอก การเกิดกรดไหลย้อน และอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งอาการของโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zheng และคณะ (2007) พบว่ากาแฟจะกระตุ้นให้เกิดอาการแสบร้อนหน้าอก เมื่อมีอาการมากขึ้นทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

ในขณะที่ Geratikornsupuk, Chaiwatanarat และ Gonlachanvit (2008) ศึกษาพบว่าการรับประทานอาหารชนิดรสเผ็ดจัดทำให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้นและเมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

นอกจากนี้ Kaltenbach, Crockett และ Gerson (2006) ศึกษาพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์อยู่เป็นประจำจะทำให้หูรูดของหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัวเกิดกรดไหลย้อนมากขึ้นส่งผลต่อร่างกายทำหน้าที่ลดลงทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

เช่นเดียวกับ Nocon, Labenz และ Willich (2006) ศึกษาพบว่าชาวเยอรมันจำนวน 7,124 คน มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการของโรคกรดไหลย้อนจากการการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการของโรคกรดไหลย้อน เช่น แอลกอฮอล์ เนื้อสัตว์ ผลไม้รสเปรี้ยว เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนไป

ในขณะที่ Piesman และคณะ (2007) ศึกษาพบว่าการนอนโดยเฉพาะนอนราบภายใน 2 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ ทำให้เกิดกรดไหลย้อนขณะนอนหลับมากขึ้นและยังพบอาการแสบร้อนหน้าอกร่วมด้วยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นถ้าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมี

พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคกรดไหลย้อนก็น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

3.3.2 การประเมินของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

การประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยใช้แบบสอบถาม ดังนี้

1) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารพัฒนาโดยนพวรรณ เปียซื่อ และคณะ (2549) ประเมินในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาลในสถาบันพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องการเลือกประเภทอาหารและรูปแบบการรับประทานอาหารจำนวน 30 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคย ปฏิบัติเลย ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0–60 คะแนน เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ test-retest reliability ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคสร้างโดยอัจษรา บุญมีศรีทรัพย์ (2550) ข้อคำถามประกอบด้วยการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การเลือกซื้ออาหาร การประกอบอาหาร สุขนิสัยการรับประทานอาหาร และชนิดของอาหารที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมกับโรค จำนวน 30 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5–6 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3–4 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 1–2 วัน ต่อสัปดาห์ และไม่ปฏิบัติ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยใช้แบบสอบถาม 20 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้ข้อคำถามสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเลือกประเภทอาหาร 12 ข้อ และสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร 8 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

3.4 สุขลักษณะการนอนหลับ

3.4.1 ความหมายของสุขลักษณะการนอนหลับ

สุขลักษณะการนอนหลับ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลต่อการนอนหลับที่ถูกต้องและขจัดพฤติกรรมที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน (Cheek, Shaver, & Lantz, 2004) ประกอบด้วย ตารางการนอนหลับปกติซึ่งเป็นจังหวะการเข้านอนและการตื่นนอนเป็นเวลา ไม่ดึกเกินไป นอนหลับให้เพียงพอ (Carskadon, 1990) เข้านอนเมื่อรู้สึกง่วง ควรหยุดทำกิจกรรมและเข้านอนทันที (Hauri, 1993) เมื่อตื่นนอนควรลุกจากที่นอนทันที หากนอนมากจะทำให้การนอนหลับแปรปรวน ไม่บังคับตนเองให้นอนเมื่อนอนไม่หลับ ควรทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและเมื่อรู้สึกง่วงค่อยเข้านอน (Clark, 1992) มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น การนอนบนที่นอนที่สุขสบายไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป อุณหภูมิในห้องนอนไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป อากาศ

ถ่ายเทดี (นันทนา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์ และนิตยา ว่องกลกิจศิลป์, 2543) ไม่มีแสงสว่างรบกวนในห้องนอน (Laberge และคณะ, 2001) ไม่มีเสียงดังรบกวนในห้องนอน (Bubottz, Brown, & Soper, 2001) การทำให้ร่างกายผ่อนคลายหรือสุขสบายก่อนนอน เช่น การอาบน้ำอุ่น เป็นต้น (Hauri, 1993) หลีกเลี่ยงกิจกรรมก่อนนอน เช่น การดูทีวี วีดีโอ การใช้คอมพิวเตอร์ และการอ่านหนังสือ จะทำให้การนอนหลับแปรปรวนและส่งผลให้ระยะการนอนหลับลดลง (Owen et al, 1999) การเลือกรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการนอนหลับซึ่งเป็นอาหารที่มีกรด L-tryptophan เช่น นม กล้วย เป็นต้น อาหารที่มีวิตะมินบีและซีจะช่วยให้ให้สมองผ่อนคลายและนอนหลับ ส่วนอาหารที่มีแคลเซียมและแมกนีเซียมจะช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย (บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล, 2543) นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อหนัก ๆ ก่อนนอนหรืออิ่มเกินไป หรือกินอาหารเย็นดึกเกินไปจะทำให้ร่างกายตื่นตัวจากการเผาผลาญอาหาร (Clark, 1992) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลาที่เหมาะสมทำให้ร่างกายผ่อนคลายช่วยให้หลับลึกขึ้นและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที และควรออกกำลังกายก่อนเข้านอนนานอย่างน้อย 4–6 ชั่วโมง (Driver & Trylor, 2000) หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งเสพติดและสารกระตุ้นก่อนนอนพวกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น (Tynjala, et al, 1997) และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น กาแฟ ชา โคล่า ช็อกโกแล็ต เป็นต้น (Stradling, 1993) หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ก่อนนอน (Landis, 2002) หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับและยาที่มีผลข้างเคียงต่อการนอนหลับ เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต ยาขยายหลอดลม ยากลุ่มเสตียรอยด์ เป็นต้น (สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2543) หลีกเลี่ยงการนอนหลับในตอนกลางวันหรือตอนเย็นซึ่งเป็นสาเหตุของการนอนหลับที่แปรปรวน (Werth, Achermann, & Borbely, 1996) หลีกเลี่ยงความเครียดและความวิตกกังวลก่อนนอน (Carskadon, 1990) และหลีกเลี่ยงปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่พอ นอนไม่หลับ นอนไม่เป็นเวลา และการหยุดหายใจขณะหลับ รวมทั้งท่านอนที่ถูกต้องจะส่งเสริมพฤติกรรมการนอนที่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี หากมีพฤติกรรมที่ส่งผลต่อนอนหลับที่ไม่ถูกต้องหรือมีปัญหาที่รบกวนการนอนหลับจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง (Kozier และคณะ, 2004) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่หยุดหายใจขณะหลับจะทำให้แรงดันในช่องทางเดินอากาศลดลงกระตุ้นให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น นอกจากนี้ท่านอนหงายราบหรือศีรษะต่ำกว่าลำตัวจะทำให้เกิดกรดไหลย้อนขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (น้ำทิพย์ ส่งสวัสดิ์, 2556)

The International Classification of Sleep Disorder 1991 cited in Stepanski and Wyatt (2003) ได้มีการรวบรวมการศึกษาของสุขลักษณะการนอนหลับในการรักษาอาการนอนไม่หลับไว้ ซึ่งสุขลักษณะการนอนหลับที่ดีจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่มีผลต่อปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ ในขณะที่การปฏิบัติตัวที่ทำให้มีสุขลักษณะการนอนหลับไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อการรบกวนการนอนหลับ ได้แก่ การนอนหลับในตอนกลางวันอย่างน้อยสัปดาห์ละ

2 ครั้ง มีการเปลี่ยนแปลงเวลาการหลับการตื่นไม่สม่ำเสมอในแต่ละวัน มีการเปลี่ยนแปลงระยะเวลาการนอนหลับมากกว่า 2–3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีผลต่อการนอนหลับก่อนนอน เช่น กาแฟ ชา แอลกอฮอล์ โคล่า รวมทั้งการสูบบุหรี่ การออกกำลังกายก่อนนอนหรือช่วงหัวค่ำ การนำปัญหาต่าง ๆ มาขบคิดก่อนนอน การใช้เตียงนอนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ รับประทานขนม การนอนอยู่บนเตียงแข็งหรือนุ่มเกินไปทำให้ไม่สุขสบาย การนอนในห้องที่มีอากาศถ่ายเทไม่สะดวก มีแสงจ้า อุณหภูมิร้อนหรือเย็นเกินไป การทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความตั้งใจและความพยายามสูงก่อนนอน การมีกิจกรรมที่ตื่นเต้นก่อนเข้านอน เช่น ดูหนังผีหรือฟังเรื่องสยองขวัญ เป็นต้น

Friedmand และคณะ (2000) สรุปถึงสุขลักษณะการนอนหลับ ได้แก่ การออกกาลังกายอย่างสม่ำเสมอ การกำจัดเสียงรบกวนการนอน การรับประทานอาหารว่างย่อยง่ายก่อนนอน อุณหภูมิห้องที่ปกติ การหลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับ การอาบน้ำอุ่น การใช้ห้องนอนเพื่อนอนหลลับเท่านั้น การลุกจากเตียงเมื่อตื่นนอนทันที การหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลก่อนเข้านอน

สอดคล้องกับการศึกษาของ Orr และคณะ (2004) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนจะมีการไหลย้อนของกรดเกิดขึ้นขณะนอนหลับตอนกลางคืนน้อยกว่ากลางวันแต่จะเกิดขึ้นเป็นเวลานาน และผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่หยุดหายใจขณะหลับจะทำให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้นจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

เช่นเดียวกับ Jansson และคณะ (2009) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยชาวนอร์เวย์ที่เป็นโรคกรดไหลย้อนชนิดรุนแรงจะมีปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่หลับ นอนไม่เพียงพอ ถูกรบกวนขณะนอนหลับ จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

ดังนั้นผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลต่อนอนหลับที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงปัญหาที่รบกวนการนอน และท่านอนที่ถูกต้อง จะทำให้มีสุขลักษณะการนอนหลับที่เหมาะสมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

3.4.2 การประเมินสุขลักษณะการนอนหลับ

การประเมินสุขลักษณะการนอนหลับโดยใช้แบบสอบถาม ดังนี้

1) การประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยการใช้แบบสอบถามให้กรอกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเองซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาและคุณภาพการนอนหลับโดยมีรายละเอียดของจำนวนครั้งของการตื่นและอุปนิสัยของการนอนหลับ เช่น แบบสอบถามการนอนหลับของ The St. Mary's Hospital Sleep Questionnaire (Eills และคณะ, 1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ใช้ทดสอบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 คน ได้แก่ ผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 21 คน ผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 16 คน ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 32 คน และคนปกติทั่วไปจำนวน 24 คน ทดสอบหาความสัมพันธ์ด้วย Kendalls Tau correlation ของข้อคำถามในแต่ละกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์

ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 (r = 0.70–0.96) ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยยอมรับและพึงพอใจต่อคุณภาพการนอนหลับของตนเองทั้ง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ

2) แบบสอบถามการสำรวจนิสัยการนอนหลับที่สร้างโดย Owens (2000) ซึ่งข้อคำถามมีเนื้อหาเกี่ยวกับการนอน ความง่วง จังหวะชีวภาพการนอน ข้อมูลสุขภาพ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านการนอนหลับ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ 1 = ปฏิบัติเป็นประจำ 2 = ปฏิบัติบางครั้ง 3 = ปฏิบัติเล็กน้อย เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84

3) แบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับของณัฐยา ศรีทะแก้ว, ชนกพร จิตปัญญา และประนอม รอดทำดี (2550) ที่ปรับจากแบบสอบถามการสำรวจนิสัยการนอนหลับที่สร้างโดย Owens (2000) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดยครอบคลุมเนื้อหาตารางการเข้านอนและตื่นนอนตามปกติจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 4 ข้อ และข้อความทางลบ 1 ข้อ การใช้สารเสพติดและสิ่งกระตุ้นจำนวน 3 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด การรับประทานอาหารก่อนนอนจำนวน 3 ข้อ เป็นข้อความทางลบ กิจกรรมก่อนนอนจำนวน 3 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด การทำกิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลายจำนวน 1 ข้อ เป็นข้อความทางบวก การออกกาลังกายจำนวน 1 ข้อ เป็นข้อความทางบวก และสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับจำนวน 4 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงในเนื้อหาได้เท่ากับ 0.75 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.67

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกดัดแปลงแบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับของณัฐยา ศรีทะแก้ว, ชนกพร จิตปัญญา และประนอม รอดทำดี (2550) ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามที่สร้างโดย Owens (2000) 13 ข้อ ได้แก่ ตารางการเข้านอนและตื่นนอนตามปกติ 5 ข้อ ปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ 6 ข้อ และท่าการนอนหลับ 1 ข้อ เนื่องจากครอบคลุมกิจกรรมที่ส่งผลต่อนอนหลับและปัญหาที่รบกวนการนอนของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนโดยผู้วิจัยเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับท่านอนเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนและดัดแปลงมาตรวัดประมาณค่าเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

3.5 ความร่วมมือในการรับประทานยา

3.5.1 ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งในการป้องกันตนเองจากโรค โดยมีความเชื่อเป็นสิ่งจูงใจตามการรับรู้และความเข้าใจของตนเอง ก่อให้เกิดการยอมรับในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพนั้น การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนเป็นพฤติกรรมการรับประทานยาที่สอดคล้องกับ

แผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง โดยปฏิบัติตัวสอดคล้องตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ ไม่มีพฤติกรรมการปรับเพิ่มลดขนาดยาหรือหยุดใช้ยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ (Ho, Bryson, & Rumsfeld, 2009) รับประทานยาถูกต้องตามชนิดของยา ขนาดของยา ครบตามจำนวน และตรงเวลา (ฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2554) ไม่มีพฤติกรรมการลืมรับประทานยา และมีวิธีช่วยเตือนในการรับประทานยาที่ง่ายต่อการจำและการเข้าถึง (Johnson, 2002)

Johnson (2002) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา (medication adherence) ว่าเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะเริ่มรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จากการได้รับรู้ความจำเป็น ผลดีของการรับประทานยา และความปลอดภัยจากการรับประทานยาแล้ว ผู้ป่วยจึงเกิดรูปแบบของการรับประทานยาที่สม่ำเสมอ เป็นประจำในชีวิตประจำวัน

Cohen (2009) ให้ความหมายของ Adherence ว่าเป็นความปรารถนาที่จะปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลมาจากความเห็นชอบร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีการรักษา

Ho, Bryson, & Rumsfeld (2009) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยว่าเป็นการรับประทานยาตามคำแนะนำ เช่น รับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เป็นต้น โดยยังคงรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำตลอดการรักษา ทั้งนี้เกิดจากผู้ป่วยมีทางเลือกและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและกำหนดเป้าหมายของการรับประทานยาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

Osterberg และ Blaschke (2005) กล่าวว่า ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยรับประทานยาครบตามจำนวนที่ต้องรับประทานต่อวัน และ รับประทานยาถูกต้องตามเวลา

ฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2554) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาว่าเป็นพฤติกรรมในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในด้านการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยรับประทานยาให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา

สรุปได้ว่าความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับ ตั้งใจและมีความต้องการที่จะรับประทานยา โดยเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น บนพื้นฐานของการรับรู้ความจำเป็น ความปลอดภัย ผลประโยชน์ของการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องทั้งชนิด จำนวน ขนาด เวลาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นประจำ ไม่เกิดพฤติกรรมการลืมรับประทานยา หยุดรับประทานยาเอง รับประทานยาน้อยหรือมากกว่าที่กำหนด หรือซื้อยามารับประทานเอง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Fass และ Sifrim (2009) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55 รับประทานยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะตามแพทย์สั่งถึง 1 เดือน ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 30 ทานยาตามแพทย์สั่งถึง 6 เดือน ส่วนใหญ่จะรับประทานยาเมื่อมีอาการกำเริบเท่านั้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hershcovici และ Fass (2010) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มีอาการกำเริบมากกว่าร้อยละ 50 ใช้ยาบรรเทาอาการที่นอกเหนือจากแพทย์สั่งโดยใช้ยามากกว่า 1 ตัวหรือยาที่หาซื้อเองจะออกฤทธิ์เร็วกว่า ซึ่งเป็นการรักษาที่ไม่ถูกต้องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง ถ้าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาที่ถูกต้องน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

3.5.2 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยให้ตอบแบบสอบถามการจดบันทึกประจำวัน การนับเม็ดยาที่คงเหลือ การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ในการบันทึกจำนวนครั้งของการเปิดขวดหรือภาชนะที่ใช้บรรจุยา ซึ่งมีแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาดังนี้

1) แบบ Medication–Taking Questionnaire (MTQ): Patterned Behavior (Fung, 2009) เป็นการประเมินลักษณะพฤติกรรมในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจโดยประยุกต์แบบสอบถามมาจาก MTQ: Patterned Behavior ของ Johnson (2002) ที่เป็นการประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 16 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71

2) The 8–item Morisky medication adherence score (MMAS-8) (Krousel-Wood et al, 2009) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาโดยทั่วไปเกี่ยวกับอุปสรรคและการรับประทานยา มีจำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

3) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของอิสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2555) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยมาจากของ Fung (2009) มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ซึ่งข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 5 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 2 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อย ทำเป็นบางครั้ง ทำนาน ๆ ครั้ง ไม่เคยทำเลย เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงในเนื้อหาได้เท่ากับ 0.83 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกดัดแปลงแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของอิสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2555) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยมาจากของ Fung (2009) มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เนื่องจากครอบคลุมความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาตาม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานยาถูกต้องตามชนิดของยา ขนาดของยา ครบตามจำนวน และตรงเวลา ไม่มีพฤติกรรมการลืมรับประทานยา และมีวิธีช่วยเตือนในการรับประทานยาที่ง่ายต่อการจำและการเข้าถึงโดยผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ ทำบ่อย ทำเป็นบางครั้ง ทำนาน ๆ ครั้ง ไม่เคยทำเลย

3.6 ความเครียด

3.6.1 ความหมายของความเครียด

ความเครียด หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจต่อสถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคามจิตใจต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอกของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีการแสดงออกโดยใช้กลไกป้องกันตัวเองในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านร่างกายและพฤติกรรม ด้านความนึกคิดและการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สบายใจ วุ่นวายใจ และถูกกดดัน ผลจากความเครียดนำไปสู่สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป ขาดสมาธิ มีปัญหาการตัดสินใจ (กรมสุขภาพจิต, 2541) ความเครียดเป็นภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุลจึงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เกิดการรับรู้และประเมินสถานการณ์ของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าเป็นสิ่งคุกคามและเป็นภาวะความเครียด โดยที่การรับรู้หรือการประเมินนี้เป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตกับปัจจัยภายในของบุคคลอันประกอบด้วยทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น เกิดผลเสียต่อสวัสดิภาพและความผาสุกของตน ส่งผลให้บุคคลประเมินว่าจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดอย่างเต็มที่ (Lazarus & Folkman, 1984) ความรู้สึกกดดันที่เกิดขึ้น สำหรับบางคนเป็นความรู้สึกที่หนักและแย่มากหรือทนไม่ได้ ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าเป็นความท้าทายและไม่ได้เป็นปัญหาสำหรับตนเอง คนที่รับรู้และเข้าใจได้ถึงความรู้สึกกดดันและสามารถทนได้จะสามารถจัดการกับความเครียดและความกดดันนั้นได้ เมื่อคนเราต้องเผชิญกับความรู้สึกที่เครียดไม่ว่าจะรุนแรงหรือไม่ก็ตาม ต่างก็มีแนวโน้มที่จะจัดการกับความเครียดหรือคลายความเครียดลงจนถึงระดับที่สามารถทนหรือหายไปทั้งหมดได้ และเตรียมตัวพร้อมสำหรับการเผชิญความเครียดครั้งต่อไป ความเครียดสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย และเกิดขึ้นทุกที่ ทุกวัน ทุกเวลา ทุกสถานการณ์โดยที่เรามิอาจหลีกเลี่ยงได้ จึงกล่าวได้ว่าความเครียดเป็นส่วนหนึ่งที่มนุษย์ต้องประสบอยู่ทุกวันและเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวันโดยที่ทุกคนต่างยอมรับ ส่วนระดับความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับบุคคล ช่วงเวลาและสถานการณ์ที่แตกต่างกันอันเนื่องจากการยอมรับและประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่างกัน เรียนรู้ที่จะปรับตัว ปรับอารมณ์ ปรับความคิด ปรับเปลี่ยนนิสัยและพฤติกรรมบางอย่างเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาและสิ่งที่เข้ามาคุกคามความเป็นส่วนตัวหรือความสงบสุขในชีวิตของตนเองให้กลับมาอยู่อย่างสงบสุข

สาเหตุของความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นล้วนแต่มีสาเหตุมากมายหลายประการและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลซึ่งจะมีการรับรู้ เข้าใจ และตีความสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแตกต่างกันไป

กรมสุขภาพจิต (2545) แบ่งสาเหตุของการเกิดความเครียด ดังนี้

1. ด้านบุคคล มักเกิดจากความขัดแย้งในบทบาทของตัวบุคคล การมีบุคลิกภาพแบบมุ่งความสำเร็จสูง นอกจากนี้การมีเป้าหมายที่ไม่แน่นอนและความไม่มั่นคงของบุคคลเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้ แบ่งเป็น

1.1 สาเหตุด้านจิตใจ ได้แก่ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สร้างความกดดัน ความไม่สบายใจ ความคับข้องใจ ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น

1.2 สาเหตุด้านร่างกาย ได้แก่ การนอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ การเจ็บป่วย การเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น

2. ด้านครอบครัวและสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัวและสังคม อาจเกิดความขัดแย้ง ความกดดัน และความคับข้องใจเกิดขึ้น การเจ็บป่วยของคนในครอบครัว การเกิดเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิตที่เกิดการเริ่มต้นและสิ้นสุดในการมีสังคม เช่น การแต่งงาน การหย่าร้าง การตาย เป็นต้น

3. ด้านการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเข้าโรงเรียนครั้งแรกของเด็ก การเข้าทำงานครั้งแรก การเปลี่ยนงาน การเลื่อนตำแหน่ง การแต่งงานใหม่ เป็นต้น

4. ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียงอึกทึกครึกโครม อากาศร้อน ภัยธรรมชาติ เป็นต้น

นอกจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดดังกล่าวข้างต้น ความเครียดยังมีสาเหตุมาจากบุคลิกภาพลักษณะส่วนบุคคลหรือนิสัยส่วนบุคคลหรือวิถีการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลโดยที่บางคนมีลักษณะที่ทำให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น ดังนี้

1. บุคคลที่ชอบการแข่งขัน ท้าทาย และชอบเอาชนะผู้อื่น ชอบทำตัวอยู่เหนือผู้อื่น
2. บุคคลที่เข้มงวด เอาจริงเอาจังกับชีวิตมากเกินไป
3. บุคคลที่ชอบทำอะไรหลาย ๆ ในเวลาเดียวกัน
4. บุคคลที่มีอารมณ์รุนแรง หรือเก็บกดอารมณ์ไว้ในใจ
5. บุคคลที่มักใจร้อน ไม่ชอบรอ หรือรอคอยอะไรไม่ได้

จากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้น สามารถแบ่งสาเหตุของการเกิดความเครียดว่ามี 2 สาเหตุใหญ่ ๆ คือ

1. สิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล คือสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัวที่เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ เทคโนโลยีสมัยใหม่ การจราจร วิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เหตุการณ์ต่าง ๆ

ในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป งานที่บั่นทอนสุขภาพจิต เช่น งานที่ถูกกดขี่ทารุณ การเกิดภัยธรรมชาติ การเกิดสงคราม การชุมนุมประท้วง รวมทั้งมลภาวะในธรรมชาติ

2. ปัจจัยในตัวบุคคล เช่น การเปลี่ยนแปลงในระยะพัฒนาการต่าง ๆ การเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ ความคิดต่าง ๆ การรับรู้ การเข้าใจ การตีความและการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งบุคลิกลักษณะส่วนตัวที่เป็นผลมาจากการเรียนรู้ในอดีตและจากการเลี้ยงดูของครอบครัว

Lazarus และ Folkman (1984) สรุปสาเหตุของความเครียด ดังนี้

1. สาเหตุของความเครียดทางกาย ได้แก่ ความเครียดที่เกิดจากตัวกระตุ้นที่กระทำต่อร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นทางกายภาพ ความร้อน แสง เสียง สารเคมี เชื้อโรค หรือเกิดจากความต้องการของร่างกาย เช่น ความหิว ความต้องการการขับถ่าย ความต้องการทางเพศ เป็นต้น

2. สาเหตุของความเครียดทางใจ ได้แก่ ความเครียดที่เกิดจากเรื่องราวทีมากระทบจิตใจ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ เช่น การพลัดพรากจากสิ่งที่รัก การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การพบปะหรืออยู่ร่วมกับบุคคลที่เกลียด การทำอะไรที่ต้องฝืนความรู้สึกของตนเอง การถูกกักขังหน่วงเหนี่ยว การสูญเสียเงินทองหรือเกียรติยศ เป็นต้น

จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การดำเนินชีวิตโดยทั่วไป บุคคลมักจะประสบปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ มากมาย ทั้งความคับข้องใจที่ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ โดยสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ เรียกว่าเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด

ระดับของความเครียด

ระดับของความเครียดตามแบบประเมินความเครียดของสวนปรุง (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา, 2540) ได้แบ่งระดับของความเครียด ดังนี้

1. ความเครียดในระดับน้อยหรือความเครียดในระดับต่ำ (mild stress) คือ ความเครียดขนาดน้อย ๆ และหายไปอย่างรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้นซึ่งเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น รถติด เป็นต้น ความเครียดในระดับนี้ไม่คุกคามต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตประจำวัน บุคคลที่มีความเครียดในระดับนี้มักจะปรับตัวได้อย่างอัตโนมัติ ซึ่งเกิดจากความเคยชินละองการพลังงานเพียงเล็กน้อยเท่านั้นในการปรับตัว

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (moderate stress) คือ ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องมาจากสิ่งกระตุ้นหรือบุคคลรู้สึกว่าเป็นสิ่งคุกคาม เช่น การสอบแข่งขัน เป็นต้น หรือพบเหตุการณ์สำคัญในสังคม ความเครียดในระดับนี้จะกระตุ้นให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะของความวิตกกังวลหรือความกลัว ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติโดยทั่วไป ไม่รุนแรงถึงขนาดก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ทำให้บุคคลปรับตัวยากกว่าระดับแรกแต่เป็นความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูง (high stress) คือ ความเครียดในระดับที่บุคคลไม่สามารถลดความเครียดลงได้ในระยะเวลาอันสั้น ถือว่าอยู่ในระดับอันตราย เป็นความเครียดที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง เช่น ความขัดแย้งในครอบครัวหรือที่ทำงาน การประสบอุบัติเหตุของตนเองหรือญาติ เป็นต้น ความเครียดในระดับนี้หากไม่สามารถได้รับการบรรเทาให้ลดลงจะนำไปสูความเครียดเรื้อรังได้ในที่สุด และจะเกดโรคต่าง ๆ ตามมาได้ภายหลัง

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (severe stress) คือ ความเครียดในระดับที่สูงมากและดำเนินติดต่อกันมาในเวลานานอย่างต่อเนื่อง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรัง ความพิการ การสูญเสีย หรือปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความล้มเหลว ความผิดหวัง ท้อแท้ในชีวิต บุคคลจะมีการปรับตัวได้ยาก ควบคุมตนเองได้ยากหรือควบคุมไม่ได้เลย ก่อให้เกิดอาการทางกายหรือโรคต่าง ๆ ตามมาได้ และก่อให้เกิดอาการทางจิตใจได้ด้วยเช่นกัน

ความเครียดที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเครียดระดับใดก็ตาม ล้วนส่งผลต่อทั้งทางกายและทางจิตใจดังต่อไปนี้

1. ผลต่อร่างกาย เช่น ร่างกายเกิดอาการตึงเครียด ไม่สบายทางกายต่าง ๆ เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว นอนไม่หลับ หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือเกิดความผิดปกติเกิดขึ้น โรคกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง

2. ผลต่อจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน เกิดความกลัวอย่างไร้เหตุผล เป็นต้น

นอกจากส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจแล้ว ความเครียดยังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานและความสัมพันธ์กับคนรอบข้างด้วย การจัดการกับความเครียดมีหลากหลายวิธีที่ช่วยลดและผ่อนคลาย รวมทั้งจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้ร่างกายและจิตใจของบุคคลสามารถต้านทานสิ่งที่คุกคามได้ และพร้อมที่จะเผชิญกับความเครียดที่จะเกิดขึ้นในภายภาคหน้า เช่น การหยุดคิดฟุ้งซ่าน การวิเคราะห์สาเหตุ เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา โดยพิจารณาว่าปัญหาใดสำคัญที่สุด ปัญหาใดที่แก้ไขได้ทันที ปัญหาใดที่ต้องรอไว้ก่อน หรือปัญหาใดที่ไม่สามารถแก้ไขได้ก็ต้องยอมรับขีดจำกัดความสามารถที่ตนเองมี การจัดการกับความตึงเครียดทางร่างกายและจิตใจ เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ การสร้างอารมณ์ขัน การคิดในทางบวก การทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลง การท่องเที่ยว เป็นต้น

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่าความเครียดในระดับต่ำจะช่วยให้บุคคลต่อสู้ดิ้นรนให้เข้ากับสภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อการอยู่รอดและเป็นการสอนให้บุคคลรู้จักการแก้ปัญหา รวมถึงการคิดริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อให้พ้นจากสภาพที่เป็นอยู่ ถ้าบุคคลไม่ตกอยู่ในภาวะเครียดแล้วบุคคลก็จะไม่มีโอกาสเรียนรู้ถึงการปรับตัวการต่อสู้กับปัญหา สมองไม่มีโอกาสทำงานร่วมกับอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายเพื่อที่จะปรับตัวถ้าอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายไม่ได้ใช้งานนาน ๆ

ผลกระทบของความเครียด

Lazarus และ Folkman (1984) ได้กล่าวว่า ในสภาวะหรือเหตุการณ์ที่คนหนึ่งมองว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม ไม่จำเป็นจะต้องมีความเครียดเสมอไป ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ดังนั้นความเครียดจึงเกี่ยวข้องกันระหว่างสภาวะนั้น ๆ กับการตัดสิใจในการรับรู้ การที่จะบอกว่าสิ่งที่มาคุกคามนั้นเป็นความเครียดหรือไม่จึงขึ้นอยู่กับการคิดพิจารณาและการตัดสินใจซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิด (cognitive process) ในคนที่รู้สึกว่าสามารถเผชิญและจัดการกับภาวะนั้นได้ก็ไม่ถือว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเครียด แต่คนที่ไม่สามารถเผชิญกับภาวะหรือเหตุการณ์นั้นได้ ก็จะเกิดความเครียดขึ้น ผลของความเครียดจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึกของบุคคลนั้น ทำให้บุคคลมีความรู้สึกซึมเศร้า ความวิตกกังวล หงุดหงิด ฉุนเฉียว อาจมีผลด้านสรีระ เช่น ปวดศีรษะ ท้องปั่นป่วน เป็นต้น ความเครียดที่มีอยู่ในระดับหนึ่งของบุคคลจะช่วยให้บุคคลมีการปรับตัว ซึ่งจะทำให้จิตใจสามารถอยู่ในภาวะสมดุลหรือเหมือนบุคคลปกติโดยทั่วไป

ดังนั้นเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นร่างกายจะพยายามปรับตัวเพื่อขจัดความเครียดหรือสิ่งที่คุกคามร่างกายและจิตใจของบุคคลนั้นให้หมดไป จะเกิดความรู้สึกและอาการแสดงออกทางร่างกายและจิตใจ โดยอาการแสดงทางร่างกาย ได้แก่ อาการเหงื่ออก หายใจถี่หอบ หัวใจเต้นแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ เหนื่อยอ่อน ท้องผูกหรือท้องเดิน เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความมากน้อยของระดับความเครียด ส่วนอาการแสดงทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล โกรธ หงุดหงิด ไม่เป็นมิตร เศร้า หรือรู้สึกไม่มั่นคง เป็นต้น และอาการแสดงทางด้านความคิด ได้แก่ เกิดอาการหลงลืม คิดช้า สับสน หรือวอกแวก ย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การประพฤติปฏิบัติในการปรับตัวทางสังคมเพื่อรักษาสมดุลให้จิตใจรู้สึกไม่เครียดอีก เช่น การพูดจาโต้แย้ง ก้าวร้าว พูดมากหรือพูดติดอ่าง บางครั้งมีพฤติกรรมแยกตัว ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ พยายามทำงานชดเชยให้มากขึ้น เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากการเผชิญสิ่งที่คุกคามในชีวิตจะมีพฤติกรรมแสดงออกทางสังคมหลายรูปแบบโดยอาจเป็นแบบต่อสู้หรือแบบถอยหนีหรืออาจใช้การหลีกเลี่ยง ขึ้นอยู่กับกลวิธีทางจิตใจที่จะแก้ไขหรือปรับความคับข้องใจของแต่ละบุคคล

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ต้องเผชิญความเครียดจากภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีวิถีการดำเนินชีวิตและการทำงานที่เปลี่ยนไป ปัญหาเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัวที่เกิดขึ้นหรือมีการเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน ส่งผลต่อการรับรู้และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยลดลง ความเครียดที่เกิดขึ้นนำไปสู่โรคกรดไหลย้อนและอาการที่กำเริบขึ้นจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (โรงพยาบาลแพทย์รังสิต, 2554)

ในขณะที่การศึกษาของ Jansson และคณะ (2007) พบว่าความเครียดในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนซึ่งเป็นปัจจัยด้านภาวะจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

อย่างไรก็ตาม Fass และคณะ (2008) ศึกษาพบว่าเมื่อเกิดความเครียดจะทำให้เกิดการหลั่งกรดมากขึ้นหากเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นความเครียดน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

3.6.2 การประเมินความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการประเมินความเครียดโดยใช้แบบสอบถาม ดังนี้

1) การประเมินความเครียดโดยใช้แบบวัดความเครียดของสวนปรุง (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา, 2540) จัดทำขึ้นโดยโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ สร้างจากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมของความเครียด เป็นแบบวัดบุคลิกภาพ วัดความวิตกกังวล วัดอาการทางกายและจิตที่สัมพันธ์กับความเครียด ดังนั้นเครื่องมือนี้เหมาะที่จะนำมาใช้เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความเครียด ที่มาของความเครียด การใช้ชีวิตประจำวันที่มีผลต่อการเกิดความเครียดหรือการปรับตัวรับกับความเครียด และอาการของความเครียดที่เกิดขึ้น โดยวัดสำรวจดูว่าในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมามีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบ้างและเหตุการณ์นั้นผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร แบบวัดความเครียดของสวนปรุงจะมี 3 ชุด ประกอบด้วยชุดข้อคำถาม 102 ข้อ 60 ข้อ และ 20 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด เครียดเล็กน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก เครียดมากที่สุด โดยมีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน ซึ่งแบบวัดฉบับ 102 ข้อ และ 60 ข้อ เป็นแบบวัดที่ทำให้ทราบอาการของความเครียดความเปราะบางหรือความไวของความเครียด และสาเหตุที่มาของความเครียด เหมาะที่จะใช้วางแผนการให้คำปรึกษาและแนะนำในเรื่องนั้น ๆ ส่วนแบบวัดฉบับ 20 ข้อ ไม่สามารถแยกสาเหตุหรืออาการต่าง ๆ ของความเครียดได้ บอกระดับความเครียดได้เพียงคร่าว ๆ สะดวกต่อการตอบคำถาม ตรวจสอบความเที่ยง มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .70

2) การประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต (2541) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมเกี่ยวกับอาการความรู้สึก และพฤติกรรมของความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา เพื่อใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะเครียด ประเมินระดับอาการโดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0 = ไม่เคยเลย 1 = เป็นครั้งคราว 2 = เป็นบ่อย และ 3 = เป็นประจำ การแปลผลตามระดับคะแนนที่ได้โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คือ ระดับคะแนน 0–5 แสดงว่าผู้ตอบไม่จริงใจ ไม่แน่ใจในคำถาม ระดับคะแนน 6–17 แสดงว่าความเครียดอยู่ในระดับปกติ/ไม่เครียด ระดับคะแนน 18–25 แสดงว่าความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ระดับคะแนน 26–29 แสดงว่าความเครียดปานกลาง ระดับคะแนน 30–60 แสดงว่ามีระดับความเครียดมาก

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต (2541) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กับคนทั่วไปซึ่งเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ศึกษาและประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาขณะนั้น

4. การพยาบาลกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มีคุณภาพต้องใช้หลักการของกระบวนการพยาบาลโดยคำนึงถึงการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) ทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีเป้าหมายส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนี้

4.1 การให้การพยาบาลตามแผนการรักษาซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนโดยตรงแบบองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล โดยประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนให้ครอบคลุมทุกมิติ สามารถวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนโดยใช้ข้อมูลหลักฐานทางคลินิก ความรู้ทางพยาธิสรีระ ทฤษฎีการพยาบาล และประสบการณ์ทางคลินิก ให้การบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้เหตุผลทางคลินิก รวมทั้งประเมินเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีเร่งด่วน ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนจะมีอาการและภาวะแทรกซ้อนรบกวนและสร้างความทุกข์ทรมานจากอาการที่กำเริบขึ้น ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย บั่นทอนชีวิต ประสิทธิภาพการทำงานลดลง อาจทำให้ต้องหยุดงาน ผลกระทบต่อสังคมทำให้การร่วมสังสรรค์ต่าง ๆ ลดลง และด้านจิตใจทำให้เกิด ความวิตกกังวลและความเครียด ส่วนปัญหาด้านเศรษฐกิจอาจต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นจากการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความผาสุกในด้านต่าง ๆ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายหรือบทบาททางสังคม ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว

4.2 การให้ความรู้ การให้ข้อมูล หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคกรดไหลย้อน การรักษา และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ดังนี้

4.2.1 การปรับเปลี่ยนนิสัยและการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีความสำคัญมากทำให้ผู้ป่วยมีอาการน้อยลง ป้องกันไม่ให้เกิดอาการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยลดปริมาณกรดในกระเพาะอาหาร และป้องกันไม่ให้กรดไหลย้อนกลับขึ้นไปในระบบทางเดินอาหารและทางเดินหายใจส่วนบนมากขึ้น ที่สำคัญการรักษาด้วยวิธีนี้ควรทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น

หรือหายดีแล้วโดยไม่ต้องรับประทานยาแล้วก็ตาม วิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการน้อยลง ป้องกันไม่ให้เกิดอาการและลดการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งการปรับเปลี่ยนนิสัย ได้แก่

4.2.2 ลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่พอดี ถ้ามีภาวะน้ำหนักเกินจะทำให้ความดันในช่องท้องมากขึ้น ทำให้กรดไหลย้อนได้มากขึ้น

1) นิสัยในการรับประทาน ควรหลังจากรับประทานอาหารทันที พยายามหลีกเลี่ยงการนอนราบ การออกกำลัง ยกของหนัก เอี้ยวหรือก้มตัว รับประทานอาหารให้เป็นเวลา หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อดึก และไม่ควรรับประทานอาหารใด ๆ อย่างน้อยภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงก่อนนอน รับประทานอาหารปริมาณพอดีในแต่ละมื้อ ไม่ควรรับประทานอาหารมากเกินไป ควรรับประทานอาหารปริมาณทีละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง

2) ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำและหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยการทอด อาหารมัน พืชผักบางชนิด เช่น หัวหอม กระเทียม มะเขือเทศ ฟาสต์ฟู้ด ช็อกโกแลต ถั่ว ลูกอม สะระแหน่ เนย ไข่ นม หรืออาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด เค็มจัด หวานจัด เป็นต้น

3) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มบางประเภท เช่น กาแฟ ชา น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ วิสกี้ ไวน์ โดยเฉพาะในตอนเย็น

4) นิสัยในการนอน ถ้าจะนอนหลังรับประทานอาหาร ควรรอประมาณ 3–4 ชั่วโมง เวลานอน ควรหนุนหัวเตียงให้สูงขึ้นประมาณ 6–8 นิ้วจากพื้นราบ โดยใช้วัสดุรองขาเตียง เช่น ไม้ อิฐ อย่ายกศีรษะให้สูงขึ้นโดยการใช้หมอนรองศีรษะ เพราะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้น

5) งดการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้ำอัดลม ชา กาแฟ พยายามหลีกเลี่ยงอย่าให้เครียด ถ้าสูบบุหรี่อยู่ ควรเลิก เพราะความเครียดและการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการหลั่งกรดมากขึ้น

6) หลีกเลี่ยงการสวมเสื้อผ้าที่คับเกินไป โดยเฉพาะบริเวณรอบเอว

7) ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนตัวได้ดี และลดอาการท้องอืด จุกเสียด แน่นท้อง

8) หากมีอาการท้องผูกควรรักษา และหลีกเลี่ยงการเบ่งถ่าย เนื่องจากทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้น

9) ควรรับประทานยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง ไม่ควรลดขนาดยาหรือหยุดยาเองนอกจากแพทย์แนะนำ และควรมาพบแพทย์ตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจใช้เวลานานประมาณ 1–3 เดือนกว่าที่อาการต่าง ๆ จะดีขึ้น โดยเฉพาะยาลดกรดในกระเพาะอาหารสามารถยับยั้งการหลั่งกรดได้ดี นอกจากนี้ไม่ควรซื้อยารับประทานเองเวลาป่วย เนื่องจากยาบางชนิดจะทำให้กระเพาะอาหารมีการหลั่งกรดเพิ่มขึ้น หรือกล้ามเนื้อหูรูดของหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัวมากขึ้น

Chulalongkorn University

10) หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง รักษาด้วยยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น จึงจะทำการรักษาด้วยการผ่าตัดผูกหูรูดกระเพาะอาหาร เพื่อป้องกันไม่ให้กรดไหลย้อนขึ้นมาอีก

4.2.3 การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจซึ่งการให้ข้อมูลผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ ส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมที่สามารถเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ที่คุกคามได้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยในประเทศ

ธนกร และคณะ (2553) ศึกษาพบว่าในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 473 ราย ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 47.26 (ช่วงอายุ 2–91 ปี) ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 65 อาการแสดงที่ไม่จำเพาะส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการแสบคอ/เจ็บคอ รู้สึกมีก้อนอยู่ในคอและจุกแน่นแสบลิ้นปี่ และอาการแสดงที่จำเพาะส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการเรอเปรี้ยว และ/หรืออาการแสบร้อนยอดอกพบน้อยกว่า วิธีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดคือการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารส่วนบนร้อยละ 21 นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการสั่งใช้ยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะร้อยละ 96.77 โดยได้รับร่วมกับยากลุ่มกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร ร้อยละ 71.3 ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบมากที่สุด รองลงมาคือได้รับยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะเพียงอย่างเดียวคิดเป็นร้อยละ 22.24 และได้รับยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะร่วมกับ H_2–receptor antagonist และยากลุ่ม prokinetic drugs คิดเป็นร้อยละ 3.24 ยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะ (proton pump inhibitors: PPIs) ที่แพทย์สั่งมากที่สุดสองลำดับคือ omeprazole กับ eomeprazole คิดเป็นร้อยละ 64 และ 18 ตามลำดับ ส่วนใหญ่แพทย์สั่งให้ก่อนอาหารร้อยละ76.08 ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ร้อยละ 36.46 รองลงมาคือระยะเวลา 4 และ 8 สัปดาห์ร้อยละ 23.76 และ 11.05 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคกรดไหลย้อนของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

กิตติประกาย อัครธรรม (2554) ศึกษาความชุก อาการ อาการแสดง ปัจจัยที่พบร่วม และผลการรักษาโรคกรดไหลย้อนลงกล่องเสียงพบว่าในปี พ.ศ. 2552–2554 มีผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนลงกล่องเสียงที่มารักษาในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 121 ราย เป็นเพศชาย 29 คน คิดเป็นร้อยละ 23.97 และเพศหญิง 92 คน คิดเป็นร้อยละ 76.03 มีอายุอยู่ระหว่าง 19–85 ปี พบอาการของโรคกรดไหลย้อนลงกล่องเสียง ได้แก่ อาการแสบร้อนยอดอกและระยะเวลาที่มีอาการผิดปกติก่อนมาพบแพทย์สูงสุด 375 วัน และต่ำสุด 11 วัน พบอาการแสดงของผื่นแดงกระจายบริเวณกล่องเสียง เส้นเสียงบวมอักเสบ กล่องเสียงบวม ไม่พบปัจจัยที่พบร่วม 67 คน คิดเป็นร้อยละ

55.37 และพบหลายปัจจัยรวมกัน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 20.66 โดยพบปัจจัยเรื่องอาหารที่มีไขมันสูง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.92 โดยเฉพาะรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงร่วมกับอาหารรสจัด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับกินอาหารรสจัดและอาหารที่มีไขมันสูง และความอ้วนร่วมกับดื่มกาแฟ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยร่วมอื่น เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ และค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่า 25 ซึ่งอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุด ได้แก่ มีก้อนจุกในคอ เจ็บคอเรื้อรัง เสียงแหบ ไอกระแอม ตามลำดับ โดยพบอาการแสบร้อนหน้าอกหรือขย้อนร่วมด้วยถึงร้อยละ75 และอาจพบอาการกลืนลำบาก ส่วนการรักษาแนะนำให้ใช้การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (lifestyle modification: LSM) ร่วมกับการรักษาด้วยยาและอาจรักษาด้วยการผ่าตัดการรักษาด้วยยาจะใช้ยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะ (proton pump inhibitors: PPIs) ได้ผลดีที่สุดเมื่อรักษานาน 4 เดือน โดยให้วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและเย็น อาจใช้ร่วมกับ H_2-receptor antagonist ออกฤทธิ์ลดความเป็นกรดของน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้การวินิจฉัยที่ถูกต้องจะทำให้การรักษาได้ทันเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นภาวะแทรกซ้อนลดลงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Ruhl และ Everhart (1999) ศึกษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันในช่วงปี 1971–1975 และ 1992–1993 พบว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลได้รับการวินิจฉัยเป็นหลอดอาหารอักเสบจำนวน 153 ราย เป็นโรคกระบังลมหย่อนจำนวน 238 ราย และเป็นโรคทั้งสองอย่างจำนวน 135 ราย โดยพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 5.2 และพบความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นหลอดอาหารอักเสบจากร้อยละ 32.7 เป็นร้อยละ 50.8 ในช่วง 10 ปีต่อมา นอกจากนี้พบว่ามีความเสี่ยงจากค่าดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นและการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงทำให้เกิดภาวะกรดไหลย้อนมากขึ้น ซึ่งค่าดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นจากเดิม 5 กิโลกรัม/ตารางเมตร ทำให้เกิดภาวะกรดไหลย้อนมากขึ้นถึงร้อยละ 22 เกิดภาวะหลอดอาหารอักเสบร้อยละ 24 และเกิดโรคกระบังลมหย่อนร้อยละ 29 นั่นคือผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักเกินส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง รวมทั้งส่งผลต่อความเครียด ความซึมเศร้า และความผาสุกในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

Schwizer และ Thumshirn et al (2001) ศึกษาพบว่าความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาแบ่งตามจำนวนวันที่เกิดอาการ ได้แก่ มีอาการน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ มีอาการ 2 วันต่อสัปดาห์ มีอาการ 3–6 วันต่อสัปดาห์ และมีอาการทุกวัน ซึ่งความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

Shaw, Tally และ Beebe (2001) ศึกษาความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน จำแนกตามเกณฑ์ที่ประเมินจากผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีต่อการตอบสนองผลการรักษา แบ่งเป็น 6 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการ รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น รับรู้

ถึงอาการที่เกิดขึ้นแต่พอทนไหว มีอาการทำให้ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรปกติและขณะนอนหลับ จำเป็นต้องได้รับยาบางครั้ง มีอาการรุนแรงทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตร ประจำวันและนอนหลับได้ต้องได้รับยาตามอาการ และมีอาการรุนแรงมากทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง นอกจากนี้ระดับความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนจำแนกตามเกณฑ์ที่ประเมินจากระยะเวลาที่เกิดอาการโรคกรดไหลย้อน แบ่งเป็น 6 ระดับ (Shaw, Tally, & Beebe, 2001) ได้แก่ ไม่มีอาการ มีอาการเกิดขึ้นภายใน 1 วันต่อสัปดาห์ มีอาการเกิดขึ้นตลอด 1 วันต่อสัปดาห์ มีอาการเกิดขึ้น 2–3 วันต่อสัปดาห์ มีอาการเกิดขึ้น 4–6 วันต่อสัปดาห์ และมีอาการทุกวัน หากเกิดอาการบ่อยครั้งจะทำให้มีความรุนแรงของอาการมากขึ้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง

Joshua (2003) ศึกษาพบว่าอาการของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านความเจ็บปวดของร่างกายและการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงถึงร้อยละ 41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังพบว่าอาการของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวสวีเดนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยทำให้การปฏิบัติงานและการทำกิจกรรมลดลงร้อยละ 23 นำไปสู่เศรษฐกิจและรายได้ของผู้ป่วยในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันที่ได้รับยา omeprazole ขนาด 10–20 มิลลิกรัมต่อวัน จะมีผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกใกล้เคียงกับคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

Bytzer (2004) ศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการของโรคมากขึ้นจะทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจลดลง นอกจากนี้ความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นจะทำให้ความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนมากขึ้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง

Kozier และคณะ (2004) ศึกษาพบว่าปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ เช่น นอนไม่พอ นอนไม่หลับ นอนไม่เป็นเวลา หยุดหายใจขณะหลับ จะทำให้คุณภาพการนอนหลับสูญเสียไปส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง

Orr และคณะ (2004) ศึกษาพบว่าขณะนอนหลับตอนกลางคืนเกิดกรดไหลย้อนน้อยกว่ากลางวันแต่จะเกิดขึ้นเป็นเวลานาน ในขณะที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจะเกิดกรดไหลย้อนเพิ่มขึ้นส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลงทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

Kaltenbach, Crockett, and Gerson (2006) พบว่าการรับประทานแอลกอฮอล์อยู่เป็นประจำจะทำให้หูรูดของหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัวเกิดกรดไหลย้อนมากขึ้นส่งผลต่อร่างกายทำหน้าที่ลดลงทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

Nocon, Labenz และ Willich (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของกิจวัตรประจำวันกับอาการของโรคกรดไหลย้อนชาวเยอรมันจำนวน 7,124 คน ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการของโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการของโรคกรดไหลย้อน เช่น เนื้อสัตว์ ผลไม้รสเปรี้ยว เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 25–30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) และภาวะอ้วน (ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) จะมีอาการของโรคกรดไหลย้อนและเกิดภาวะของหลอดอาหารอักเสบมากกว่าคนปกติในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 18 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

Ronkainen และคณะ (2006) ศึกษาพบว่าชาวสวีเดนจำนวน 999 ราย มีอาการของโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ อาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก และการไหลย้อนกลับของกรด ซึ่งมีอาการเกิดขึ้นทุกวันร้อยละ 6 มีอาการเกิดขึ้นทุกสัปดาห์ร้อยละ 14 และมีอาการเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 20 ตามลำดับ โดยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ซึ่งใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป คือ Short Form Health Survey: SF–36 (Ware & Sherbourne, 1992) โดยประเมินมิติทางสุขภาพ 8 มิติ คือ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องมาจากปัญหาทางด้านร่างกาย (role limited by physical problems) ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย (bodily pain) ด้านสุขภาพกายทั่วไป (general Health) ด้านความกระฉับกระเฉง (vitality) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ (role limited by emotional problems) ด้านบทบาททางสังคม (social-functioning) และด้านสุขภาพจิต (mental health) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคกรดไหลย้อนเกิดขึ้นทุกวันจะส่งผลต่อมิติคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกายและด้านจิตใจ ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคกรดไหลย้อนทุกสัปดาห์จะส่งผลต่อมิติคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาททางสังคม ด้านความทุกข์ทรมานของร่างกาย และด้านภาวะสุขภาพทั่วไป

Fox และคณะ (2007) ศึกษาผลกระทบของอาหารที่ปริมาณไขมันและแคลอรี่สูงต่อการเกิดอาการของโรคกรดไหลย้อนโดยการใช้แคปซูลตรวจวัดความเป็นกรดในหลอดอาหารโดยใช้คลื่นสัญญาณ (Bravo pH monitoring) เป็นเวลา 4 วัน โดยศึกษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนจำนวน 15 คน แบ่งกลุ่มตามปริมาณอาหารที่ได้รับออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมปริมาณแคลอรี่โดยได้รับอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงร้อยละ 50 กับอาหารที่มีปริมาณไขมันต่ำร้อยละ 25 และกลุ่มควบคุมปริมาณไขมันโดยได้รับอาหารที่มีปริมาณแคลอรี่สูง 1000 กิโลแคลอรี่กับอาหารที่มีปริมาณแคลอรี่ต่ำ 500 กิโลแคลอรี่ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณแคลอรี่สูงมีอาการของโรคกรดไหลย้อนรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณแคลอรี่ต่ำ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณ

ไขมันสูงมีอาการของโรคกรดไหลย้อนไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณไขมันต่ำ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงจะมีความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนมากขึ้น ได้แก่ อาการแสบร้อนหน้าอก การเกิดกรดไหลย้อน และอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งอาการของโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

Jansson และคณะ (2007) พบว่าความเครียดในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนซึ่งเป็นปัจจัยด้านภาวะจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fass และคณะ (2008) ศึกษาพบว่าเมื่อเกิดความเครียดจะทำให้เกิดการหลั่งกรดมากขึ้นหากเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง

Piesman และคณะ (2007) ศึกษาการไหลย้อนกลับของกรดขณะนอนหลับเกิดจากการนอนในช่วงเวลาหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนจำนวน 32 คน ที่รับประทานอาหารก่อนนอน 6 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง จากนั้นใช้แคปซูลตรวจวัดความเป็นกรดในหลอดอาหารโดยใช้คลื่นสัญญาณ (Bravo pH monitoring) เป็นเวลา 2 วัน และประเมินความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาพบการไหลย้อนกลับของกรดในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายร้อยละ 63 เป็นชาวผิวขาวร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 28 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีภาวะของหลอดอาหารอักเสบ (esophagitis) ร้อยละ 37 มีการโป่งเป็นถุงของกระเพาะอาหารขึ้นมาเหนือกระบังลมตรงตำแหน่ง esophageal foramen (hiatal hernia) ร้อยละ 47 พบการไหลย้อนกลับของกรดขณะนอนหลับในผู้ป่วยที่รับประทานอาหารก่อนนอน 2 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการโป่งเป็นถุงของกระเพาะอาหารขึ้นมาเหนือกระบังลมตรงตำแหน่ง esophageal foramen (hiatal hernia) และค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25–29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร นอกจากนี้ยังพบอาการแสบร้อนหน้าอกร่วมด้วย ส่วนผู้ป่วยมีภาวะของหลอดอาหารอักเสบ (esophagitis) มีการไหลย้อนกลับของกรดขณะนอนหลับภายหลังจากรับประทานอาหารก่อนนอนทั้ง 6 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง ในขณะที่อาการอื่นของโรคกรดไหลย้อนไม่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่รับประทานอาหารก่อนนอน 2 ชั่วโมง จะเกิดการไหลย้อนกลับของกรดขณะนอนหลับมากขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง

Shapiro และคณะ (2007) ศึกษาการประเมินสารอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดอาการของโรคกรดไหลย้อนโดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนหน้าอกเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีอาการเกิดขึ้นในระยะเวลามากกว่า 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการโดยใช้แบบประเมินอาการของโรคกรดไหลย้อนซึ่งประเมินอาการอาการแสบร้อนหน้าอก การเกิดกรดไหลย้อน อาการเจ็บแน่นหน้าอก และอาการท้องอืดแน่นท้อง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการส่องกล้องตรวจในระบบทางเดินอาหารส่วนบน และการตรวจวัดความเป็นกรดในหลอดอาหาร 24 ชั่วโมง จากการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 50 คน ได้รับการประเมินทุกรูปแบบ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีหลอด

อาหารอักเสบ (erosive esophagitis) จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 44 ได้รับการประเมินความรุนแรงของหลอดอาหารอักเสบที่ตรวจพบจากการส่องกล้องตามเกณฑ์ประเมินของ Los Angeles Classification โดยแบ่งความรุนแรงออกเป็น เกรด A (เยื่อบุผิวอาหารหลุดลอกเป็นรอยแยกมีความยาวน้อยกว่า 5 มิลลิเมตร) จำนวน 11 คน เกรด B (เยื่อบุผิวหลอดอาหารหลุดลอกเป็นรอยแยกมีความยาวมากกว่า 5 มิลลิเมตร) จำนวน 9 คน และเกรด C (เยื่อบุผิวหลอดอาหารหลุดลอกเป็นแผลกว้างไม่ครบวงหลอดอาหารมีการอักเสบน้อยกว่าร้อยละ 75) จำนวน 2 คน แต่ไม่พบเกรด D (เยื่อบุผิวหลอดอาหารหลุดลอกเป็นแผลกว้างครอบคลุมวงรอบหลอดอาหารมากกว่าร้อยละ 75) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่ไม่มีการอักเสบหรือมีการอักเสบของหลอดอาหารเพียงเล็กน้อย (non–erosive reflux disease) มีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 56 เมื่อตรวจวัดความเป็นกรดในหลอดอาหาร 24 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยจำนวน 13 คน มีผลการตรวจปกติ ส่วนผู้ป่วยที่มีหลอดอาหารอักเสบ (erosive esophagitis) จะมีจำนวนครั้งของการเกิดกรดไหลย้อนในท่านั่งและท่านอนราบและมีระยะเวลาของการเกิดกรดค้างอยู่ในหลอดอาหารนานมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการอักเสบหรือมีการอักเสบของหลอดอาหารเพียงเล็กน้อย (non–erosive reflux disease) และพบว่าผู้ป่วยที่มีหลอดอาหารอักเสบ (erosive esophagitis) จะมีอาการแสบร้อนหน้าอกเกิดขึ้นหลายครั้งภายในสัปดาห์เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 12.4 ปี และความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเกิดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการอักเสบหรือมีการอักเสบของหลอดอาหารเพียงเล็กน้อย (non–erosive reflux disease) เมื่อประเมินภาวะน้ำหนักเกินของผู้ป่วยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการไหลย้อนของกรดที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับปริมาณคลอเรสเตอรอล กรดไขมันอิ่มตัว และปริมาณแคลอรี่ที่สูงจะทำให้เกิดการไหลย้อนของกรดมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง

Zheng และคณะ (2007) ศึกษาพบว่ากาแฟจะกระตุ้นให้เกิดอาการแสบร้อนหน้าอก เมื่อมีอาการมากขึ้นทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

Junghard และ Wiklund (2008) ศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการของโรคมากขึ้นจะทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจลดลง

Wahlqvist และคณะ (2008) ศึกษาพบว่าในปี 2004 มีผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันร้อยละ 24.6 มีการตอบสนองต่อยาที่ได้รับโดยแสดงอาการอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 12.5 ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีอายุเฉลี่ย 52.1 ปี และเป็นเพศชายร้อยละ 41.7 ซึ่งมีการตอบสนองต่อยาที่ได้รับโดยแสดงความรุนแรงของอาการในระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรงร้อยละ 64, 28 และ 8 ตามลำดับ และพบโรคที่เกิดขึ้นตามมา ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคตื่นตระหนกลำไส้แปรปรวน และโรคปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น นอกจากนี้ชาวอเมริกันที่เป็นโรคกรดไหลย้อนจะมีประสิทธิภาพการทำงานและชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยลดลง 2.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ อาจเกิดการขาดงานและมีการใช้

บริการด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายในชีวิตประจำวันและด้านจิตใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ซึ่งความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวทั้งทางด้านการเงิน ภาวะสุขภาพ และสัมพันธภาพกับสมาชิกภายในครอบครัว

Fass และ Sifrim (2009) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55 รับประทานยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะตามแพทย์สั่งถึง 1 เดือน ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 30 ทานยาตามแพทย์สั่งถึง 6 เดือน ส่วนใหญ่จะรับประทานยาเมื่อมีอาการกำเริบเท่านั้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง

Jansson และคณะ (2009) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยชาวนอร์เวย์ที่เป็นโรคกรดไหลย้อนชนิดรุนแรงจะมีปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่หลับ นอนไม่เพียงพอ ถูกรบกวนขณะนอนหลับ จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

Hershcovici และ Fass (2010) พบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มีอาการกำเริบมากกว่าร้อยละ 50 ใช้ยาบรรเทาอาการที่นอกเหนือจากแพทย์สั่งโดยใช้ยามากกว่า 1 ตัว หรือยาที่หาซื้อเองจะออกฤทธิ์เร็วกว่า ซึ่งเป็นการรักษาที่ไม่ถูกต้องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง

Shin และคณะ (2012) ศึกษาพบว่าพนักงานประจำที่เป็นโรคกรดไหลย้อนในประเทศเกาหลีเกิดการขาดงานถึงร้อยละ 1.49 ซึ่งสูงกว่าพนักงานที่ไม่ได้เป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 0.46 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และยังพบว่าประสิทธิภาพการทำงานลดลงร้อยละ 34.13 ซึ่งสูงกว่าพนักงานที่ไม่ได้เป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 9.23 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ยังมีชั่วโมงการทำงานลดลงถึงร้อยละ 33.09 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) คิดเป็นชั่วโมงการทำงานเพียง 11.7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อคนเท่ากับ 165.07 ดอลล่าห์ต่อสัปดาห์ ในขณะที่ชาวตะวันตกทั่วไปมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงเฉลี่ย 16.25 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และเกิดการขาดงานโดยเฉลี่ย 0.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการทำงานลดลงและมีรายได้ที่ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจลดลง

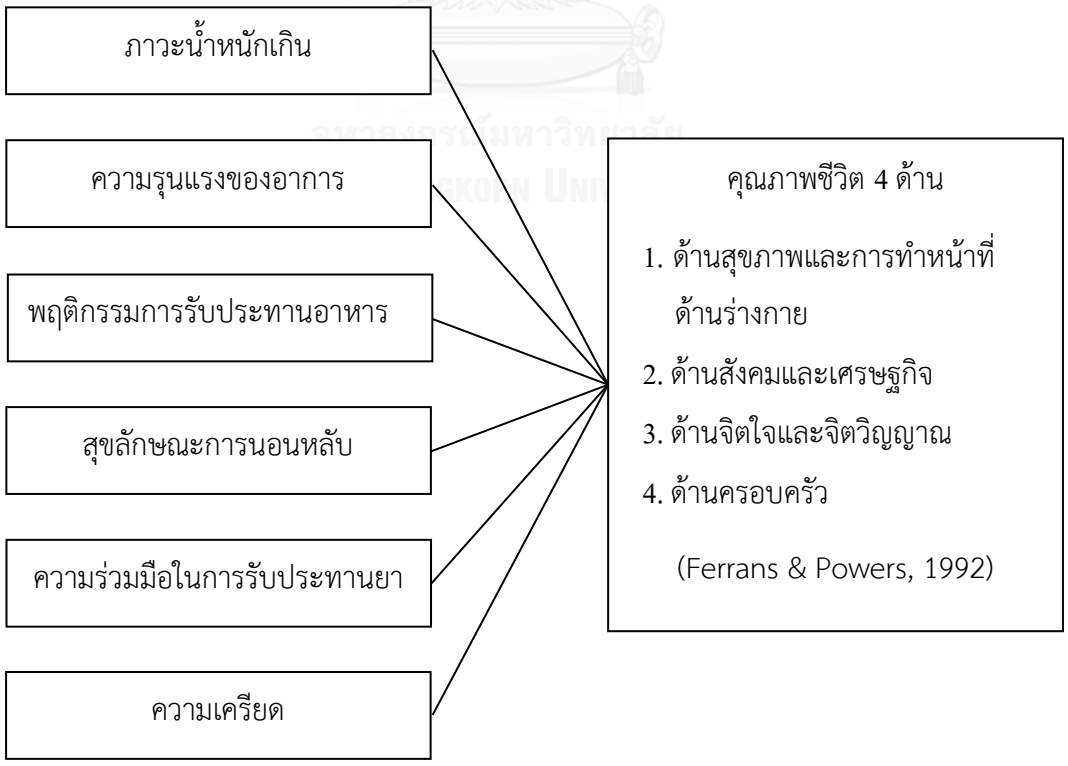
Tack และคณะ (2012) ศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยเฉพาะอาการที่เกิดขึ้นตอนกลางคืนจะส่งผลให้คะแนนคุณภาพการนอนหลับลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการในเวลากลางวันจะทำให้ประสิทธิภาพในทำงานลดลงและเกิดขาดงานสูงกว่าปกติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และความผาสุกของชีวิตลดลง

Anggiansah และคณะ (2013) ศึกษาภาวะน้ำหนักเกินจะทำให้การทำงานของหูรูดหลอดอาหารส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.209$, $p < .001$) เกิดกรดไหลย้อนและอาการแสบร้อนหน้าอกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .300$, $p < .001$) ส่งผลต่อร่างกายทำหน้าที่

ลดลงนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นภาวะน้ำหนักเกินน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนหลายประการ ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาความชุก อาการ อาการแสดง ปัจจัยที่พบร่วม ผลการรักษาโรคกรดไหลย้อนลงกล่องเสียง และรูปแบบการสั่งใช้ยาโรคกรดไหลย้อนเท่านั้น ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในบริบทของประเทศไทย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียด ซึ่งมีองค์ประกอบตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans และ Powers (1992) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (health and functioning) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychology/spiritual) และด้านครอบครัว (family) ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) นี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ระดับความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานครในสังกัดของรัฐบาลที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18-60 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานครในสังกัดของรัฐบาลที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารจำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคกรดไหลย้อนอย่างน้อย 3 เดือน
2. มีการรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์
3. สามารถติดต่อสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555: 76) ซึ่งกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลางเท่ากับ 0.3 อำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ .95 และค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 111 คน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 114 คน
2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 แบ่งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานครในสังกัดของรัฐบาลที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่น ดังนี้ (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี, 2556)

2.1.1 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ มีจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี

2.2.2 โรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ มีจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

2.2.3 โรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2.2.4 โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้แก่ วชิรพยาบาล

2.2.5 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ใหญ่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ

2.2.6 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มีจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

2.2 สุ่มสังกัดโรงพยาบาล 3 สังกัด ใน 6 สังกัด โดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without replacement) ได้แก่ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดสำนักงานแพทย์ใหญ่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

2.3 สุ่มโรงพยาบาลแต่ละสังกัดโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without replacement) สังกัดละ 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ

2.4 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง มีจำนวนทั้งหมด 114 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ชุดได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูลจำนวน 13 ข้อ และส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลจำนวน 2 ข้อ โดยการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นแบบทำเครื่องหมายและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ป่วย ลักษณะครอบครัว และปัจจัยด้านสุขภาพ อันได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคกรดไหลย้อน ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาภายหลังจากมีอาการ ความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อน ชนิดของการรักษาที่ได้รับชนิดและขนาดของยา รวมทั้งเวลาที่ได้รับยาในปัจจุบัน ภาวะโรคร่วม และการมาตรวจตามแพทย์นัด

ประเมินภาวะน้ำหนักเกิน เป็นค่าที่คำนวณได้จากน้ำหนักของร่างกายเป็นกิโลกรัมและหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง แบ่งเกณฑ์ ดังนี้ (กองโภชนาการ, 2549)

ค่าดัชนีมวลกาย	น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าผอมหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
ค่าดัชนีมวลกาย	18.5–24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ค่าดัชนีมวลกาย	25–29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าน้ำหนักเกิน
ค่าดัชนีมวลกาย	ตั้งแต่ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ขึ้นไป	แสดงว่าเป็นโรคอ้วน

ชุดที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต ดัดแปลงแบบวัดคุณภาพชีวิตของณัฐฐิตา เพชรประไพ (2541) ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans และ Powers (1992) ให้เหมาะสมกับบริบทที่ศึกษา แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ การวัดความพึงพอใจและการวัดความสำคัญต่อชีวิตแต่ละมิติประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 16 ตัวชี้วัด 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 7 ตัวชี้วัด 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 7 ตัวชี้วัด และ 4) ด้านครอบครัว 5 ตัวชี้วัด ทั้งหมด 35 ตัวชี้วัด ข้อคำถามมีความหมายเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่าลิเคิร์ท 6 ระดับ โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิโดยปรับข้อคำถามที่ 2, 3, 8, 14, 15, 16, 20, 21, 23, 26, 28, 33 และ 35 ให้กระชับและเข้าใจได้ง่าย และเพิ่มตัวอย่างในข้อคำถามที่ 5, 6, 22, และ 31 ให้เข้าใจได้ง่ายโดยยังคงข้อคำถามเท่าเดิม จากนั้นนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.88 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารจำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 15 ราย และที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค .94 ดังตารางที่ 1

เกณฑ์การให้คะแนน

มิติที่ 1 เป็นการวัดความพึงพอใจในเรื่องต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ 35 ตัวชี้วัด โดยในแต่ละตัวชี้วัดผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่าลิเคิร์ท 6 ระดับ ซึ่งมีความหมายดังนี้

1	=	ไม่พึงพอใจมาก	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นเป็นอย่างยิ่ง
2	=	ไม่พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นพอสมควร

3	=	ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นอยู่บ้าง
4	=	พึงพอใจเล็กน้อย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นเล็กน้อย
5	=	พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นพอสมควร
6	=	พอใจมาก	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นอย่างยิ่ง

มิติที่ 2 เป็นการวัดความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ 35 ตัวชี้วัด ซึ่งมีข้อคำถามเช่นเดียวกันกับมิติที่ 1 โดยในแต่ละตัวชี้วัด ผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่าลิเคิร์ท 6 ระดับ ซึ่งมีความหมายดังนี้

1	=	ไม่สำคัญเลย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นไม่มีความสำคัญต่อท่านแม้แต่น้อย
2	=	ไม่สำคัญปานกลาง	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นไม่มีความสำคัญต่อท่านพอสมควร
3	=	ไม่สำคัญเล็กน้อย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นไม่มีความสำคัญต่อท่านเล็กน้อย
4	=	สำคัญเล็กน้อย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นมีความสำคัญต่อท่านเล็กน้อย
5	=	สำคัญปานกลาง	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นมีความสำคัญต่อท่านพอสมควร
6	=	สำคัญมาก	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นมีความสำคัญต่อท่านอย่างยิ่ง

เกณฑ์การแปลผลคะแนน วิธีการคิดคะแนนคุณภาพชีวิตของ Ferrans และ Powers (1992) มีวิธีคิดดังนี้ คือ นำค่าเฉลี่ยของมาตรวัดแต่ละข้อ (1-6 คะแนน) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.5 มาลบออกจากคะแนนความพึงพอใจในแต่ละข้อ แล้วนำคะแนนที่ได้มาคูณกับคะแนนด้านความสำคัญในข้อเดียวกัน หลังจากนั้นนำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดเป็นคะแนนโดยรวม ส่วนคะแนนรายด้านคิดโดยนำคะแนนทุกข้อในแต่ละด้านรวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อในแต่ละด้าน คะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ในช่วง -15 ถึง 15 จึงต้องนำมาบวกด้วย 15 เพื่อให้คะแนนที่ได้มี

ค่าเป็นบวก โดยค่าพิสัยของคะแนนที่ควรจะเป็นทั้งรายด้านและโดยรวมคือ 0 ถึง 30 คะแนน โดยมีเกณฑ์ระดับคุณภาพชีวิตดังนี้

คะแนน 0–10	หมายถึง	คุณภาพชีวิตระดับน้อย
คะแนน 11–20	หมายถึง	คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
คะแนน 21–30	หมายถึง	คุณภาพชีวิตระดับดี

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ The Reflux Disease Questionnaire: RDQ (Shaw, Tally, & Beebe, 2001) 12 ข้อ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการและความถี่ของการเกิดอาการที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษาในระยะเวลา 1–4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ อาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก การไหลย้อนกลับ และอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้อง ข้อคำถามมีความหมายเชิงลบทั้งหมด ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่าลิเคิร์ท 6 ระดับ แบบสอบถามที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีกระบวนการในการแปลแบบสอบถามจากภาษาต่างประเทศให้เป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (Translation/Back-translation) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของความหมาย (Semantic equivalence) ของทั้งสองภาษา (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) ซึ่งแบบสอบถามต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ซึ่งมีความชำนาญ 2 ภาษาและมีความรู้ในเนื้อหาแปลภาษาแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 แปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 แปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความสอดคล้องและถูกต้องตรงกันของภาษาก่อนที่จะนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้กระชับและเข้าใจได้ง่ายโดยปรับแบบสอบถามความถี่ของอาการและความรุนแรงของอาการแยกชุดกันเพื่อป้องกันการสับสนในการตอบคำถามและยังคงข้อคำถามเท่าเดิม จากนั้นนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารจำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 15 ราย และที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค .89 ดังตารางที่ 1

เกณฑ์การให้คะแนน ค่าคะแนนเรียงจากน้อยที่สุดไปหา มากที่สุด 6 อันดับ คือ น้อยที่สุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 และคะแนนมากที่สุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยประเมินระดับความรุนแรง ของอาการจำนวน 6 ข้อ และประเมินความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นจำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีความหมายดังนี้

การประเมินความรุนแรงของอาการ

0	หมายถึง	ไม่มีอาการ
1	หมายถึง	รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น
2	หมายถึง	รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นแต่พอทนไหว
3	หมายถึง	มีอาการทำให้ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรปกติ และขณะนอนหลับจำเป็นต้องได้รับยาบางครั้ง
4	หมายถึง	มีอาการรุนแรงทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและนอนหลับได้ต้องได้รับยาตามอาการ
5	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมากทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินระดับความรุนแรงซึ่งใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยการรวมผลคะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ (Shaw, Tally, & Beebe, 2001)

0–6	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีอาการ/รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น
7–12	คะแนน	หมายถึง	รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นแต่พอทนไหว
13–18	คะแนน	หมายถึง	มีอาการทำให้ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรปกติ
19–24	คะแนน	หมายถึง	มีอาการรุนแรงทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรได้
25–30	คะแนน	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมากทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรได้และต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

ชุดที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นเองให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเลือกประเภทอาหาร 12 ข้อ และสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร 8 ข้อ ข้อคำถามมีความหมายเชิงบวก 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15 และ 17 และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 18 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่าลิเคิร์ท 5 ระดับ โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในสังคมไทยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิโดยปรับข้อคำถามที่ 3 และ 16 ให้กระชับและเข้าใจได้ง่าย และเพิ่มตัวอย่างในข้อคำถามที่ 9 ให้เข้าใจได้ง่ายโดยยังคงข้อคำถามเท่าเดิม จากนั้นนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.80 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารจำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 15 ราย และที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค .85 ดังตารางที่ 1

เกณฑ์การให้คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีการให้ความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติทุกวัน	หมายถึง	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติอยู่ทุกวัน
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติ 5–6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติ 3–4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติ 1–2 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่เคยแสดงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

		คำถามทางลบ	**คำถามทางบวก**	
ปฏิบัติทุกวัน	เท่ากับ	1	5	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	เท่ากับ	2	4	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ	3	3	คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	เท่ากับ	4	2	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	เท่ากับ	5	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยการรวมผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

20–47	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม
48–74	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารค่อนข้างเหมาะสม
75–100	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเหมาะสม

ชุดที่ 5 แบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับ ดัดแปลงแบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับของณัฐยา ศรีทะแก้ว, ชนกพร จิตปัญญา และประนอม รอดทำดี (2550) ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามที่สร้างโดย Owens (2000) จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ตารางการเข้านอนและตื่นนอนตามปกติ 5 ข้อ ปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ 7 ข้อ และท่าการนอนหลับ 1 ข้อ ข้อคำถามมีความหมายเชิงบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3 และ 5 และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 และ 13 ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับ ข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับข้อคำถามที่ 5, 8, 9, 10 และ 11 ให้กระชับและเข้าใจได้ง่ายโดยยังคงข้อคำถามเท่าเดิมจากนั้นนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.85 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในศึกษาแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกโรค

ระบบทางเดินอาหารจำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 15 ราย และที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค .71 ดังตารางที่ 1

เกณฑ์การให้คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่าเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ มีการให้ความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นสิ่งที่ปฏิบัติทุกครั้งหรือบ่อยครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นสิ่งที่ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นสิ่งที่ไม่เคยปฏิบัติเลย

		คำถามทางลบ	**คำถามทางบวก**	
ปฏิบัติเป็นประจำ	เท่ากับ	1	3	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ	2	2	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	เท่ากับ	3	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยการรวมผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

13–21	คะแนน	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติเลย
22–30	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้ง
31–39	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำ

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ดัดแปลงแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของอิสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2555) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยมาจากของ Fung (2009) มีจำนวน 7 ข้อ ให้เหมาะสมกับบริบทที่ศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานยาถูกต้องตามชนิดของยา ขนาดของยา ครบตามจำนวน และตรงเวลา ไม่มีพฤติกรรมการลืมรับประทานยาและมีวิธีช่วยเตือนในการรับประทานยาที่ง่ายต่อการจำและการเข้าถึง ข้อคำถามมีความหมายเชิงบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 6 และ 7 และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, และ 4 ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่าลิเคิร์ท 5 ระดับ โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิโดยปรับข้อคำถามที่ 1 ให้กระชับและเข้าใจได้ง่าย โดยยังคงข้อคำถามเท่าเดิม จากนั้นนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารจำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 15 ราย และที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค .91 ดังตารางที่ 1

เกณฑ์การให้คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีการให้ความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง
ทำบ่อย	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง
ทำนาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้งหรือเกือบไม่ปฏิบัติเลย
ไม่เคยทำเลย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

		คำถามทางลบ	**คำถามทางบวก**	
ทำเป็นประจำ	เท่ากับ	1	5	คะแนน
ทำบ่อย	เท่ากับ	2	4	คะแนน
ทำเป็นบางครั้ง	เท่ากับ	3	3	คะแนน
ทำนาน ๆ ครั้ง	เท่ากับ	4	2	คะแนน
ไม่เคยทำเลย	เท่ากับ	5	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน นำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 7–35 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้ของ Fung (2009) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

27–35	คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในระดับสูง
17–26	คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในระดับปานกลาง
7–16	คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในระดับต่ำ

ชุดที่ 7 แบบประเมินความเครียด โดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2541) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับอาการ ความรู้สึกและพฤติกรรมของความเครียดที่เกิดขึ้น ข้อคำถามมีความหมายเชิงลบทั้งหมด ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่าลิเคิร์ท 4 ระดับ โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้กระชับและเข้าใจได้ง่ายโดยยังคงข้อคำถามเท่าเดิม จากนั้นนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารจำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 15 ราย และที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค .88 ดังตารางที่ 1

เกณฑ์การให้คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีการให้ความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยเลย	เท่ากับ	0	คะแนน
เป็นครั้งคราว	เท่ากับ	1	คะแนน
เป็นบ่อย	เท่ากับ	2	คะแนน
เป็นประจำ	เท่ากับ	3	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยการรวมผลคะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

0–5	คะแนน	แสดงว่า	ผู้ตอบไม่จริงใจ ไม่แน่ใจในคำถาม
6–17	คะแนน	แสดงว่า	ปกติ/ไม่เครียด
18–25	คะแนน	แสดงว่า	เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย
26–29	คะแนน	แสดงว่า	เครียดปานกลาง
30–60	คะแนน	แสดงว่า	เครียดมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาแล้วกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของสำนวนภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจนและความครอบคลุมในเนื้อหา รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จาก 5 คน ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่

1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบทางเดินอาหาร 1 คน
2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 คน
3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน
4) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลศัลยศาสตร์ 1 คน
5) พยาบาลผู้ตรวจการเชี่ยวชาญทางคลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร 1 คน

ในการวิจัยครั้งนี้มีกระบวนการในการแปลแบบสอบถามจากภาษาต่างประเทศให้เป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (Translation/Back-translation) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของความหมาย (Semantic equivalence) ของทั้งสองภาษา ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ซึ่งมีความชำนาญ 2 ภาษา และมีความรู้ในเนื้อหาแปลภาษาแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 แปลเครื่องมือวิจัยจาก

ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 แปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา ค่าที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .8 (Polit and Beck, 2004)

สูตรคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

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

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารจำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 15 ราย และที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 15 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ .7 – .8 (Devellis, 2003) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจจนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

แบบสอบถาม	CVI	Reliability	
		n = 30	n = 114
1. คุณภาพชีวิต	0.88	0.94	0.92
2. ความรุนแรงของอาการ	1.00	0.89	0.83
3. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	0.80	0.85	0.83
4. สุขลักษณะการนอนหลับ	0.85	0.71	0.74
5. ความร่วมมือในการรับประทานยา	1.00	0.91	0.90
6. ความเครียด	1.00	0.88	0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล และการขอรับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาล ดังตารางที่ 2

1.2 ภายหลังได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารแต่ละแห่งเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การพิจารณาและรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 114)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	วันที่ผ่านการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัย	ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล
โรงพยาบาลศิริราช	20 พฤษภาคม 2557	มิถุนายน 2557 – ธันวาคม 2557
โรงพยาบาลราชวิถี	16 มกราคม 2557	กุมภาพันธ์ 2557 – ธันวาคม 2557
โรงพยาบาลตำรวจ	21 มกราคม 2557	กุมภาพันธ์ 2557 – มกราคม 2558

2. ขั้นรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลา ที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารแต่ละแห่งเปิดบริการทุกสัปดาห์ในระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล จนได้จำนวนตัวอย่างจำนวน 114 คน โดยดำเนินการ ดังนี้

2.1 ศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่เข้ามารับการรักษาตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอการตรวจจากแพทย์

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) จนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คน

2.4 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทีละ 1 ราย โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องที่เตรียมไว้ และมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับแบบประเมินและการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 7 ชุด จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ภายหลังกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อย ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

2.5 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 114 ชุดแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลศิริราชวันที่ 20 พฤษภาคม 2557 โรงพยาบาลราชวิถีวันที่ 16 มกราคม 2557 และโรงพยาบาลตำรวจวันที่ 21 มกราคม 2557 จากนั้นจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 ผู้วิจัยปฏิบัติตามข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน ใช้หลักเคารพในเกียรติบุคคล (Respect for human dignity) โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐาน เคารพความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับโดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องที่เตรียมไว้และมีความเป็นส่วนตัวเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้หลักสิทธิประโยชน์ (Beneficence) โดยปกป้องกลุ่มตัวอย่างจากความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย ผลการวิจัยจะถูกเก็บรักษาความลับไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคลโดยในแบบ

บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจะไม่มีรายละเอียดที่ระบุถึงตัวของกลุ่มตัวอย่างและรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ป่วย ลักษณะครอบครัว และปัจจัยด้านสุขภาพ อันได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคกรดไหลย้อน ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาภายหลังจากมีอาการ ความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อน ชนิดของการรักษาที่ได้รับ ชนิดและขนาดของยา รวมทั้งเวลาที่ได้รับยาในปัจจุบัน ภาวะโรคร่วม และการมาตรวจตามแพทย์นัด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน วิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์และเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553)

Chulalongkorn University

ตารางที่ 3 เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
r เท่ากับ 1.00	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
r มากกว่า .70	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
r มีค่าระหว่าง .30–.70	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
r น้อยกว่า .30	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
r เท่ากับ 0	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

ส่วนเครื่องหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) จะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ถ้าเป็น + แสดงว่ามีความสัมพันธ์แบบตามกัน ถ้าเป็น – แสดงว่ามีค่าความสัมพันธ์แบบผกผันกัน

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนและปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18–60 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 114 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบาย แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ดังตารางที่ 4

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ดังตารางที่ 5

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยาและความเครียด ดังตารางที่ 6

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยาและความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ดังตารางที่ 7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ป่วย ลักษณะครอบครัว และปัจจัยด้านสุขภาพ อันได้แก่ น้ำหนักส่วนสูง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคกรดไหลย้อน ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาภายหลังจากมีอาการ ความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อน ชนิดของการรักษาที่ได้รับ ชนิดและขนาดของยา รวมทั้งเวลาที่ได้รับยาในปัจจุบัน ภาวะโรคร่วม และการมาตรวจตามแพทย์นัด (n = 114)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	39.5
หญิง	69	60.5
อายุ (ปี)		
18–28 ปี	6	5.3
29–39 ปี	20	17.5
40–50 ปี	35	30.7
51–60 ปี	53	46.5
	$\overline{X}$ = 47.92	SD = 10.04
สถานภาพสมรส		
โสด	32	28.1
คู่	76	66.7
หม้าย	4	3.5
หย่า	2	1.7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่รู้หนังสือ	3	2.6
ระดับประถมศึกษา	18	15.8
ระดับมัธยมศึกษา	13	11.5
อนุปริญญา	3	2.6
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช)	4	3.5
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส)	5	4.4
ปริญญาตรี	47	41.2
ปริญญาโท	18	15.8
สูงกว่าปริญญาโท	3	2.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	7.0
เรียนหนังสือ	1	0.9
ข้าราชการ	27	23.7
พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง	28	24.6
ธุรกิจส่วนตัว	19	16.7
ค้าขาย	4	3.5
รับจ้าง	16	14.0
เกษตรกร	3	2.6
อื่น ๆ	8	7.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	25	21.9
10,001– 20,000 บาท	22	19.3
20,001–30,000 บาท	31	27.2
30,001–40,000 บาท	16	14.0
40,001–50,000 บาท	9	7.9
50,0001 บาทขึ้นไป	11	9.7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
เพียงพอ	82	71.9
ไม่เพียงพอ	32	28.1
ลักษณะครอบครัว		
อยู่คนเดียว	14	12.3
ครอบครัวเดี่ยว มีสามี ภรรยา / พ่อ แม่ / ลูก	76	66.7
ครอบครัวใหญ่ มีสามี ภรรยา / พ่อ แม่ ลูก / ปู่ย่า ตายาย ญาติพี่น้อง	24	21.0
น้ำหนักปัจจุบัน		
ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร	8	7.0
ค่าดัชนีมวลกาย 18.5–24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	59	51.8
ค่าดัชนีมวลกาย 25–29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	37	32.4
ค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตรขึ้นไป	10	8.8
	$\overline{X}$ = 24.26	SD =3.87
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคกรดไหลย้อน		
0–1 ปี	45	39.5
มากกว่า 1–3 ปี	32	28.1
มากกว่า 3–5 ปี	8	7.0
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	29	25.4
	$\overline{X}$ = 3.07	SD = 2.89

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษา		
ภายหลังจากมีอาการ		
0–1 ปี	42	36.8
มากกว่า 1–3 ปี	33	29.0
มากกว่า 3–5 ปี	7	6.1
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	32	28.1
	$\overline{X}$ = 3.22	SD = 2.91
ความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นใน 1 วัน		
มีอาการเกิดขึ้น 1–2 ครั้ง/วัน	61	53.5
มีอาการเกิดขึ้น 3–4 ครั้ง/วัน	47	41.2
มีอาการเกิดขึ้น 5 ครั้ง/วันขึ้นไป	6	5.3
	$\overline{X}$ = 2.46	SD =1.20
ความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์		
มีอาการเกิดขึ้น 1 วัน/สัปดาห์	14	12.3
มีอาการเกิดขึ้น 2–3 วัน/สัปดาห์	36	31.5
มีอาการเกิดขึ้น 4–6 วัน/สัปดาห์	46	40.4
มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน	18	15.8
	$\overline{X}$ = 4.09	SD = 1.82
ชนิดของการรักษาที่ได้รับ		
การใช้ยา	5	4.4
การใช้ยาร่วมกับการแนะนำการปฏิบัติตัว	109	95.6

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของยาที่ได้รับ		
ยาที่ได้รับ 1 ชนิด	34	29.8
ยาที่ได้รับ 2 ชนิดขึ้นไป	80	70.2
ภาวะโรคร่วม		
ไม่มี	51	44.7
มี	63	55.3
จำนวนภาวะโรคร่วม		
ภาวะโรคร่วม 1 โรค	46	40.4
ภาวะโรคร่วม 2 โรค	12	10.5
ภาวะโรคร่วม 3 โรค	5	4.4
โรคร่วมที่พบ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด = 93 คำตอบ)		
ความดันโลหิตสูง	29	46.0
เบาหวาน	12	19.1
ไขมันในเลือดสูง	10	15.9
หอบหืด	9	14.3
หัวใจผิดปกติ	7	11.1
ไวรัสตับอักเสบ	5	7.9
ไขมันพอกตับ	2	3.2
ตับแข็ง	2	3.2
ต่อมลูกหมากโต	2	3.2
นิ่วในถุงน้ำดี	1	1.6
ไธรอยด์	1	1.6
โลหิตจาง	1	1.6

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	1.6
โรคแพ้ภูมิตนเอง (SLE)	1	1.6
รูมาตอยด์	1	1.6
ข้อเสื่อม	1	1.6
การมาตรวจตามแพทย์นัด		
มาตรวจตามแพทย์นัดเป็นประจำทุกครั้ง	87	76.3
มาตรวจตามแพทย์นัดเกือบทุกครั้ง	13	11.4
มาตรวจตามแพทย์นัดเป็นบางครั้ง	8	7.0
ไม่เคยมาตรวจตามแพทย์นัดเลย	6	5.3

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 51–60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.5 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.7 การศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 41.2 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท/ลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 24.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001–30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.2 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 71.9 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมีสามี ภรรยา/พ่อ แม่/ลูก คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5–24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 51.8 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคกรดไหลย้อนอยู่ระหว่าง 0–1 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.5 ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาภายหลังจากมีอาการระหว่าง 0–1 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8 พบความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้น 1–2 ครั้ง/วัน คิดเป็นร้อยละ 53.5 โดยเกิดขึ้น 4–6 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 40.4 ชนิดของการรักษาที่ได้รับโดยการใช้ยาร่วมกับการแนะนำการปฏิบัติตัว คิดเป็นร้อยละ 95.6 และชนิดของยาที่ได้รับตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 70.2 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 55.3 ส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 40.4 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมาคือโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 19.1 และ 15.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มาตรวจตามแพทย์นัดเป็นประจำทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 76.3

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ตารางที่ 5 คะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 114)

คุณภาพชีวิต	$\overline{X}$	SD	Min	Max	การแปลผล
ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	20.51	2.99	10.91	27.72	ปานกลาง
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	23.82	3.61	14.29	30.00	ดี
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	23.94	3.06	16.71	30.00	ดี
ด้านครอบครัว	24.16	3.57	12.30	30.00	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	22.38	2.69	16.04	27.63	ดี

จากตารางที่ 5 พบว่า ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านครอบครัว ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียด

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลระดับคะแนนของภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา ความเครียด และคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 114)

ตัวแปร	$\overline{X}$	SD	Min	Max	การแปลผล
ภาวะน้ำหนักเกิน	24.26	3.87	15.86	40.06	ปกติ
ความรุนแรงของอาการ	13.06	5.43	.00	30.00	ไม่สุขสบาย
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	44.08	9.60	14.00	66.00	ไม่เหมาะสม
สุขลักษณะการนอนหลับ	14.45	3.35	7.00	22.00	ไม่ปฏิบัติเลย
ความร่วมมือในการรับประทานยา	17.54	2.69	7.00	26.00	ปานกลาง
ความเครียด	15.31	8.57	1.00	45.00	ปกติ/ไม่เครียด
คุณภาพชีวิตโดยรวม	22.38	2.69	16.04	27.63	ดี

จากตารางที่ 6 พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนอยู่ในระดับดี ภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง และความเครียดอยู่ในระดับปกติ/ไม่เครียด ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่ปฏิบัติตามสุขลักษณะการนอนหลับ และความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับที่ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรประจำวัน

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยาและความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) (n = 114)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ภาวะน้ำหนักเกิน	.127	.179
ความรุนแรงของอาการ	-.121	.199
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	.108	.251
สุขลักษณะการนอนหลับ	-.052	.583
ความร่วมมือในการรับประทานยา	-.013	.893
ความเครียด	-.350**	.000

*p < .05, **p < .01

จากตารางที่ 7 พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.350) หมายความว่า ผู้ป่วยมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปกติ/ไม่เครียด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ส่วนภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ และความร่วมมือในการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน หมายความว่า ผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความรุนแรงของอาการในระดับที่ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรประจำวัน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ปฏิบัติตามสุขลักษณะการนอนหลับ และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาในระดับปานกลาง มีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18–60 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without replacement) จำนวน 114 คน และได้กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 38 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน 2557 ถึง เดือนมกราคม 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 7 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดคุณภาพชีวิต 3) แบบประเมินความรุนแรงของอาการ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 5) แบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับ 6) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา และ 7) แบบประเมินความเครียด แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.88, 1.00, 0.80, 0.85, 1.00 และ1.00 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94, 0.89, 0.85, 0.71, 0.91 และ 0.88 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ป่วย ลักษณะครอบครัว และปัจจัยด้านสุขภาพ อันได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาที่ได้รับการ

วินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคกรดไหลย้อน ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาภายหลังจากมีอาการ ความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อน ชนิดของการรักษาที่ได้รับ ชนิดและขนาดของยา รวมทั้งเวลาที่ได้รับยาในปัจจุบัน ภาวะโรคร่วม และการมาตรวจตามแพทย์นัด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน วิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 51–60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.5 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.7 การศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 41.2 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท/ลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 24.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001–30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.2 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 71.9 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมีสามี ภรรยา/พ่อ แม่/ลูก คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5–24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 51.8 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคกรดไหลย้อนอยู่ระหว่าง 0–1 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.5 ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาภายหลังจากมีอาการระหว่าง 0–1 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8 พบความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้น 1–2 ครั้ง/วัน คิดเป็นร้อยละ 53.5 โดยเกิดขึ้น 4–6 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 40.4 ชนิดของการรักษาที่ได้รับโดยการใช้ยาร่วมกับการแนะนำการปฏิบัติตัว คิดเป็นร้อยละ 95.6 และชนิดของยาที่ได้รับตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 70.2 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 55.3 ส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 40.4 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมาคือโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 19.1 และ 15.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มาตรวจตามแพทย์นัดเป็นประจำทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 76.3

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 22.38, SD = 2.69) ด้านครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 24.16, SD = 3.57) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 23.94, SD = 3.06) และด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 23.82, SD = 3.61) ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 20.51, SD = 2.99) แสดงให้เห็นว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($\overline{X}$ = 24.26, SD = 3.87) คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 17.54, SD = 2.69) คะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับปกติ/ไม่เครียด ($\overline{X}$ = 15.31, SD = 8.57) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ($\overline{X}$ = 44.08, SD = 9.60) คะแนนเฉลี่ยสุขลักษณะการนอนหลับอยู่ในระดับที่ไม่ปฏิบัติเลย ($\overline{X}$ = 14.45, SD = 3.35) และคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับที่ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรประจำวัน ($\overline{X}$ = 13.06, SD = 5.43)

4. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.350) หมายความว่า ผู้ป่วยมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปกติ/ไม่เครียด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ส่วนภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ และความร่วมมือในการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน หมายความว่า ผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความรุนแรงของอาการในระดับที่ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรประจำวัน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ปฏิบัติตามสุขลักษณะการนอนหลับ และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาในระดับปานกลาง มีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

Chulalongkorn University

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านครอบครัว ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนเป็นการรับรู้ความรู้สึกที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งที่มีความสำคัญตามสภาพที่ดำรงอยู่และตัดสินด้วยตัวผู้ป่วยเองตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ Ferrans และ Powers (1992) 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านครอบครัวอยู่ในระดับดี โดยมีความพึงพอใจในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญด้านครอบครัวอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัว และความช่วยเหลือ ความเห็นอกเห็นใจ กำลังใจที่ได้รับจากครอบครัวอยู่ในระดับดี ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวเป็นความรู้สึกที่มีต่อสัมพันธภาพในครอบครัว ประกอบด้วยความสุขในครอบครัว ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งทัศนคติต่อตนเองและคนในครอบครัว อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.7 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมีสามี ภรรยา/พ่อ แม่/ลูก คิดเป็นร้อยละ 66.7 ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยด้านครอบครัวอยู่ในระดับดี เนื่องจากคู่สมรสและบุคคลในครอบครัวจัดเป็นบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิด เฝ้าติดตาม คอยดูแล ส่งเสริม และให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยต้องการได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด มีความรู้สึกผูกพัน มีความมั่นคงในอารมณ์ รวมทั้งมีความมั่นใจในการเผชิญต่อปัญหา ซึ่งความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อความสุข ภาวะสุขภาพ และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับ Wahlqvist และคณะ (2008) ศึกษาในปี 2004 พบว่ามีผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันร้อยละ 24.6 มีประสิทธิภาพการทำงานและชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยลดลง 2.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวทั้งทางด้านการเงิน ภาวะสุขภาพ และสัมพันธภาพกับสมาชิกภายในครอบครัว

เมื่อพิจารณาด้านจิตใจและจิตวิญญาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านจิตใจและจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี โดยมีความพึงพอใจในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความสำเร็จตามสิ่งที่มุ่งหวังในชีวิต ความสุขในชีวิตโดยทั่วไป และการดำเนินชีวิตในปัจจุบันอยู่ในระดับดี ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณเป็นการรับรู้ผลการตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มากระทบในชีวิต ประกอบด้วยความสงบทางใจ ความสุขทั่วไป ความพึงพอใจ และการยอมรับในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับ Joshua (2003) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันที่ได้รับยา omeprazole ขนาด 10–20 มิลลิกรัมต่อวัน จะมีผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกใกล้เคียงกับคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับ Tack และคณะ (2012) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มีอาการในเวลากลางวันจะมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงและเกิดขาดงานสูงกว่าปกติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และความผาสุกของชีวิตลดลง

เมื่อพิจารณาด้านสังคมและเศรษฐกิจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี โดยมีความพึงพอใจในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยบ้านเรือนและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง หน้าที่การงานในปัจจุบัน และการพึ่งตนเองในด้านการเงินอยู่ในระดับดี ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจแสดงถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจที่มั่นคงของผู้ป่วย สามารถพึ่งพา

ตนเอง จัดการด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ ได้รับการศึกษา และมีสัมพันธภาพกับเพื่อนและเพื่อนบ้าน อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 41.2 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท/ลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 24.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001–30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.2 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 71.9 ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ป่วยมีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจที่มั่นคง สามารถพึ่งพาตนเองทั้งทางด้านการเงิน การมีงานทำ และการมีที่พักอาศัย สอดคล้องกับ Shin และคณะ (2012) ศึกษาพบว่าพนักงานประจำที่เป็นโรคกรดไหลย้อนในประเทศเกาหลีเกิดการขาดงานถึงร้อยละ 1.49 ซึ่งสูงกว่าพนักงานที่ไม่ได้เป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 0.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังพบว่าประสิทธิภาพการทำงานลดลงถึงร้อยละ 34.13 ซึ่งสูงกว่าพนักงานที่ไม่ได้เป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 9.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ยังมีชั่วโมงการทำงานลดลงถึงร้อยละ 33.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คิดเป็นชั่วโมงการทำงานเพียง 11.7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อคนเท่ากับ 165.07 ดอลล่าห์ต่อสัปดาห์ ในขณะที่ชาวตะวันตกทั่วไปมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงเฉลี่ย 16.25 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และเกิดการขาดงานโดยเฉลี่ย 0.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการทำงานลดลงและมีรายได้ที่ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจลดลง

เมื่อพิจารณาด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดจากอาการของโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้น ความเครียดหรือความวิตกกังวลจากปัญหาที่เกี่ยวกับโรคกรดไหลย้อน และการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากปัญหาเกี่ยวกับโรคกรดไหลย้อนอยู่ในระดับน้อยที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการและภาวะแทรกซ้อนรบกวนทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ด้านร่างกายในชีวิตประจำวันตามบทบาทในสังคมที่แย่ลง ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายเป็นภาวะสุขภาพร่างกาย การดูแลสุขภาพ ความสามารถในการดูแลและพึ่งพาตนเองทางร่างกาย และความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทในสังคม อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51–60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.5 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ความสมบูรณ์ด้านร่างกายเริ่มเสื่อมถอยตามอายุ มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น เสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมาตั้งแต่ช่วงตอนต้น ทำให้เกิดข้อจำกัดในการรักษาภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ความไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ ความรุนแรงและผลร้ายของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ทำให้การเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่าง

กัน สอดคล้องกับสุเทพ กลชาญวิทย์ (2553) พบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนส่วนใหญ่พบในอายุ 40–64 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่

นอกจากนี้ภาวะโรคร่วมเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลต่อสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 55.3 ส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 40.4 รองลงมาคือ มีภาวะโรคร่วม 2 โรค และมีภาวะโรคร่วม 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 10.5 และ 4.4 ตามลำดับ ภาวะโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมาคือ โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 19.1 และ 15.9 ตามลำดับ ซึ่งภาวะโรคร่วมเป็นปัจจัยสนับสนุนการดำเนินของโรคกรดไหลย้อน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สอดคล้องกับ Joshua (2003) ศึกษาพบว่าอาการของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านความเจ็บปวดของร่างกายและการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงถึงร้อยละ 41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังพบว่าอาการของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวสวีเดนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยทำให้การปฏิบัติงานและการทำกิจกรรมลดลงร้อยละ 23 เช่นเดียวกับ Ronkainen และคณะ (2006) ศึกษาพบว่าชาวสวีเดนมีอาการของโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ อาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก และการไหลย้อนกลับของกรด ซึ่งมีอาการเกิดขึ้นทุกวันร้อยละ 6 มีอาการเกิดขึ้นทุกสัปดาห์ร้อยละ 14 และมีอาการเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 20 ตามลำดับ โดยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป คือ Short Form Health Survey: SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) โดยประเมินมิติทางสุขภาพ 8 มิติ พบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคกรดไหลย้อนเกิดขึ้นทุกวันจะส่งผลต่อมิติคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกายและด้านจิตใจ ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคกรดไหลย้อนทุกสัปดาห์จะส่งผลต่อมิติคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาททางสังคม ด้านความทุกข์ทรมานของร่างกาย และด้านภาวะสุขภาพทั่วไป ในขณะที่ Wahlqvist และคณะ (2008) ศึกษาในปี 2004 พบว่ามีผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันร้อยละ 24.6 มีประสิทธิภาพการทำงานและชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยลดลง 2.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ อาจทำให้เกิดการขาดงานและมีการใช้บริการด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายในชีวิตประจำวันและด้านจิตใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้นเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ความรู้สึกต่อความพึงพอใจและการให้ความสำคัญของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans และ Powers (1992) ซึ่งมีองค์ประกอบด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว โดยสร้างความทุกข์ทรมานจากอาการที่กำเริบขึ้นและภาวะแทรกซ้อนที่รบกวน บั่นทอนชีวิต ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน

ประสิทธิภาพการทำงานลดลง อาจลาหยุดงาน ขาดรายได้ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น การร่วมสังสรรค์ลดลง เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความไม่พึงพอใจ และความรู้สึกสิ้นหวังที่ต้องเผชิญกับอาการที่กำเริบขึ้นและภาวะแทรกซ้อนที่รบกวน ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต

2. ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ภาวะน้ำหนักเกิน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ภาวะน้ำหนักเกินเป็นภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ เนื่องจากมีการสะสมไขมันในร่างกายที่มากเกินไป ประเมินได้จากค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน (กองโภชนาการ, 2549) เมื่อมีภาวะน้ำหนักเกินจะเพิ่มแรงดันในกระเพาะอาหารทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีการไหลย้อนของกรดเพิ่มขึ้น (น้ำทิพย์ ส่งสวัสดิ์, 2556) โดยเฉพาะภาวะน้ำหนักตัวมากจนดัชนีมวลกายมากกว่า 25 จะเพิ่มอาการของโรคมากขึ้นโดยมีความสัมพันธ์ต่ออาการของโรคกรดไหลย้อนมากกว่าคนปกติ 2–3 เท่า เกิดภาวะหลอดอาหารอักเสบ เยื่อบุหลอดอาหารผิดปกติชนิด Barrett's esophagus และมะเร็งของหลอดอาหารมากขึ้น (Corley & Kubo, 2006) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยภาวะน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี จึงไม่สอดคล้องกับ Ruhl และ Everhart (1999) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 5.2 ซึ่งมีค่าดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นจากเดิม 5 กิโลกรัม/ตารางเมตร ทำให้เกิดภาวะกรดไหลย้อนมากขึ้นถึงร้อยละ 22 นั่นคือผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง รวมทั้งส่งผลต่อความเครียด ความซึมเศร้า และความผาสุกในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

ในขณะที่ Nocon, Labenz และ Willich (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของกิจวัตรประจำวันกับอาการของโรคกรดไหลย้อนชาวเยอรมันซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงจากภาวะน้ำหนักเกิน ผลการศึกษาพบว่าคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 25–30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) และภาวะอ้วน (ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) จะมีอาการของโรคกรดไหลย้อนและเกิดภาวะของหลอดอาหารอักเสบมากกว่าคนปกติในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 18 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะน้ำหนักเกินจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

เช่นเดียวกับ Shapiro และคณะ (2007) ศึกษาผู้ป่วยที่มีหลอดอาหารอักเสบ (erosive esophagitis) โดยประเมินภาวะน้ำหนักเกินของผู้ป่วยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการไหลย้อนของกรดที่เกิดขึ้น จึงไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

นอกจากนี้ Anggiansah และคณะ (2013) ศึกษาภาวะน้ำหนักเกินจะทำให้การทำงานของหูรูดหลอดอาหารส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = -.209) เกิดกรดไหลย้อนและอาการแสบร้อนหน้าอกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .300) ส่งผลต่อร่างกายทำหน้าที่ลดลงนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง

ความรุนแรงของอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ความรุนแรงของอาการเป็นระดับความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อน จำแนกตามเกณฑ์ที่ประเมินจากผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีต่อการตอบสนองผลการรักษา แบ่งเป็น 6 ระดับ (Shaw, Tally, & Beebe, 2001) ได้แก่ ไม่มีอาการ รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นแต่พอทนไหว มีอาการทำให้ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรปกติและขณะนอนหลับจำเป็นต้องได้รับยาบางครั้ง มีอาการรุนแรงทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและนอนหลับได้ต้องได้รับยาตามอาการ และมีอาการรุนแรงมากทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง นอกจากนี้ระดับความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งจะทำให้มีความรุนแรงของอาการมากขึ้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลงนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับที่ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรประจำวัน ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่มีอาการปวดและแสบร้อนบริเวณด้านหลังของกระดูกหน้าอก มีรสเปรี้ยวของกรดหรือรสขมอยู่ในลำคอ รวมทั้งมีอาการปวดและแสบร้อนบริเวณกระเพาะอาหารส่วนบนหรือลิ้นปี่ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคกรดไหลย้อนในระยะเวลา 0–1 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.5 และตัดสินใจมารับการรักษาภายหลังจากมีอาการในระยะเวลา 0–1 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8 ซึ่งการได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ถูกต้องรวดเร็วและการตัดสินใจของผู้ป่วยที่มารับการรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลาอาจทำให้ความรุนแรงของอาการลดลง รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนจากการมีภาวะโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 55.3 ส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 40.4 รองลงมาคือ มีภาวะโรคร่วม 2 โรค และ มีภาวะโรคร่วม 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 10.5 และ 4.4 ตามลำดับ โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมาคือ โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 19.1 และ 15.9 ตามลำดับ ซึ่งภาวะโรคร่วมเป็นปัจจัยสนับสนุนการดำเนินของโรคกรดไหลย้อน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนมากขึ้น จึงไม่สอดคล้องกับ Bytzer (2004) และ Junghard และ Wiklund (2008) ศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการของโรคมากขึ้นจะทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงและส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

เช่นเดียวกับธนกร และคณะ (2553) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 473 ราย มีอาการแสดงที่ไม่จำเพาะส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการแสบคอ/เจ็บคอ รู้สึกมีก้อนอยู่ในคอ และจุกแน่นแสบลิ้นปี่ และมีอาการแสดงที่จำเพาะส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการเรอเปรี้ยว และ/หรืออาการแสบร้อนยอดอกพบน้อยกว่า ซึ่งอาการแสดงที่เกิดขึ้นทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงและส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

ในขณะที่กิตติประกาย อัครธรรม (2554) ศึกษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนลงกล่องเสียงที่มารักษาในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบอาการของโรคกรดไหลย้อนลงกล่องเสียง ได้แก่ อาการแสบร้อนยอดอกและระยะเวลาที่มีอาการผิดปกติก่อนมาพบแพทย์สูงสุด 375 วัน และต่ำสุด 11 วัน อาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุด ได้แก่ มีก้อนจุกในคอ เจ็บคอเรื้อรัง เสียงแหบ ไอ กระแอมตามลำดับโดยพบอาการแสบร้อนหน้าอกหรือขย้อนร่วมด้วยร้อยละ 75 อาจพบอาการกลืนลำบาก และการวินิจฉัยที่ถูกต้องทำให้การรักษาได้ทันเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นภาวะแทรกซ้อนลดลงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากนี้พบความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้น 1–2 ครั้ง/วัน คิดเป็นร้อยละ 53.3 โดยเกิดขึ้น 4–6 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 40.8 จะเห็นได้ว่าความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นจะทำให้ความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนมากขึ้น เช่นเดียวกับ Schwizer และ Thumshirn et al (2001) ศึกษาพบว่าความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งตามจำนวนวันที่เกิดอาการ ได้แก่ มีอาการน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ มีอาการ 2 วันต่อสัปดาห์ มีอาการ 3-6 วันต่อสัปดาห์ และ มีอาการทุกวัน ซึ่งความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

ในขณะที่ Tack และคณะ (2012) ศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยโดยเฉพาะอาการที่เกิดขึ้นตอนกลางคืนส่งผลให้คะแนนคุณภาพการนอนหลับลดลง ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการในเวลากลางวันจะทำให้ประสิทธิภาพในทำงานลดลงและเกิดขาดงานสูงกว่าปกติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และความผาสุกของชีวิตลดลง

ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.350$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์ที่คุกคามจิตใจโดยแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ทางร่างกายและพฤติกรรม ผลจากความเครียดนำไปสู่สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป ขาดสมาธิ มีปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจ (กรมสุขภาพจิต, 2541)

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับปกติ/ไม่เครียด ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีอาการที่ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด ไม่มีความวุ่นวายใจ ยังอยากพบปะผู้คน ไม่รู้สึก

หมดหวังในชีวิต ไม่รู้สึกว่าชีวิตของตนไม่มีคุณค่า ไม่มีอาการกระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา ไม่รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ ไม่มีอาการเสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ และไม่มีอาการปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอยหลังหรือไหล่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51–60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.5 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีพัฒนาการด้านวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ เป็นช่วงวัยที่ได้รับความยกย่องจากคนในครอบครัวและสังคม มีความรับผิดชอบ มีหน้าที่การงาน และเป็นที่พึ่งของคนอื่นได้ รวมทั้งมีความมั่นคงในชีวิตและครอบครัว ในขณะที่สภาพแวดล้อมในปัจจุบันมีลักษณะเป็นสังคมเมืองที่มีประชากรหนาแน่น มีศูนย์กลางของความเจริญทางเทคโนโลยีและคมนาคม รวมทั้งความหลากหลายทางเศรษฐกิจที่ประกอบกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่เร่งรีบ นอกจากนี้อาการที่กำเริบขึ้นและภาวะแทรกซ้อนที่รบกวนสร้างความวิตกกังวลและความไม่พึงพอใจกับผู้ป่วย ส่งผลคุกคามสภาพจิตใจนำไปสู่ความเครียดและความรู้สึกสิ้นหวังที่ต้องเผชิญกับอาการทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

อย่างไรก็ตามมีปัจจัยสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่างจากสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 67.5 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมีสามี ภรรยา/พ่อ แม่/ลูก คิดเป็นร้อยละ 66.7 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 41.2 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท/ลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 24.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001–30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.2 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 71.9 เช่นเดียวกับการศึกษา Fass และคณะ (2008) ศึกษาพบว่าเมื่อเกิดความเครียดจะทำให้เกิดการหลั่งกรดมากขึ้น หากเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง

3. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำ การเลือกประเภทอาหาร รูปแบบการรับประทานอาหาร และสุขนิสัยในการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำจนเกิดเป็นความเคยชิน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การลดอาหารที่ไม่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร (นพวรรณ เปียซื่อ และคณะ, 2549) จะเห็นได้ว่าอาหารที่มีความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ อาหารชนิดรสเผ็ดจัด อาหารที่มีแคลอรี่และไขมันสูง อาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า สเต็ก มันฝรั่งทอด ไก่ทอด ขนมขบเคี้ยว อาหารประเภทถั่วและผลิตภัณฑ์ของถั่ว ช็อกโกแล็ต เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาร์บอเนต เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือกาแฟ ผลไม้หรือน้ำผลไม้ เช่น ส้ม มะนาว องุ่น มะเขือเทศ เป็นต้น (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2553) รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เช่น การ

รับประทานอาหารมื้อใหญ่หรือปริมาณมาก การรับประทานเนื้อสัตว์เพิ่มขึ้นทำให้ได้รับไขมันเพิ่มขึ้น การงดมื้ออาหาร การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา จะส่งผลให้หูรูดหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัว เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น (El–Serag, Satia, & Rabeneck, 2005) นอกจากนี้การปฏิบัติตัวหลังรับประทานอาหารโดยเฉพาะการนอนหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ ทำให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น (Piesman และคณะ, 2007)

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติอยู่ทุกวัน ได้แก่ รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือกาแฟ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และรับประทานอาหารก่อนนอน 2 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีแคลอรี่และไขมันสูง รับประทานอาหารประเภททอด รับประทานอาหารรสเผ็ดจัด และรับประทานอาหารตามใจตัวเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับกิตติประกาย อัครธรรม (2554) ศึกษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนลงกล่องเสียงที่มารักษาในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 121 ราย พบว่ามีปัจจัยเรื่องอาหารที่มีไขมันสูง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.92 โดยเฉพาะรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงร่วมกับอาหารรสจัด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับกินอาหารรสจัดและอาหารที่มีไขมันสูงและความอ้วนร่วมกับดื่มกาแฟ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยร่วมอื่นที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น

เช่นเดียวกับ Ruhl และ Everhart (1999) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชาวอเมริกันที่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกรดไหลย้อนมากขึ้น ส่งผลต่อความเครียด ความซึมเศร้า และความผาสุกในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

ในขณะที่ Kaltenbach, Crockett และ Gerson (2006) ศึกษาพบว่าการรับประทานแอลกอฮอล์อยู่เป็นประจำทำให้หูรูดของหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัวเกิดกรดไหลย้อนมากขึ้นทำให้ร่างกายทำหน้าที่ลดลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง

เช่นเดียวกับ Nocon, Labenz และ Willich (2006) ศึกษาพบว่าชาวเยอรมันจำนวน 7,124 คน มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการของโรคกรดไหลย้อนจากการการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการของโรคกรดไหลย้อน เช่น แอลกอฮอล์ เนื้อสัตว์ ผลไม้รสเปรี้ยว เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

นอกจากนี้ Fox และคณะ (2007) ศึกษาผลกระทบของอาหารที่ปริมาณไขมันและแคลอรี่สูงต่อการเกิดอาการของโรคกรดไหลย้อนโดยการใช้แคปซูลตรวจวัดความเป็นกรดในหลอดอาหารโดยใช้คลื่นสัญญาณ (Bravo pH monitoring) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณแคลอรี่สูงมีอาการของโรคกรดไหลย้อนรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณแคลอรี่ต่ำ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มี

ปริมาณไขมันสูงมีอาการของโรคกรดไหลย้อนไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณไขมันต่ำ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงจะมีความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนมากขึ้น ได้แก่ อาการแสบร้อนหน้าอก การเกิดกรดไหลย้อน และอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งอาการของโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

อย่างไรก็ตาม Piesman และคณะ (2007) ศึกษาพบว่าการนอนโดยเฉพาะนอนราบภายใน 2 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ ทำให้เกิดกรดไหลย้อนขณะนอนหลับมากขึ้นและยังพบอาการแสบร้อนหน้าอกร่วมด้วยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง

ในขณะที่ Shapiro และคณะ (2007) ศึกษาการประเมินสารอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดอาการของโรคกรดไหลย้อน พบว่าผู้ป่วยที่มีหลอดอาหารอักเสบ (erosive esophagitis) จะมีจำนวนครั้งของการเกิดกรดไหลย้อนในท่านั่งและท่านอนราบและมีระยะเวลาของการเกิดกรดค้างอยู่ในหลอดอาหารนาน มีอาการแสบร้อนหน้าอกเกิดขึ้นหลายครั้งภายในสัปดาห์เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 12.4 ปี และความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อประเมินภาวะน้ำหนักเกินของผู้ป่วยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการไหลย้อนของกรดที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับปริมาณคลอเรสเตอรอล กรดไขมันอิ่มตัว และปริมาณแคลอรี่ที่สูงจะทำให้เกิดการไหลย้อนของกรดมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง

เช่นเดียวกับ Zheng และคณะ (2007) ศึกษาพบว่ากาแฟจะกระตุ้นให้เกิดอาการแสบร้อนหน้าอก เมื่อมีอาการมากขึ้นทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

นอกจากนี้ Geratikornsupuk, Chaiwatanarat และ Gonlachanvit (2008) ศึกษาพบว่าการรับประทานอาหารชนิดรสเผ็ดจัดทำให้เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้นและเมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

สุขลักษณะการนอนหลับ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า สุขลักษณะการนอนหลับเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลต่อการนอนหลับที่ถูกต้อง และขจัดพฤติกรรมที่รบกวนการนอนของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน (Cheek, Shaver, & Lantz, 2004) ประกอบด้วยตารางการเข้านอนและการตื่นนอนเป็นเวลา เข้านอนเมื่อรู้สึกง่วง นอนหลับให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงความเครียดและความวิตกกังวลก่อนนอน (Carskadon, 1990) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อหนัก ๆ ก่อนนอนหรืออิ่มเกินไป หรือกินอาหารเย็นดึกเกินไป จะทำให้ร่างกายตื่นตัวจากการเผาผลาญอาหาร (Clark, 1992) หากปฏิบัติตัวตามสุขลักษณะการนอนหลับไม่ดี จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อการรบกวนการนอนหลับ นอกจากนี้ Kozier และคณะ (2004) ศึกษาพบว่าปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ เช่น นอนไม่พอ นอนไม่หลับ นอนไม่เป็นเวลา หยุดหายใจขณะหลับ จะทำให้คุณภาพการนอนหลับสูญเสียไปส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลงโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่หยุดหายใจขณะหลับจะทำให้แรงดันในช่องทางเดินอากาศลดลงกระตุ้นให้

เกิดกรดไหลย้อนมากขึ้น อย่างไรก็ตามท่านอนหงายราบหรือศีรษะต่ำกว่าลำตัวจะทำให้เกิดกรดไหลย้อนขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (น้ำทิพย์ ส่งสวัสดิ์, 2556)

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยสุขลักษณะการนอนหลับอยู่ในระดับที่ไม่ปฏิบัติเลย ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีหายใจติดขัดขณะหลับ ไม่มีสำลักและสูดอากาศเข้าลึกขณะหลับ แต่มีปัญหาที่รบกวนการนอนหลับอยู่เป็นประจำ ได้แก่ มีกรนเสียงดังขณะหลับ นอนหลังรับประทานอาหารภายในเวลา 2 ชั่วโมง และนอนหลับในท่านอนหงายราบหรือศีรษะต่ำกว่าลำตัว จึงไม่สอดคล้องกับ Orr และคณะ (2004) ศึกษาพบว่าขณะนอนหลับตอนกลางคืนเกิดกรดไหลย้อนน้อยกว่ากลางวันแต่จะเกิดขึ้นเป็นเวลานาน ในขณะที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจะเกิดกรดไหลย้อนเพิ่มขึ้นส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลงทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

เช่นเดียวกับ Jansson และคณะ (2009) ศึกษาในผู้ป่วยชาวนอร์เวย์ที่เป็นโรคกรดไหลย้อนชนิดรุนแรงพบมีปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่หลับ นอนไม่เพียงพอ ถูกรบกวนขณะนอนหลับจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลต่อนอนหลับที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงปัญหาที่รบกวนการนอน และท่านอนที่ถูกต้อง จะทำให้มีสุขลักษณะการนอนหลับที่เหมาะสมและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ความร่วมมือในการรับประทานยา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นพฤติกรรมการรับประทานยาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง โดยปฏิบัติตัวสอดคล้องตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ ไม่มีพฤติกรรมการปรับเพิ่มลดขนาดยาหรือหยุดใช้ยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ (Ho, Bryson, & Rumsfeld, 2009) รับประทานยาถูกต้องตามชนิดของยา ขนาดของยา ครบตามจำนวน และตรงเวลา (ฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2554) ไม่มีพฤติกรรมการลืมรับประทานยา และมีวิธีช่วยเตือนในการรับประทานยาที่ง่ายต่อการจำและการเข้าถึง (Johnson, 2002) เมื่อผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจจนเกิดการยอมรับในการแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพโดยการปฏิบัติที่มีประโยชน์และส่งผลดีต่อสุขภาพ สามารถลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหรือทำให้หายหรือไม่เป็นโรคได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่ซื้อยารับประทานเองเมื่อมีอาการและลืมรับประทานยาโรคกรดไหลย้อน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาโดยใช้ยาร่วมกับการแนะนำการปฏิบัติตัว คิดเป็นร้อยละ 95.6 และได้รับยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 70.2 อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจจนเกิดการยอมรับและมีความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยาว่าสามารถลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรง

อาการ การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำ จะทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่สอดคล้องกับ Fass และ Sifrim (2009) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55 รับประทานยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะตามแพทย์สั่งถึง 1 เดือน ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 30 ทานยาตามแพทย์สั่งถึง 6 เดือน ส่วนใหญ่จะรับประทานยาเมื่อมีอาการกำเริบเท่านั้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง

ในขณะที่ Hershcovici และ Fass (2010) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มีอาการกำเริบมากกว่าร้อยละ 50 ใช้ยาบรรเทาอาการที่นอกเหนือจากแพทย์สั่งโดยใช้ยามากกว่า 1 ตัว หรือใช้ยาที่หาซื้อเองจะออกฤทธิ์เร็วกว่าซึ่งเป็นการรักษาที่ไม่ถูกต้องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง

นอกจากนี้ธนกร และคณะ (2553) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มารักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 473 ราย ได้รับการสั่งใช้ยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะร้อยละ 96.77 โดยได้รับร่วมกับยากลุ่มกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร ร้อยละ 71.3 ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบมากที่สุด รองลงมาคือได้รับยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะเพียงอย่างเดียวคิดเป็นร้อยละ 22.24 และได้รับยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะร่วมกับ H2–receptor antagonist และยากลุ่ม prokinetic drugs คิดเป็นร้อยละ 3.24 ยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะ (proton pump inhibitors: PPIs) ที่แพทย์สั่งมากที่สุดสองลำดับคือ omeprazole กับ eomeprazole คิดเป็นร้อยละ 64 และ 18 ตามลำดับ ส่วนใหญ่แพทย์สั่งให้ก่อนอาหารร้อยละ 76.08 ระยะเวลา 2 สัปดาห์ร้อยละ 36.46 รองลงมาคือระยะเวลา 4 และ 8 สัปดาห์ร้อยละ 23.76 และ 11.05 ตามลำดับ โดยสอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคกรดไหลย้อนของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และผู้ป่วยความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาครั้งนี้ ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.350$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ในขณะที่ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ และความร่วมมือในการรับประทานยา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาโปรแกรมการเผชิญความเครียดเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

2. ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม โดยจัดให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และจัดให้มีแบบอย่างของผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในระยะยาวตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เนื่องจากแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีทั้งการใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต และการผ่าตัด ซึ่งต้องใช้เวลาในการประเมินผู้ป่วย

2. การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินตัวแปรนี้ให้มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. (2541). *การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์.* กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2545). *ความเครียดและวิธีคลายเครียด.* กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษร.

กองโภชนาการ. (2549). รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. *แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ*. นนทบุรี: กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.

กิตติประกาย อัครธรรม. (2554). โรคกรดไหลย้อนลงกล่องเสียงในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. *Royal Thai Air Force Medical Gazette, 58*(2).

ชมรมโมติลิตี้แห่งประเทศไทย. (2547). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย.* สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.

ฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 22*(2), 1-14.

ณัฐฐิตา เพชรประไพ. (2541). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ณัฐยา ศรีทะแก้ว, ชนกพร จิตปัญญา และประนอม รอดทำดี. (2550). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความง่วงของเด็กวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 21*(2), 26-39.

ทวีศักดิ์ แทนวันดี, บัญชา โอวาทพารพ, สมชาย ลีลากุศลวงศ์, ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ และสุพจน์ พงศ์ประสบชัย. (2547). *Upadate in the management of GI and Liver Cancer*. สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ศุภวนิชการพิมพ์.

ธนกร ศิริสมุทร, มยุรี ตันติสิระ, อุดม คชินท, วิจิตรา มหาวงศ์, ทิพวรรณ วิมลสิริสุข และธิติยา ลักคุณะประสิทธิ์. (2553). รูปแบบการสั่งใช้ยาโรคกรดไหลย้อนในผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศิริราช. *Thai Phamaceutical and Health Science Journal, 5* (3).

นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2553). *สถิติชวนใช้.* ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดไอคอนพริ้นติ้ง.

นพวรรณ เปียซื่อ, ดุษณี ทัศนาจันทธานี, สุมาลี กิตติภูมิ, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, อรวมน ศรียุกตศุทธ, วาสนา รวยสูงเนิน และคณะ. (2549). ความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาลในสถาบันพยาบาลต่าง ๆ. *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์.* กรุงเทพมหานคร.

นันทนา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์ และนิตยา ว่องกลกิจศิลป์. (2543). ความพึงพอใจในการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่. *วารสารสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.* 32(2): 131-147.

น้ำทิพย์ ส่งสวัสดิ์. (2556). *วิธีหยุดกรดไหลย้อน*. กรุงเทพมหานคร: นกฮูก พับลิชชิ่ง.

บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล. 2543. *คู่มือการนอนไม่หลับรักษาด้วยธรรมชาติบำบัด.* กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์รวมทรรศน์.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปริศนา อุตถาผล. (2543). *ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปารยะ อาศนะเสน. (มปป.). เอกสารแบบสอบถามอาการของท่าน. *ภาควิชาโสติ นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล*.

โรงพยาบาลแพทย์รังสิต. (2554). โรคกรดไหลย้อน. *วารสารฉบับครบรอบ 25 ปี โรงพยาบาลแพทย์รังสิต 2529-2554*, 20-25.

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2556). โรงพยาบาลในประเทศไทย. Retrieved 17 กันยายน 2556, from http://th.wikipedia.org/wiki/.

วิชัย ประยูรวิวัฒน์, จันทราภา ศรีสวัสดิ์ และประสาท เหล่าถาวร. (2550). *กรณีศึกษาผู้ป่วยที่น่าสนใจทางอายุรศาสตร์*. ภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด.

สถาพร มานัสสถิตย์, สุพจน์ พงศ์ประสบชัย. และอุดม คชินทร. (2553). *Clinical practice in gastroenterology*. สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

สรยุทธ วาสิกนานนท์. (2543). ยานอนหลับและสารช่วยการนอนหลับ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,* 45(1), มกราคม-มีนาคม. 87-97.

สุเทพ กลชาญวิทย์. (2553). *โรคกรดไหลย้อน*. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). รายงานการวิจัยเรื่อง การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. *โรงพยาบาลสวนปรุง.* จังหวัดเชียงใหม่.

อภิรดี ศรีวิจิตรกมล, วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย และรุ่งโรจน์กฤตยพงษ์. (2555). *อายุรศาสตร์ทันยุค 2555*. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

อัจษรา บุญมีศรีทรัพย์. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2554). *การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย).

อิสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2555). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่. *วารสารพยาบาลตำรวจ,* 4(2), กรกฎาคม-ธันวาคม.

ภาษาอังกฤษ

Anggiansah, R., Sweis, R., Anggiansah, A., Wong, T., Cooper D., & Fox, M. (2013). The Effect of Obesity on Oesophageal Function, Acid Exposure and the symtoms of Gastro-oesophageal Reflux Disease. *Aliment Pharmacol Ther, 37*(5), 555-563.

Buboltz, W.C. Jr., Brown, F.C., & Soper, B. (2001). Prevalence of delayed sleep phase syndrome in university students. *College Student Journal, 35*(3), 472-476.

Bytzer, P. (2004). Assessment of reflux symptom severity: methodological options and their attributes. *Gut, 53*, 28-34.

Cantril, H. (1985). The pattern of human concerns. *New Brunswick, NJ: Rutgers University Press*.

Carskadon, M. A. (1990). Patterns of sleep and sleepiness in adolescents. *Pediatrician, 17*(1), 5-12.

Chang, C.S., Poon, S.K., Lien, H.C., & Chen, G.H. (1997). The incidence of reflux esophagitis among the Chinese. *Am J Gastroenterol, 92*(4), 668-671.

Chattopadhyay, DK., Greaney, MG., & Irvin, TT. (1977). Effect of cigarette smoking on the lower esophageal sphincter. *Gut, 18*(10), 833-835.

Cheek, R.E., Shaver, J.L., & Lantz, M.J. (2004). Variation in sleep Hygiene Practice of women with and without insomnia. *Research in Nursing & Health, 27*, 225-236.

Clark, H.H. (1992). *Sleep in M.M. Brrte and M' B' Walsh, ed. Gerontology nursing care of the Frail elderly.* St. Lous: C.V. Mosby.

Cohen, S. M. (2009). Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nursing Forum, 44*(1), 25-36.

Corley, D.A., & Kubo, A. (2006). Body mass index and gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol, 101*(11), 2619-2628.

Devellis, R.F. (2003). *Scale development: theory and applications*. (2nd ed.). California: Thousand Oaks.

Diver, H.S., & Trylor, S.R. (2000). Exercise and sleep. *Sleep Medicine Review, 4*(4), 387-402.

Eills, B.W., Johns, M. W., Lancaster, R., Raptopoulos, P., Angelopoulos, N., & priest, R.G. (1981). The St. Marry Hospital Sleep Questionnaire: A Study of reliability. *Sleep, 4*(1), 93-97.

El-Serag, H.B., Satia, J. A., & Rabeneck, L. (2005). Dietary intake and the risk of gastro-oesophageal reflux disease: a crossectional study in volunteers. *Gut, 54*(1), 11-17.

Fass, Ronnie., Bruce, D., Naliboff, Shira., S, Fass., Nitzan Peleg., Christopher, Wendel., Isaac, B. Malagon., & Emeran, A. Mayer. (2008). The Effect Auditory Stress on Perception of Intraesophageal Acid in Patient with Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology, 134*, 696-705.

Fass, R., & Sifrim, D. (2009). Management of heartburn not responding to proton pump inhibitors. *Gut, 58*, 295-309.

Feldman, M., & Barnett, C. (1995). Relationships between the acidity and osmolality of popular beverages and reported postprandial heartburn. *Gastroenterology, 108*(1), 125-131.

Ferrans, C.E., & Powers, M.J. (1992). Psychometric Assessment of the quality of Life Index. *Research in Nursing and Health, 15*(1), 29-38.

Ferrel, B.R., et al. (1995). Quality of life in long term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 22*(6), 915-922.

Ford, A.C., Forman, D., Raynolds, P.D., Cooper, B.T., & Moayyedi, P. (2005). Ethinicity, gender, and socioeconomic status as risk factors for esophagitis and Barrett's esophagus. *Am J Epidemiol, 162*(5), 454-460.

Fox, Mark., Barr, Carole., Nolan, Suzanne., Lomer, Miranda., Anggiansah, Angela., & Wong, Terry. (2007). The Effect of Dietary Fat and Calorie Density on Esophageal Acid Exposure and Reflux Symptoms. *Clinical Gastroenterology and hepatology, 5*(4), 439-444.

Friedman, L., Benson, K., Noda, A.O., Zarcone, V., Wicks, D., O' Connel, K., Brooks, j., & Bliwise, D. et al. (2000). An actigraphic compassion of sleeps restriction and sleep hygiene treatment for insomnia in older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology,* (13), 17-27.

Fujimoto, K. (2004). Review article: prevalence and epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease in Japan. *Aliment Pharmacol Ther JID- 8707234, 20* (8), 5-8.

Fung, S. C. (2009). Factors associated with medication adherence of patients with congestive heart failure. *Rush University Published by Proquest*.

Geratikornsupuk, N., Chaiwatanarat, T., & Gonlachanvit, S. (2008). Effects of capsaicin containing chili on gastroesophageal acid refluxes (GER) and gastric emptying (GE) in patients with gastroesophageal reflux symptoms. *Journal of Gastroenterology and Hepatology, 23*, A5.

Hamoui, N., Lord, R.V., Hagen, J.A., Theisen, J., DeMeester, T.R., & Crookes P.F. (2006). Response of the lower esophageal sphincter to gastric distention by carbonated beverages. *J Gastrointest Surg, 10*(6), 870-877.

Hauri, P.J. (1993). Consulting About Insomnia. A method and some preliminary data. *Sleep, 16*(4), 344-350.

Hershcovici, M.I.T., & Fass, R. (2010). An algorithm for diagnosis and treatment of refractory GERD. *Best pract Res Clin Gastroenterol, 24*, 923-936.

Ho, K.Y., Chan, Y.H., & Kang, J.Y. (2005). Increasing Trend of Reflux Esophagitis and Decreasing Trend of Helicobacter pylori Infection in Patients form a Multiethnic Asian Country. *Am J Gastroenterol, 100*(9), 1923-1928.

Ho, P. M., Bryson, C. L., & Rumsfeld, J. S. (2009). Medication Adherence: Its Importance in Cardiovascular Outcomes. *Circulation, 119*(23), 3028-3035.

Jansson, C., Nordenstedt, H., Wallander, M.-A., Johansson, S., Johnsen, R., Hveem, K., & Lagergren, J. (2007). Severe Gastro-oesophageal Reflux Symptoms in Relation to Anxiety, Depression and Coping in a Population-Based Study. *Aliment Pharmacol Ther, 26*(5), 683-691.

Jansson, Catarina., Nordenstedt, Helena., Wallander, MARI-ANN., Johansson, SAGA., Johnsen, ROAR., Hveem, KRISTTAN., & Lagergren, JESPER. (2009). A Population-Base Study Showing an Association Between Gastrooesophageal Reflux disease and Sleep Problems. *Clinical Gastroenterology and hepatology, 7*, 960-965.

Johnson, D.A., & Fennerty, M.B. (2004). Heartburn severity underestimates erosive esophagitis severity in elderly patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology, 126*(3), 660-664.

Johnson, M.J. (2002). The medication adherence model: A guide for assessing medication-taking. *Research and Theory for Nursing Practice. An International Journal, 6*(179-192).

Joshua, J. Ofman. (2003). The Economic and Quality-of-Life Impact of Symptomatic Gastroesophageal Reflux Disease. *The American Journal of Gastroenterology, 98*(3), S8-S14.

Junghard, Ola., & Wiklund, Ingela. (2008). Validation of a Four-Graded Scale for Severity of Heartburn in Patients with Symptoms of Gastroesophageal Reflux Disease.Value in health. *International Society for phamacoeconomics and outcomes Research (ISPOR), 111*(4), 765-770.

Kaltenbach, T., Crockett, S., & Gerson L.B. (2006). Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. *Arch Intern Med, 166*(9), 965-971.

Kang, J.Y. (2004). Systematic review: geographical and ethnic differences in gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther, 20*(7), 705-717.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (7th ed.). New Jersy: Peason Education.

Krousel-Wood, M. el. al. (2009). New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in hypertensive seniors. *Am J Manag Care, 15*(1), 59-66.

Laberge, L., Petit, D., Simard, C., Vitaro, F., Tremblay, Re., & Montplaisir, J. (2001). Development of sleeps patterns in early adolescence. *Journal of Sleep Reseach, 10*(1), 59-67.

Landis, C.A. (2002). Sleep and methods of assessment. T*he Nursing Clinics of North America, 37*(4), 583-597.

Lazarus R.S., & Folkman. S. (1984). *Stress, appraisal, coping and adaptative outcome*. New York: Springer Publish Company.

Locke, G.R., Talley, N.J., Fett, S.L., Zinsmeister, A.R., & Melton, L.J. (1997). Prevalence and clinical spectrum of gastro-oesophageal reflux: a population-based study in Olmsted Country, Minnesota. *Gastroenterology, 112*(5), 1448-1456.

Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of advanced Nursing 18*, 32-38.

Moayyedi, P., & Talley, N.J. (2006). Gastroesophageal reflux disease. *Lancet, 367*, 2086-2100.

Murphy, D.W., & Castell, D.O. (1988). Chocolate and heartburn: evidence of increased esophageal acid explosure after chocolate ingestion. . *Am J Gastroenterol, 83*(6), 633-636.

Nocon, M., Labenz, J., & Willich, S.N. (2006). Lifestyle Factors and Symptoms of Gastro-esophageal reflux- A Population-Base Study. *Aliment Pharmacol Ther, 23*(1), 169-174.

Orr, W.C., Heading, R., Johnson, L. F., & Kryger, M. (2004). Review article: sleep and its relationship to gastro-oesophageal reflux. *Aliment Pharmacol Ther, 20*(9), 39-46.

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England journal of Medicine, 353*(5), 487-497.

Owens, J. et al. (1999). Television-Viewing Habits and sleep disturbances in school children. *Pediatrics, 104*(3), 1-8.

Owens, A. Judith., Spirito, Anthony., & McGuinn, Melissa. (2000). The Children's Sleep Habits Questionare (CSHQ): Psychometric Propoties of A Survey Instrument for School-Aged Children. *Sleep, 23*(8), 1-9.

Padilla, G. & Grant, M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science 10,* 45-60.

Piesman, M., Hwang, I., Maydonovitch, C., & Wong, R.K. (2007). Nocturnal reflux episodes following the administration of a standardized meal. Does timing matter?. *The American Journal of Gastroenterology and Hepatology, 102*(10), 2128-2134.

Polit, D.F., & Hunger, B.P. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.

Price, S.F., Smithson, K., & Castell, D.O. (1978). Food sentivity in reflux esophagitis. . *Gastroenterology, 75*(2), 240-243.

Raghunath, A., Hungin, A., Wooff, D., & Child, S. (2003). Prevalence of Helicobacter pyroli in patients with gastro-esophageal reflux disease: systemic review. *BMJ, 326*(7392), 737.

Richter J.E. (2000). Gastroesophageal reflux disease in the older patient: presentation, treatment, and complications. *Am J Gastroenterol, 95*, 368-373.

Ronkainen, J., Aro. P., Storskrubb, T., Johansson, S.E., Lind, T., & Bolling-Sternevald E et al. (2006). High prevalence of gastroesophageal reflux symptoms and esophagitis with or without symptoms in the general adult Swedish population: a Kalixanda study report. *Scand J Gastroenterol, 40*(3), 275-285.

Ruhl, Constance., & Everhart, Jame. E. (1999). Overweight, but Not High Dietary Fat Intake Increases Risk of Gastroesophageal Reflux Disease Hospitalization; The NHANES I Epidemiologic Followup study. *Ann Epidemiol, 9*(7), 424-435.

Scheffer, R.C., Akkermans, L.M, Bais, J.E., Roelofs, J.M., Smout, A.J., & Gooszen, H.G. Elicitation of transient lower oesophageal sphincter relaxations in Response to gastric distension and meal ingestion. (2002). *Neurogastroenteral Motil, 14*(6), 647-655.

Schwizer, W. & Thumshirn, M. Dent. J. et. al. (2001). Helicobacter pylori and symptomatic relapse of gastro-oesophageal reflux disease: a randomized control trial. *Lancet, 357*, 1738-1742.

Shapiro, M., Green. C., Bautista, J.M., Dekel, R., Risner-Adler, S., Whitacre, R., Graver, E., & Fass, R. (2007). Assessment of dietary nutrients that influence perception of intra-oesophageal acid reflux events in patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Aliement Pharmacol & Therapeutic, 25*, 93-101.

Shaw, M.J., Tally, N., & Beebe, T.J. et al. (2001). Initail validation of a diagnostic questionare for gastroespohageal reflux disease. *Am J Gastroenterol, 96*, 52-57.

Shin, Woon Geon., Kim, Heung Up., Kim, Sang Gyun., Kim, Gwang Ha., Shim, Ki-Nam., Kim, Jeong Wook., Kim, Jin l.l., Kim, Jae Gyu., Yim, Da-Hae., Park, Sue K., & Park, Soo-Heon. (2012). Work productivity and activity impairment in gastroesophageal reflux disease in Korean full-time employees: A multicentre study. *Digestive and Liver Disease, 44*, 286-291.

Sonnenberg, A., & El. Serag, H.B. (1999). Clinical epidemiology and nutral history of gastroesophageal reflux disease. *Yale J Biol Med, 72*(2-3), 81-92.

Staniszewska, S. (1998). Measuring quality of life in the evaluation of health care. *Nursing standard online, 12*(17), 36-39.

Stradling, J, R. (1993). Recreational drugs and sleep. *BMJ, 306*: 573-575.

Stepanski, E. J., & Wyaatt, J. K. (2003). Used of sleep hygiene in treatment of insomnia. *Sleep Medicine Review, 7*(3), 215-225.

Tack, J., Becher, A., Mulligan, C., & Johnson, D.A. (2012). The Burden of Disruptive Gastro-esophageal Reflux Disease on Health-related Quality of Life. *Aliment Pharmacol Ther, 35*(11), 1257-1266.

Tarlov, A. R., Ware, J. E., Greenfield, S., Nelson, E. C., Perrin, E., & Zubkoff, M. (1989). The medical outcomes study: An application of methods for monitoring the results of medical care. *Journal of the American Medical Association, 262,* 925-930.

Tynjala, J. et al. (1997). Perceived tiredness among adolescends and its association with sleep habits and use of psychoactive substances. *Journals of Sleep Research, 6*, 189-198.

Wahlqvist, Peter., Karlsson, Maria., Johnson, David., Carlsson, Jonas., Bolge, Susan C., & Wallander, Mari-Ann. (2008). Relationship Between Symptom Load of Gastro-Oesophageal Reflux Disease and Health-Related Quality of Life, Work Productivity, Resource Utilization and Concomitant Diseases: Survey of a US Cohort. *Aliment Pharmacol Ther, 27*(10), 960-970.

Ware, J.E., & Sherbourne. C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection. *Med Care, 30*(6), 473-483.

Watanabe, Y., Fujiwara, Y., Shiba, M., Watanabe, T., Tominaga, K., & Oshitani, N. et al. (2003). Cigarette smoking and alcohol consumption associated with gastro-oesophageal reflux disease in Japanese men. . *Scand J Gastroenterol, 38*(8), 807-811.

Werth, E., Dijk, D. J., Achermann, P., & Borbely, A.A. (1996). Dynamics of the sleep EEG after an early evening nap: experimental data and simulation. *American Journal of Physiology, 271*(3), 501-510.

Wienbeck, M., & Barnert, J. (1989). Epidermiology of reflux disease and reflux esophagitis. *Scand J Gastroenterol Suppl, 156*, 7-13.

WHOQOL, Group. (1994). The development of the World Health Organization Quality of life assessment instrument (the WHO-QOL). *Springer Verlag, Berlin*, 41-57.

Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing standard online, 17*, 795-800.

Zheng, Z., Nordenstedt, H., Pedersen, N.L., Lagergren, J., & Ye, W. (2007). Lifestyle factors and risk for symptomatic gastroesophageal reflux in monozygotic twins. *Gastroenterology, 132*(1), 87-95.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – นามสกุล	**ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน**
1. นายแพทย์สุริยะ จักกะพาก	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบทางเดินอาหาร อาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์	อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางสาวจิราภี สุนทรกุล	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี
5. นางสาวเบญจวรรณ ธีระเทอดตระกูล	ผู้ตรวจการพยาบาล งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
6. รองศาสตราจารย์ นพ.นุสนธิ์ กลัดเจริญ	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบ ทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ
และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่ ศธ 0512.11/ ๗๖๒

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 พฤศจิกายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ สุริยะ จักกะพาก อาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุรีพร ธนศิลป์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ สุริยะ จักกะพาก
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ โทร. 086-369-6900

ที่ ศธ 0512.11/1751

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีสดพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 พฤศจิกายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และพิจารณาความสอดคล้องของภาษาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และพิจารณาความสอดคล้องของภาษาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ โทร. 086-369-6900

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
ที่ ศธ 0512.11/1732 วันที่ 14 พฤศจิกายน 2556
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. เพียงเพ็ญ แดงต้อมยุทธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ โทร. 086-369-6900

ที่ ศธ 0512.11/1782

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 พฤศจิกายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิสรีน วีไลวรรณ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุรีพร ธนศิลป์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวจิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวนิสรีน วีไลวรรณ โทร. 086-369-6900

ที่ ศธ 0512.11/ 1732

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 พฤศจิกายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวเบญจวรรณ ธีระเทอดตระกูล ผู้ตรวจการพยาบาล งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
สุรีพร ธนศิลป์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำหรับเรียน ฝ่ายวิชาการ
นางสาวเบญจวรรณ ธีระเทอดตระกูล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ โทร. 086-369-6900

October 13, 2013

Dear Mr. Shaw

My name is Ms. Nissareen Wilaiwan, a graduate student for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, locate in Bangkok, Thailand. I am now working on the thesis with the topic of " Selecting Factors Associated with Quality of life of Gastro-Esophageal Reflux Disease Patients"

I am very interested in your article " The Reflux Disease Questionnaire: a measure for assessment of treatment response in clinical trials" which was published earlier in Health and Quality of Life Outcomes 2008, 6:31

As your article is related to my studies, I would like to request for your permission to use content and The RDQ questionnaire to be factors of the severity and frequency of GERD symptoms in my thesis. This will also includes the translation of your article from English into Thai languge

Thank you very much and I look forward to your response.

Best regards,

Ms. Nissareen Wilaiwan

RE: Request for your permission

Shaw, Michael J. (MD) (Michael.Shaw@ParkNicollet.com) Add to contacts 10/14/2013

To: nissy lanla..

Sure- go ahead. Do you need an English copy of he RDQ?

Shaw

From: nissy lanla.. [mailto:nissy_lanla@hotmail.com]
Sent: Sunday, October 13, 2013 8:53 AM
To: Shaw, Michael J. (MD)
Subject: Request for your permission

RE: Request for your permission

Shaw, Michael J. (MD) (Michael.Shaw@ParkNicollet.com) Add to contacts 11/29/2013

To: nissy lanla..

2 attachments (total 81.1 KB)

Download all as zip Save all to OneDrive

ที่ ศธ 0512.11/ 005 5

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 มกราคม 2557

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ประวัติส่วนตัวของอาจารย์ที่ปรึกษา นักศึกษา และผู้วิจัยร่วมทุกคน 4 ชุด
2. แบบเสนอโครงการวิจัย 4 ชุด
3. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย 4 ชุด
4. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 4 ชุด
5. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4 ชุด
6. แบบสอบถาม 4 ชุด
7. ใบรับรองการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ 4 ชุด
8. แผ่นซีดีบรรจุข้อมูลเอกสารข้อ 1-7 1 แผ่น

เนื่องด้วย นางสาวนิสรีน วีไลวรรณ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุตอนต้น ที่มีอายุ 18 – 64 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร จำนวน 80 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับ แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินความเครียด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิสรีน วีไลวรรณ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
รัชนา ธนศิลป์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรัตน์ ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานคณบดี หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวนิสรีน วีไลวรรณ โทร. 086-369-6900

ที่ ศธ 0512.11/1993

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 ธันวาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างการวิจัย 3 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 3 ชุด
3. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 3 ชุด
4. ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 3 ชุด
5. แบบฟอร์มการขอรับการพิจารณาให้การรับรองเชิงจริยธรรม 1 ชุด
6. แบบฟอร์มข้อตกลงและยินยอมการส่งรายงานการศึกษา / วิจัย ในโรงพยาบาลราชวิถี 1 ชุด
7. แบบฟอร์มในการให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยในโรงพยาบาลราชวิถี 1 ชุด
8. แผ่นซีดีโครงร่างการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง 1 แผ่น

เนื่องด้วย นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคไหลย้อนวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุตอนต้น ที่มีอายุ 18 – 64 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร จำนวน 80 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตแบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับ แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินความเครียด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
สุวีพร ธนศิลป์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ โทร. 086-369-6900

ที่ ศธ 0512.11/ 1963

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 ธันวาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1 ชุด
2. ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1 ชุด
3. ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัยโดยละเอียด 1 ชุด
4. ประวัติผู้วิจัย 1 ชุด
5. สำเนาประกาศการอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
6. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ 1 ชุด
7. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิสรีน รีโสวรรณ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคไหลย้อนวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุตอนต้น ที่มีอายุ 18 – 64 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร จำนวน 80 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตแบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับ แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินความเครียด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิสรีน รีโสวรรณ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานโครงการ หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
ที่นิสิต นางสาวนิสรีน รีโสวรรณ โทร. 086-369-6900

ภาคผนวก ค
เอกสารการพิจารณาจริยธรรม
เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2 ถนนวังหลัง บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700

โทร +66 2419 2667-72
โทรสาร +66 2411 0162

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 294/2014

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

รหัสโครงการ : 174/2557(EC4)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ / คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย /อาสาสมัคร
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 20 พฤษภาคม 2557

วันหมดอายุ : 19 พฤษภาคม 2558

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม ..... 27 พ.ค. 2557
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจารุพิมพ์ สูงสว่าง) วันที่
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม ..... - 2 พ.ย. 2557
(ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร) วันที่
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

หน่วยพิมพ์ประชาชาติศิริราช 2342 / 5,000 เล่ม / 9.0.56 / M / 2667 / Mat. 100251233

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะปฏิบัติตามระเบียบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดังต่อไปนี้

1. จะดำเนินการวิจัยตามโครงร่างวิจัยที่ได้รับการรับรองโดยเคร่งครัด
2. จะใช้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ประทับตรารับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับล่าสุดเท่านั้น
3. จะรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้อาสาเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ในทุกกรณี
4. จะรายงานข้อมูลใหม่ที่ได้รับซึ่งจะมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของผู้อาสาเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อย่างรวดเร็วและไม่ปิดบัง
5. จะรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตามกำหนดและเมื่อได้รับการร้องขอ
6. จะดำเนินกระบวนการให้ข้อมูลเพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ที่ได้รับข้อมูลแสดงเจตนาที่ยินยอมหรือไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจอย่างแท้จริง โดยปราศจากการข่มขู่หรือคุกคามด้วยวิธีการใดๆ

2 WAN LANG Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700

Tel. +66 2419 2667-72
Fax. +66 2411 0162

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

COA no. Si 294/2014

Protocol Title : SELECTING FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE OF GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE PATIENTS

Protocol number : 174/2557(EC4)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Nissareen Wilaiwan / Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. SIRB submission form
2. Proposal
3. Participant Information Sheet
4. Informed Consent Form
5. Questionnaire
6. Curriculum vitae

Approval date : May 20, 2014

Expired date : May 19, 2015

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

Jarupim Soongwang — 27 MAY 2014

(Prof. Jarupim Soongwang, M.D.) — date

Chairperson

2 JUN 2014

(Clin. Prof. Udom Kachintorn, M.D.) — date

Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

All Siriraj Institutional Review Board Approved Investigators must comply with the Following :

1. Conduct the research as required by the Protocol ;
2. Use only the Consent Form bearing the Siriraj Institutional Review Board "APPROVED" stamp ;
3. Report to Siriraj Institutional Review Board all of serious illness of any study subject ;
4. Promptly report to Siriraj Institutional Review Board any new information that may adversely affect the safety of the subjects or the conduct of the trial ;
5. Provide reports to Siriraj Institutional Review Board concerning the progress of the research, when requested ;
6. Conduct the informed consent process without coercion or undue influence, and provide the potential subject sufficient opportunity to consider whether or not to participate.

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 57016
เอกสารเอชที่ 015/2557

ชื่อโครงการ "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน"

(ภาษาอังกฤษ) "Selecting factors associated with quality of life of gastro-esophageal reflux disease patients"

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ

ตำแหน่ง พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 16 มกราคม 2557
2. แบบสอบถาม ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 16 มกราคม 2557
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 16 มกราคม 2557
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 16 มกราคม 2557

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 16 เดือน มกราคม พ.ศ. 2557 และจะรับรองโครงการการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ 15 เดือนมกราคม พ.ศ. 2559

ลงนาม.....
(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(นายแพทย์อุดม เชาวรินทร์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามแนวปฏิบัติการวิจัยของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี คณะกรรมการฯจึงขอแจ้งให้ผู้วิจัยทราบถึงข้อกำหนดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัครใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ / แบบสอบถาม /แบบบันทึกข้อมูล ฉบับที่ได้รับอนุมัติจากโรงพยาบาลราชวิถีเท่านั้น
3. การรายงานอาการไม่พึงประสงค์ (AE) ที่เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้แจ้งคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยทราบ ภายในกำหนดเวลา 5 วันทำการ หลังจากผู้วิจัยทราบถึงเหตุการณ์ โดยส่งเอกสารจำนวน 3 ชุด มาที่คณะกรรมการฯ โรงพยาบาลราชวิถี
4. การรายงานอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (SAE) ที่เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้แจ้งคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยทราบ ภายในกำหนดเวลา 3 วันทำการ หลังจากผู้วิจัยทราบถึงเหตุการณ์ โดยส่งเอกสารจำนวน 3 ชุด มาที่คณะกรรมการฯ โรงพยาบาลราชวิถี
5. กรณีมีการแก้ไขเอกสาร (Amendment) เปลี่ยนแปลงรายละเอียดโครงการวิจัย จะต้องยื่นเอกสารฉบับใหม่จำนวน 3 ชุด เพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการฯ ก่อนจะดำเนินการวิจัยต่อไป
6. หากใบรับรองจริยธรรมหมดอายุ ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนวันหมดอายุอย่างน้อย 1 เดือน

โรงพยาบาลตำรวจ
192/1 ถนนพระรามที่ 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ
เลขที่หนังสือรับรอง 02 /2557

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	- SELECTING FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE OF GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE PATIENTS
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	- น.ส.นิสรีน วิไลวรรณ
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	1. รายละเอียดโครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ.2557 (Version 1.0 Date 21 January 2014) (ฉบับภาษาไทย) 2. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ.2557 (Version 1.0 Date 21 January 2014) (ฉบับภาษาไทย) 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ.2557 (Version 1.0 Date 21 January 2014) (ฉบับภาษาไทย) 4. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ.2557 (Version 1.0 Date 21 January 2014) (ฉบับภาษาไทย) 5. ยัตตประวัติ
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	21 มกราคม พ.ศ.2557
วันหมดอายุ	20 มกราคม พ.ศ.2558

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ ตามเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอก
(เสรี ธีรพงษ์)
เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
ของโรงพยาบาลตำรวจ

พลตำรวจตรี
(ธนา ธุระเจน)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
ของโรงพยาบาลตำรวจ

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจโปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล เลขที่ 33 สุขุมวิท 3 นานาเหนือ แขวงคลองเตย เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110 โทรศัพท์ (ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ) โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-6671000 ต่อ 25089 โทรศัพท์มือถือ 086-369-6900

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย -

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี 8 เดือน

ที่มาของโครงการวิจัย

ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนจะมีอาการและภาวะแทรกซ้อนรบกวนและสร้างความทุกข์ทรมานจากอาการที่กำเริบขึ้น ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย บั่นทอนชีวิต ประสิทธิภาพการทำงานลดลง อาจทำให้ต้องหยุดงาน ผลกระทบต่อสังคม ทำให้การร่วมสังสรรค์ต่าง ๆ ลดลง และด้านจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด ส่วนปัญหาด้านเศรษฐกิจอาจต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นจากการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความผาสุกในด้านต่าง ๆ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายซึ่งเป็นความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมตามบทบาททางสังคม 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณซึ่งเป็นการรับรู้จากผลของการตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต และ 4) ด้านครอบครัวซึ่งเป็นสัมพันธภาพภายในครอบครัว ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคกรดไหลย้อนจะส่งผลกระทบต่อการดำเนิน

ชีวิตประจำวันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียด

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจากท่านมีอายุระหว่าง 18-60 ปี ซึ่งมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราชและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคกรดไหลย้อนอย่างน้อย 3 เดือน มีการรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 114 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่า งานวิจัยนี้ทำเพราะต้องการทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน กรุณาใช้เวลาในการอ่านหรือทำความเข้าใจข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ โดยท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูล ที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติเมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว คือ การตอบแบบสอบถามการวิจัยเรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 159 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 40 นาที รายละเอียดมีดังนี้

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	15	ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบวัดคุณภาพชีวิต	จำนวน	72	ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบประเมินความรุนแรงของอาการ	จำนวน	12	ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	จำนวน	20	ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับ	จำนวน	13	ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา	จำนวน	7	ข้อ
ส่วนที่ 7	แบบประเมินความเครียด	จำนวน	20	ข้อ

Chulalongkorn University

3. การรักษาความลับสำหรับการทำวิจัย ในการตอบแบบสอบถามของท่านจะไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับสำหรับการทำวิจัย จะรวบรวมข้อมูลในลักษณะภาพรวมและสรุปผลการวิจัย โดยแปลผลเป็นค่าทางสถิติ ซึ่งไม่มีระบุข้อมูลเปิดเผยต่อสาธารณะเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

การตอบแบบสอบถามนี้อาจทำให้ท่านรู้สึกไม่สะดวกและเสียเวลา ในกรณีที่ท่านมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้

1. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น คือ อาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก หรืออาการแสบร้อนบริเวณลิ้นปี่ร้าวขึ้นมาที่หน้าอกหรือคอ ป้องกันแก้ไขโดยการประเมินอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกของท่านก่อนให้ท่านตอบแบบสอบถาม ท่านต้องไม่มีอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกผู้วิจัยจึงเริ่มให้ท่านตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน

2. เมื่อท่านมีอาการเปลี่ยนแปลง/มีอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก รู้สึกไม่สุขสบาย ผู้วิจัยจะให้หยุดตอบแบบสอบถามและแบบประเมินทันที แล้วแจ้งพยาบาลหัวหน้าทีมให้การดูแลเบื้องต้นและรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป

กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบอาการดังกล่าวข้างต้น หรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

<u>ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน</u>

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานคือ ตามแนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ท่านสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ ได้ตลอลเวลาทางโทรศัพท์มือถือหมายเลข 086-369-6900 ที่อยู่ (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล เลขที่ 33 สุขุมวิท 3 นานาเหนือ แขวงคลองเตย เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110 ที่อยู่

(ที่บ้าน) เลขที่ 23/239 คอนโดลุมพินีวิลล์ พหล-สุทธิสาร ถนนสุทธิสารวินิจฉัย ซอยอินทามาระ 2 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400 E-mail: nissy_lanla@hotmail.com

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือผู้วิจัย อนึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ และให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ไม่มีการใช้ยาหรือให้ท่านทำกิจกรรมใด ๆ เป็นพิเศษ หากท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างตอบแบบสอบถาม ท่านจะได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ประโยชน์ต่อผู้ร่วมวิจัย ผู้ร่วมวิจัยได้รับรู้และตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ซึ่งได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียด

2. ประโยชน์ต่อวิชาชีพโดยรวม เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนต่อไป

3. ประโยชน์ต่อสังคม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ

ผู้ร่วมวิจัยจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ และให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ไม่มีการใช้ยาหรือให้ท่านทำกิจกรรมใด ๆ เป็นพิเศษ หากผู้ร่วมวิจัยมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างตอบแบบสอบถามหรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการดูแลเบื้องต้นและรายงานแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเองตามแผนการรักษาของแพทย์

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร. 0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เอกสารหมายเลข 3ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน **โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว**

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับนางสาวนิสรีน วิไลวรรณ นิสิตหลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล เลขที่ 33 สุขุมวิท 3 นานาเหนือ แขวงคลองเตย เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110 (ที่บ้าน) เลขที่ 23/239 คอนโดลุมพินีวิลล์ พหล-สุทธิสาร ถนนสุทธิสารวินิจฉัย ซอยอินทามาระ 2 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-262-5089 โทรศัพท์มือถือ 086-369-6900

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (Patient Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่ที่ติดต่อ (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล เลขที่ 33 สุขุมวิท 3 นานาเหนือ แขวงคลองเตย เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110
(ที่บ้าน) เลขที่ 23/239 คอนโดลุมพินีวิลล์ พหล-สุทธิสาร ถนนสุทธิสาร วินิจฉัย ซอยอินทามาระ 2 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-262-5089
โทรศัพท์ที่บ้าน –
โทรศัพท์มือถือ 086-369-6900
E-mail: nissy_lanla@hotmail.com

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตำรวจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

<u>วัตถุประสงค์ของการวิจัย</u>

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจากท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคกรดไหลย้อนอย่างน้อย 3 เดือนและมีอายุ 18-60 ปี และการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ซึ่งมีความสำคัญยิ่งต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงจัดการกับสถานการณ์ชีวิตของครอบครัว สังคมและสถานภาพทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนจะมีอาการและภาวะแทรกซ้อนรบกวนและสร้างความทุกข์ทรมานจากอาการที่กำเริบขึ้น ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย บั่นทอนชีวิต ประสิทธิภาพการทำงานลดลง อาจทำให้ต้องหยุดงาน ผลกระทบต่อสังคมทำให้การร่วมสังสรรค์ต่าง ๆ ลดลง และด้านจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด ส่วนปัญหาด้านเศรษฐกิจอาจต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นจากการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความผาสุกในด้านต่าง ๆ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต ปัญหาดังกล่าวจะส่งผลต่อผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนหากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 114 คน และระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้น 5 เดือน

<u>ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย</u>

1. **ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย** ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่า งานวิจัยนี้ทำเพราะต้องการทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน กรุณาใช้เวลาในการอ่านหรือทำความเข้าใจข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ โดยท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. **สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติเมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว** คือ การตอบแบบสอบถามการวิจัยเรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 159 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 40 นาที รายละเอียดมีดังนี้

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	15	ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบวัดคุณภาพชีวิต	จำนวน	72	ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบประเมินความรุนแรงของอาการ	จำนวน	12	ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	จำนวน	20	ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับ	จำนวน	13	ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา	จำนวน	7	ข้อ
ส่วนที่ 7	แบบประเมินความเครียด	จำนวน	20	ข้อ

ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน

การตอบแบบสอบถามนี้อาจทำให้ท่านรู้สึกไม่สะดวกและเสียเวลา ในกรณีที่ท่านมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้

1. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น คือ อาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก หรืออาการแสบร้อนบริเวณลิ้นปี่ร้าวขึ้นมาที่หน้าอกหรือคอ ป้องกันแก้ไขโดยการประเมินอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกของท่านก่อนให้ท่านตอบแบบสอบถาม ท่านต้องไม่มีอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกผู้วิจัยจึงเริ่มให้ท่านตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน

2. เมื่อท่านมีอาการเปลี่ยนแปลง/ มีอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก รู้สึกไม่สุขสบาย ผู้วิจัยจะให้หยุดตอบแบบสอบถามและแบบประเมินทันที แล้วแจ้งพยาบาลหัวหน้าทีมให้การดูแลเบื้องต้นและรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป

กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบอาการดังกล่าวข้างต้น หรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนต่อไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาลของท่านโดยท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน ท่านสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

ระบุชื่อผู้วิจัยที่จะสามารถติดต่อได้

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือเมื่อบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ ได้ตลอลเวลาทางโทรศัพท์มือถือหมายเลข 086-369-6900 ที่อยู่ (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล เลขที่ 33 สุขุมวิท 3 นานาเหนือ แขวงคลองเตย เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110 ที่อยู่ (ที่บ้าน) เลขที่ 23/239 คอนโดลุมพินีวิลล์ พหล-สุทธิสาร ถนนสุทธิสารวินิจฉัย ซอยอินทามาระ 2 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400 E-mail: nissy_lanla@hotmail.com

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ และให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ไม่มีการใช้ยาหรือให้ท่านทำกิจกรรมใด ๆ เป็นพิเศษ หากท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างตอบแบบสอบถาม ท่านจะได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์

การรักษาความลับ

ในการตอบแบบสอบถามของท่านจะไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับสำหรับการทำวิจัย จะรวบรวมข้อมูลในลักษณะภาพรวมและสรุปผลการวิจัย โดยแปลผลเป็นค่าทางสถิติ ซึ่งไม่มีระบุข้อมูลเปิดเผยต่อสาธารณะเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ

6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่าน หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ หรือร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชั้น M อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี โทร. (02)3548108-37 ต่อ 2803 ในเวลาราชการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หนังสือยินยอมโดยสมัครใจของผู้ถูกวิจัย (Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

วันที่ให้ความยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ก่อนที่ลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปของการสรุปผลการวิจัย หรือเปิดเผยเฉพาะต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาแก้ไขภาวะที่เกิดขึ้นเหมือนกับผู้ป่วยโดยทั่วไปจากโรงพยาบาลตามมาตรฐานการรักษาที่ดีที่สุด โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้คือ นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

☐ ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

☐ ขอแสดงเจตนา<u>ไม่ยินยอม</u>เข้าร่วมการวิจัย

ลงนาม..... ผู้ยินยอม
(.....)
วันที่ .....

ลงนาม..... ผู้วิจัย
(นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ)
วันที่ .....

ลงนาม.....พยาน
(.....)
วันที่ .....

ลงนาม.....พยาน
(.....)
วันที่ .....

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ ประชากร**ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

ชื่อผู้วิจัยนางสาว นิสรีน วิไลวรรณ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-262-5089 โทรศัพท์มือถือ 086-369-6900 E-mail: nissareen@bumrungrad.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยรายละเอียด ขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย**จนเข้าใจเป็นอย่างดี**แล้ว ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ครั้ง เกี่ยวกับ “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน” และได้ทราบถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น **โดยยังได้รับการรักษาและการพยาบาลอย่างเดิม**

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ และจะทำลายเอกสารข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย**โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail:** eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ	ลงชื่อ
.....	.....
(นางสาว นิสรีน วิไลวรรณ)	(.....)
ผู้วิจัยหลัก	ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน
ชื่อผู้วิจัย นางสาว นิสรีน วิไลวรรณ ตำแหน่ง วิทยากรฝึกอบรมพยาบาลอาวุโส
ฝ่ายฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล
(ที่บ้าน) เลขที่ 23/239 คอนโดลุมพินีวิลล์ พหล-สุทธิสาร ถนนสุทธิสารวินิจฉัย ซอยอินทามาระ 2
แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-262-5089 โทรศัพท์ที่บ้าน - โทรศัพท์มือถือ 086-369-6900
E-mail: nissareen@bumrungrad.com

1. **ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย** ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่า งานวิจัยนี้ทำเพราะต้องการทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน กรุณาใช้เวลาในการอ่านหรือทำความเข้าใจข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ โดยท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูล ที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. **โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพื่อ** ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ซึ่งมีความสำคัญยิ่งต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงจัดการกับสถานการณ์ชีวิตของครอบครัว สังคมและสถานภาพทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนจะมีอาการและภาวะแทรกซ้อนรบกวนและสร้างความทุกข์ทรมานจากอาการที่กำเริบขึ้น ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย บั่นทอนชีวิต ประสิทธิภาพการทำงานลดลง อาจทำให้ต้องหยุดงาน ผลกระทบต่อสังคมทำให้การร่วมสังสรรค์ต่าง ๆ ลดลง และด้านจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด ส่วนปัญหาด้านเศรษฐกิจอาจต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นจากการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความผาสุกในด้านต่าง ๆ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต ปัญหาดังกล่าวจะส่งผลต่อผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนหากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

3. **วัตถุประสงค์ของการวิจัย** 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

4. **รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**

4.1 กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชาย

และหญิงอายุ 18-60 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคกรดไหลย้อนอย่างน้อย 3 เดือน สามารถติดต่อสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในการทำวิจัยทั้งสิ้น 114 คน

4.2 วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยสุ่มเลือก สังกัดของโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร สุ่มเลือกโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดแล้วเลือกผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 114 คนจากผู้ป่วยที่มารอรับการตรวจรักษาในวันและเวลาที่คลินิกเปิดให้บริการ และเป็นวันที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลตัวอย่างแต่ละแห่ง

5. ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน

การตอบแบบสอบถามนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อตัวท่าน ในกรณีที่ท่านรู้สึกไม่สะดวกมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง

5.1 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น คือ อาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก หรืออาการแสบร้อนบริเวณลิ้นปี่ร้าวขึ้นมาที่หน้าอกหรือคอ ป้องกันแก้ไขโดยการประเมินอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกของท่านก่อนให้ท่านตอบแบบสอบถาม ท่านต้องไม่มีอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกผู้วิจัยจึงเริ่มให้ท่านตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน

5.2 เมื่อท่านมีอาการเปลี่ยนแปลง/มีอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก รู้สึกไม่สุขสบาย ผู้วิจัยจะให้หยุดตอบแบบสอบถามและแบบประเมินทันที แล้วแจ้งพยาบาลหัวหน้าทีมให้การดูแลเบื้องต้นและรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป

6. ค่าชดเชยและ/หรือการรักษาที่ท่านจะได้รับในกรณีเกิดอันตรายอันเป็นผลจากการวิจัย

ไม่มี เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ และให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ไม่มีการใช้ยาหรือให้ท่านทำกิจกรรมใด ๆ เป็นพิเศษ หากท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างตอบแบบสอบถาม ท่านจะได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้รับจากกการตอบแบบสอบถามของท่าน ถือว่าเป็นความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนต่อไป

8. ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้โดยการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจท่านสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆต่อท่าน และแม้ว่าท่านจะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจรักษาและได้รับการบริการเช่นเดิม

9. การรักษาความลับของท่าน

ในการตอบแบบสอบถามของท่านจะไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับสำหรับการทำวิจัย จะรวบรวมข้อมูลในลักษณะภาพรวม และสรุปผลการวิจัย โดยแปลผลเป็นค่าทางสถิติ ซึ่งไม่มีระบุข้อมูลเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด

10. สิ่งที่ท่านได้รับ

เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถามที่มีคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน เป็นแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วนคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับ แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินความเครียด

11. บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยและสิทธิของท่าน โปรดสอบถามและติดต่อได้ที่ นางสาว นิสรีน วิไลวรรณ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-369-6900

“หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .....

เลขที่ผู้เข้าร่วมวิจัย.....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 159 ข้อ รายละเอียดมีดังนี้

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	15	ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบวัดคุณภาพชีวิต	จำนวน	72	ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบประเมินความรุนแรงของอาการ	จำนวน	12	ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	จำนวน	20	ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับ	จำนวน	13	ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา	จำนวน	7	ข้อ
ส่วนที่ 7	แบบประเมินความเครียด	จำนวน	20	ข้อ

2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบข้อคำถามในแต่ละส่วน
3. กรุณาตอบคำถามทุกข้อและทุกส่วน เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับใช้ในการวิเคราะห์ได้จริงซึ่งผลของการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนต่อไป
4. ข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้ สำหรับการให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาใส่เครื่องหมาย ☑ ลงหน้าข้อความเพียงคำตอบเดียว ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ 1. ❑ ชาย 2. ❑ หญิง

2. อายุ .....ปี (จำนวนเต็ม)

3. สถานภาพสมรส

1. ❑ โสด 2. ❑ คู่ 3. ❑ หม้าย 4. ❑ หย่า 5. ❑ แยก

4. ระดับการศึกษา

1. ❑ ไม่รู้หนังสือ 2. ❑ ระดับประถมศึกษา
3. ❑ ระดับมัธยมศึกษา 4. ❑ อนุปริญญา
5. ❑ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช) 6. ❑ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส)
7. ❑ ปริญญาตรี 8. ❑ ปริญญาโท
9. ❑ สูงกว่าปริญญาโท

5. อาชีพ

1. ❑ ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. ❑ เรียนหนังสือ
3. ❑ ข้าราชการ 4. ❑ พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง
5. ❑ ธุรกิจส่วนตัว 6. ❑ ค้าขาย
7. ❑ รับจ้าง 8. ❑ เกษตรกร ระบุ.....
9. ❑ อื่น ๆ ระบุ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระบุ.....(บาท)

1. ❑ เพียงพอ 2. ❑ ไม่เพียงพอ

7. ลักษณะครอบครัว

1. ❑ อยู่คนเดียว
2. ❑ ครอบครัวเดี่ยว มีพ่อ แม่ ลูก
3. ❑ ครอบครัวใหญ่ มีพ่อ แม่ ลูก ปู่ย่า ตายาย ญาติพี่น้อง

8. น้ำหนักปัจจุบัน.....(กิโลกรัม) ส่วนสูง.....(เซนติเมตร)

**ค่าดัชนีมวลกาย..... (สำหรับผู้วิจัย)

9. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคกรดไหลย้อน ..... ปี ..... เดือน

10. ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาภายหลังจากมีอาการ ..... ปี ..... เดือน

11. ความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้น ..... ครั้ง/วัน ..... วัน/สัปดาห์

12. ชนิดของการรักษาที่ได้รับ

1. ❑ การใช้ยา
2. ❑ การแนะนำการปฏิบัติตัว
3. ❑ การใช้ยาร่วมกับการแนะนำการปฏิบัติตัว

13. ชนิดและขนาดของยา รวมทั้งเวลาที่ได้รับยาในปัจจุบัน ระบุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. ภาวะโรคร่วม

❑ ไม่มี

❑ มี (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ❑ หอบหืด
2. ❑ ไขมันในเลือดสูง
3. ❑ ความดันโลหิตสูง
4. ❑ เบาหวาน
5. ❑ โรคไต
6. ❑ ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง
7. ❑ โรคหลอดเลือดส่วนปลาย
8. ❑ โรคอื่น ๆ (โปรดระบุ.....)

15. การมาตรวจตามแพทย์นัด

1. ❑ มาตรวจตามแพทย์นัดเป็นประจำทุกครั้ง
2. ❑ มาตรวจตามแพทย์นัดเกือบทุกครั้ง
3. ❑ มาตรวจตามแพทย์นัดเป็นบางครั้ง
4. ❑ ไม่เคยมาตรวจตามแพทย์นัดเลย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต

<u>คำชี้แจง</u> แบบวัดคุณภาพชีวิตนี้ประกอบด้วย 2 ชุด โดยที่ในแต่ละชุดมีข้อความในข้อคำถามเช่นเดียวกัน ประกอบด้วย

1. แบบประเมินระดับความพึงพอใจ
2. แบบประเมินระดับความสำคัญ

แบบประเมินระดับความพึงพอใจ

<u>คำชี้แจง</u> แบบประเมินระดับความพึงพอใจนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบระดับความพึงพอใจที่ท่านมีในแต่ละด้านของชีวิต

กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่ท่านเป็นอยู่มากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ไม่พึงพอใจมาก	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นเป็นอย่างยิ่ง
ไม่พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นพอสมควร
ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นอยู่บ้าง
พึงพอใจเล็กน้อย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นเล็กน้อย
พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นพอสมควร
พอใจมาก	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นอย่างยิ่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	ไม่พึงพอใจมาก	ไม่พึงพอใจปานกลาง	ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	พึงพอใจเล็กน้อย	พึงพอใจปานกลาง	พอใจมาก
ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย						
1. ท่านมีความพึงพอใจต่อสุขภาพและการทำหน้าที่ของส่วนต่าง ๆ ในร่างกาย						
2. ท่านมีความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน						
3. ท่านมีความพึงพอใจต่อความเจ็บปวดจากอาการของโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้น						
4. ท่านมีความพึงพอใจต่อความสามารถในการทำกิจกรรมโดยไม่เกิดความเหนื่อยล้า						
5. ท่านมีความพึงพอใจต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การกินข้าว การอาบน้ำ การแต่งตัว เป็นต้น						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	ไม่พึงพอใจมาก	ไม่พึงพอใจปานกลาง	ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	พึงพอใจเล็กน้อย	พึงพอใจปานกลาง	พอใจมาก
6. ท่านมีความพึงพอใจต่อความสามารถในการไปสถานที่ต่าง ๆ ตามที่ต้องการ เช่น ทำธุระนอกบ้าน ท่องเที่ยว เป็นต้น						
7. ท่านมีความพึงพอใจต่อความสามารถในการควบคุมและตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง						
8. ท่านมีความพึงพอใจต่อการมีชีวิตที่ยืนยาว						
9. ท่านมีความพึงพอใจต่อการมีเพศสัมพันธ์						
10. ท่านมีความพึงพอใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในครอบครัว						
11. ท่านมีความพึงพอใจต่อการมีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อผู้อื่น						
12. ท่านมีความพึงพอใจต่อความเครียดหรือความวิตกกังวลจากปัญหาเกี่ยวกับโรคกรดไหลย้อน						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	ไม่พึงพอใจมาก	ไม่พึงพอใจปานกลาง	ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	พึงพอใจเล็กน้อย	พึงพอใจปานกลาง	พอใจมาก
13. ท่านมีความพึงพอใจต่องานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง						
14. ท่านมีความพึงพอใจต่อการวางแผนชีวิตในอนาคต						
15. ท่านมีความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากปัญหาเกี่ยวกับโรคกรดไหลย้อน						
16. ท่านมีความพึงพอใจต่อการรักษาโรคกรดไหลย้อนที่ได้รับ						
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ						
17. ท่านมีความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพกับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน						
18. ท่านมีความพึงพอใจต่อความช่วยเหลือความเห็นอกเห็นใจกำลังใจที่ได้รับจากเพื่อน						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	ไม่พึงพอใจมาก	ไม่พึงพอใจปานกลาง	ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	พึงพอใจเล็กน้อย	พึงพอใจปานกลาง	พอใจมาก
19. ท่านมีความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพที่มีกับเพื่อนบ้าน						
20. ท่านมีความพึงพอใจต่อบ้านเรือนและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง						
21. ท่านมีความพึงพอใจต่อหน้าที่การงานในปัจจุบัน (กรณีที่ทำงาน)						
22. ท่านมีความพึงพอใจต่อการไม่มีงานทำ (กรณีที่ออกจากงาน, ไม่ได้ทำงาน, ไม่สามารถทำงานได้)						
23. ท่านมีความพึงพอใจต่อระดับการศึกษาหรือความรู้ที่มีอยู่						
24. ท่านมีความพึงพอใจต่อการพึ่งตนเองในด้านการเงิน						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	ไม่พึงพอใจมาก	ไม่พึงพอใจปานกลาง	ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	พึงพอใจเล็กน้อย	พึงพอใจปานกลาง	พอใจมาก
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ						
25. ท่านมีความพึงพอใจต่อความรู้สึกสงบทางใจ						
26. ท่านมีความพึงพอใจต่อศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เลื่อมใสศรัทธา						
27. ท่านมีความพึงพอใจต่อความสำเร็จตามสิ่งที่มุ่งหวังในชีวิต						
28. ท่านมีความพึงพอใจต่อความสุขในชีวิตโดยทั่วไป						
29. ท่านมีความพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน						
30. ท่านมีความพึงพอใจต่อรูปร่างหน้าตาและลักษณะที่ปรากฏภายนอก						
31. ท่านมีความพึงพอใจต่อความเป็นตัวของตัวเอง เช่น มีความมั่นใจในตัวเอง ไม่คล้อยตามผู้อื่นโดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	ไม่พึงพอใจมาก	ไม่พึงพอใจปานกลาง	ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	พึงพอใจเล็กน้อย	พึงพอใจปานกลาง	พอใจมาก
ด้านครอบครัว						
32. ท่านมีความพึงพอใจต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว						
33. ท่านมีความพึงพอใจต่อความสำเร็จของบุตรหลานหรือคนในครอบครัว						
34. ท่านมีความพึงพอใจต่อความสุขในครอบครัว						
35. ท่านมีความพึงพอใจต่อความสัมพันธ์กับคู่ครอง						
36. ท่านมีความพึงพอใจต่อความช่วยเหลือความเห็นอกเห็นใจกำลังใจที่ได้รับจากครอบครัว						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบประเมินระดับความสำคัญ

<u>คำชี้แจง</u> แบบประเมินระดับความสำคัญนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบระดับความสำคัญที่ท่านให้ในแต่ละด้านของชีวิต

กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่ท่านเป็นอยู่มากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ไม่สำคัญเลย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นไม่มีความสำคัญต่อท่านแม้แต่น้อย
ไม่สำคัญปานกลาง	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นไม่มีความสำคัญต่อท่านพอสมควร
ไม่สำคัญเล็กน้อย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นไม่มีความสำคัญต่อท่านเล็กน้อย
สำคัญเล็กน้อย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นมีความสำคัญต่อท่านเล็กน้อย
สำคัญปานกลาง	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นมีความสำคัญต่อท่านพอสมควร
สำคัญมาก	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นมีความสำคัญต่อท่านอย่างยิ่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	ระดับความสำคัญ					
	ไม่สำคัญเลย	ไม่สำคัญปานกลาง	ไม่สำคัญเล็กน้อย	สำคัญเล็กน้อย	สำคัญปานกลาง	สำคัญมาก
ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย						
1. สุขภาพและการทำหน้าที่ของส่วนต่าง ๆ ในร่างกายมีความสำคัญต่อท่าน						
2. การดูแลสุขภาพในปัจจุบันมีความสำคัญต่อท่าน						
3. ความเจ็บปวดจากอาการของโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นมีความสำคัญต่อท่าน						
4. ความสามารถในการทำกิจกรรมโดยไม่เกิดความเหนื่อยล้ามีความสำคัญต่อท่าน						
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมีความสำคัญต่อท่าน เช่น การกินข้าว การอาบน้ำ การแต่งตัว เป็นต้น						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	ระดับความสำคัญ					
	ไม่สำคัญเลย	ไม่สำคัญปานกลาง	ไม่สำคัญเล็กน้อย	สำคัญเล็กน้อย	สำคัญปานกลาง	สำคัญมาก
6. ความสามารถในการไปสถานที่ต่าง ๆ ตามที่ต้องการมีความสำคัญต่อท่าน เช่น ทำธุระนอกบ้าน ท่องเที่ยว เป็นต้น						
7. ความสามารถในการควบคุมและตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเองมีความสำคัญต่อท่าน						
8. การมีชีวิตที่ยืนยาวมีความสำคัญต่อท่าน						
9. การมีเพศสัมพันธ์มีความสำคัญต่อท่าน						
10. ความสามารถในการทำหน้าที่ในครอบครัวมีความสำคัญต่อท่าน						
11. การมีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อผู้อื่นมีความสำคัญต่อท่าน						
12. ความเครียดหรือความวิตกกังวลจากปัญหาเกี่ยวกับโรคกรดไหลย้อนมีความสำคัญต่อท่าน						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	ระดับความสำคัญ					
	ไม่สำคัญเลย	ไม่สำคัญปานกลาง	ไม่สำคัญเล็กน้อย	สำคัญเล็กน้อย	สำคัญปานกลาง	สำคัญมาก
13. งานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างมีความสำคัญต่อท่าน						
14. การวางแผนชีวิตในอนาคตมีความสำคัญต่อท่าน						
15. การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากปัญหาเกี่ยวกับโรคกรดไหลย้อนมีความสำคัญต่อท่าน						
16. การรักษาโรคกรดไหลย้อนที่ได้รับมีความสำคัญต่อท่าน						
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ						
17. สัมพันธภาพกับเพื่อนหรือผู้ร่วมงานมีความสำคัญต่อท่าน						
18. ความช่วยเหลือความเห็นอกเห็นใจกำลังใจที่ได้รับจากเพื่อนมีความสำคัญต่อท่าน						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	ระดับความสำคัญ					
	ไม่สำคัญเลย	ไม่สำคัญปานกลาง	ไม่สำคัญเล็กน้อย	สำคัญเล็กน้อย	สำคัญปานกลาง	สำคัญมาก
19. สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านมีความสำคัญต่อท่าน						
20. การมีบ้านเรือนและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีความสำคัญต่อท่าน						
21. หน้าที่การงานในปัจจุบันมีความสำคัญต่อท่าน (กรณีที่ทำงาน)						
22. การไม่มีงานทำมีความสำคัญต่อท่าน (กรณีที่ออกจากงาน, ไม่ได้ทำงาน, ไม่สามารถทำงานได้)						
23. ระดับการศึกษาหรือความรู้ที่มีอยู่มีความสำคัญต่อท่าน						
24. การพึ่งตนเองในด้านการเงินมีความสำคัญต่อท่าน						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	ระดับความสำคัญ					
	ไม่สำคัญเลย	ไม่สำคัญปานกลาง	ไม่สำคัญเล็กน้อย	สำคัญเล็กน้อย	สำคัญปานกลาง	สำคัญมาก
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ						
25. ความรู้สึกสงบทางใจมีความสำคัญต่อท่าน						
26. ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เลื่อมใสศรัทธามีความสำคัญต่อท่าน						
27. ความสำเร็จตามสิ่งที่มุ่งหวังในชีวิตมีความสำคัญต่อท่าน						
28. ความสุขในชีวิตโดยทั่วไปมีความสำคัญต่อท่าน						
29. การดำเนินชีวิตในปัจจุบันมีความสำคัญต่อท่าน						
30. รูปร่างหน้าตาและลักษณะที่ปรากฏภายนอกมีความสำคัญต่อท่าน						
31. ความเป็นตัวของตัวเองมีความสำคัญต่อท่าน เช่น มีความมั่นใจในตัวเอง ไม่คล้อยตามผู้อื่นโดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	ระดับความสำคัญ					
	ไม่สำคัญเลย	ไม่สำคัญปานกลาง	ไม่สำคัญเล็กน้อย	สำคัญเล็กน้อย	สำคัญปานกลาง	สำคัญมาก
ด้านครอบครัว						
32. สุขภาพของสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญต่อท่าน						
33. ความสำเร็จของบุตรหลานหรือคนในครอบครัวมีความสำคัญต่อท่าน						
34. ความสุขในครอบครัวมีความสำคัญต่อท่าน						
35. ความสัมพันธ์กับคู่ครองมีความสำคัญต่อท่าน						
36. ความช่วยเหลือความเห็นอกเห็นใจกำลังใจที่ได้รับจากครอบครัวมีความสำคัญต่อท่าน						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ

คำชี้แจง แบบประเมินความรุนแรงของอาการนี้ประกอบด้วยข้อความที่ประเมินเกี่ยวกับ

1. ความถี่ของอาการ
2. ความรุนแรงของอาการ

<u>คำชี้แจง</u> แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบการรับรู้ของท่านเกี่ยวกับความถี่ของอาการโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษาในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

0	หมายถึง	ไม่มีอาการ
1	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นภายใน 1 วันต่อสัปดาห์
2	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นตลอด 1 วันต่อสัปดาห์
3	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้น 2-3 วันต่อสัปดาห์
4	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้น 4-6 วันต่อสัปดาห์
5	หมายถึง	มีอาการทุกวัน

อาการ	ความถี่ของอาการ					
	0	1	2	3	4	5
อาการแสบร้อน						
1. ความถี่ของอาการแสบร้อนบริเวณด้านหลังของกระดูกหน้าอก						
2. ความถี่ของอาการปวดบริเวณด้านหลังของกระดูกหน้าอก						
การไหลย้อนกลับ						
3. ความถี่ที่รู้สึกเหมือนมีรสเปรี้ยวของกรดหรือรสขมอยู่ในลำคอ						
4. ความถี่ที่รู้สึกคล้ายมีก้อนอยู่ในลำคอและระคายคอ						
ท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้อง						
5. ความถี่ของอาการแสบร้อนบริเวณกระเพาะอาหารส่วนบนหรือลิ้นปี่						
6. ความถี่ของอาการปวดบริเวณกระเพาะอาหารส่วนบนหรือลิ้นปี่						

<u>คำชี้แจง</u> แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบการรับรู้ของท่านเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษาในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

0	หมายถึง	ไม่มีอาการ
1	หมายถึง	รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น
2	หมายถึง	รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นแต่พอทนไหว
3	หมายถึง	มีอาการทำให้ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรปกติและขณะนอนหลับจำเป็นต้องได้รับยาบางครั้ง
4	หมายถึง	มีอาการรุนแรงทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและนอนหลับได้ต้องได้รับยาตามอาการ
5	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมากทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

อาการ	ความรุนแรงของอาการ					
	0	1	2	3	4	5
อาการแสบร้อน						
7. ท่านมีอาการแสบร้อนบริเวณด้านหลังของกระดูกหน้าอกรุนแรง						
8. ท่านมีอาการปวดบริเวณด้านหลังของกระดูกหน้าอกรุนแรง						
การไหลย้อนกลับ						
9. ท่านรู้สึกเหมือนมีรสเปรี้ยวของกรดหรือรสขมอยู่ในลำคออย่างรุนแรง						
10. ท่านรู้สึกคล้ายมีก้อนอยู่ในลำคอและระคายคออย่างรุนแรง						
ท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้อง						
11. ท่านมีอาการแสบร้อนบริเวณกระเพาะอาหารส่วนบนหรือลิ้นปี่รุนแรง						
12. ท่านมีอาการปวดบริเวณกระเพาะอาหารส่วนบนหรือลิ้นปี่รุนแรง						

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมของท่านเกี่ยวกับการเลือกประเภทอาหาร และสุขนิสัยในการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับสิ่งที่ได้ปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติทุกวัน	หมายถึง	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติอยู่ทุกวัน
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติ 3-4 วัน ต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่เคยแสดงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	ระดับของพฤติกรรม				
	ปฏิบัติทุกวัน	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
การเลือกประเภทอาหาร					
1. ท่านรับประทานอาหารที่มีแคลอรี่และไขมันสูง					
2. ท่านรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ สเต็ก มันฝรั่งทอด ไก่ทอด เป็นต้น					
3. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์					
4. ท่านรับประทานอาหารประเภททอด					
5. ท่านรับประทาน ผลไม้หรือ น้ำผลไม้ เช่น ส้ม มะนาว องุ่น มะเขือเทศ เป็นต้น					
6. ท่านรับประทานอาหารประเภทถั่วและผลิตภัณฑ์ของถั่ว					

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	ระดับของพฤติกรรม				
	ปฏิบัติทุกวัน	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
7. ท่านรับประทานอาหารรสเผ็ดจัด					
8. ท่านรับประทานช็อกโกแล็ต					
9. ท่านรับประทานอาหารทานเล่นที่ปรุงด้วยเกลือ หัวหอม กระเทียม เช่น ขนมขบเคี้ยว เป็นต้น					
10. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น					
11. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือกาแฟ					
12. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีคาร์บอเนต เช่น น้ำอัดลม โซดา เป็นต้น					
สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร					
13. ท่านรับประทานอาหารอย่างรีบเร่ง					
14. ท่านรับประทานอาหารปริมาณมากในแต่ละมื้อ					
15. ท่านหยุดรับประทานอาหารทันทีเมื่อรู้สึกอิ่มเพียงพอแล้ว					
16. ท่านรับประทานอาหารตามใจตัวเอง					
17. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคกรดไหลย้อน					
18. ท่านรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา					
19. ท่านตั้งใจงดมื้ออาหารในแต่ละวัน					
20. ท่านรับประทานอาหารก่อนนอน 2 ชั่วโมง					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับ

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบกิจกรรมที่ส่งผลต่อการนอนหลับของท่าน ได้แก่ ตารางการเข้านอนและตื่นนอนตามปกติ ปัญหาที่รบกวนการนอนหลับและท่านอนหลับ กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับสิ่งที่ได้ปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นสิ่งที่ปฏิบัติทุกครั้ง/บ่อยครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นสิ่งที่ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นสิ่งที่ไม่เคยปฏิบัติเลย

กิจกรรมที่ส่งผลต่อการนอนหลับ	ระดับของพฤติกรรม		
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
ตารางการเข้านอนและตื่นนอนตามปกติ			
1. ท่านเข้านอนเวลาเดิมหรือเวลาที่ใกล้เคียง			
2. ท่านตื่นนอนเวลาเดิมหรือเวลาที่ใกล้เคียง			
3. ท่านเข้านอนเมื่อง่วงนอนเท่านั้น			
4. ท่านนอนกลางวันมากกว่า 1 ชั่วโมง/วัน			
5. ช่วงเวลาการนอนหลับของท่านเพียงพอ (โปรดระบุ.....ชั่วโมง/วัน)			
ปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ			
6. ท่านนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้ว			
7. ท่านรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวลก่อนนอน			
8. เคยมีคนบอกเรื่องที่ท่านตื่นในช่วงเวลาของการนอนหลับ			
9. เคยมีคนบอกเรื่องที่ท่านกรนเสียงดังขณะหลับ			
10. เคยมีคนบอกเรื่องที่ท่านหายใจติดขัดขณะหลับ			
11. เคยมีคนบอกเรื่องที่ท่านสำลักและสูดอากาศเข้าลึกขณะหลับ			
12. ท่านนอนหลังรับประทานอาหารภายในเวลา 2 ชั่วโมง			
ท่าการนอนหลับ			
13. ท่านนอนหลับในท่านอนหงายราบหรือศีรษะต่ำกว่าลำตัว			

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาภายหลังได้รับการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับสิ่งที่ได้ปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง
ทำบ่อย	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง
ทำนาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆครั้งหรือเกือบไม่ปฏิบัติเลย
ไม่เคยทำเลย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	ระดับของพฤติกรรม				
	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อย	ทำเป็นบางครั้ง	ทำนาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1. ท่านรับประทานยาโรคกรดไหลย้อนตามแพทย์สั่งอย่างถูกต้องทั้งชนิด ขนาด ปริมาณ วิธี และเวลา					
2. ท่านรับประทานยาโรคกรดไหลย้อนเมื่อมีอาการกำเริบเท่านั้น					
3. ท่านซื้อยารับประทานเองเมื่อมีอาการของโรคกรดไหลย้อน					
4. ท่านลืมรับประทานยาโรคกรดไหลย้อน					
5. ท่านจัดเก็บยาโรคกรดไหลย้อนไว้ในที่ที่สามารถช่วยเตือนให้ท่านไม่ลืมรับประทานยาได้					
6. ท่านมีวิธีที่ช่วยเตือนให้รับประทานยาโรคกรดไหลย้อน					
7. การรับประทานยาโรคกรดไหลย้อนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของท่าน					

ส่วนที่ 7 ประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับอาการ ความรู้สึก และพฤติกรรมของความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

0	หมายถึง	ไม่เคยเลย
1	หมายถึง	เป็นครั้งคราว
2	หมายถึง	เป็นบ่อย
3	หมายถึง	เป็นประจำ

อาการ ความรู้สึก และพฤติกรรม	ระดับของอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย	เป็นประจำ
1. ท่านนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. ท่านรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ท่านทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. ท่านมีความวุ่นวายใจ				
5. ท่านไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ท่านมีอาการปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. ท่านรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของตนไม่มีคุณค่า				
10. ท่านมีอาการกระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. ท่านรู้สึกเพลียไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. ท่านรู้สึกเหนื่อยไม่อยากทำอะไร				
14. ท่านมีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. ท่านมีอาการเสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

อาการ ความรู้สึก และพฤติกรรม	ระดับของอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย	เป็นประจำ
16. ท่านรู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ				
17. ท่านมีอาการปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอยหลังหรือไหล่				
18. ท่านตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ไม่คุ้นเคย				
19. ท่านมีอาการมึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ท่านมีความสุขทางเพศลดลง				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก จ
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ และตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม

```
RELIABILITY/VARIABLES=q_sat_health1 q_sat_health2 q_sat_health3 q_sat_health4
q_sat_health5 q_sat_health6 q_sat_health7 q_sat_health8 q_sat_health9
q_sat_health10 q_sat_health11 q_sat_health12 q_sat_health13 q_sat_health14
q_sat_health15 q_sat_health16 q_sat_social_eco17 q_sat_social_eco18
q_sat_social_eco19 q_sat_social_eco20 q_sat_social_eco21 q_sat_social_eco22
q_sat_social_eco23 q_sat_social_eco24 q_sat_spririt25 q_sat_spririt26 q_sat_spirit27
q_sat_spririt28 q_sat_spririt29 q_sat_spririt30 q_sat_spririt31 q_sat_family32
q_sat_family33 q_sat_family34 q_sat_family35 q_sat_family36
q_concern_health1 q_concern_health2 q_concern_health3 q_concern_health4
q_concern_health5 q_concern_health6 q_concern_health7 q_concern_health8
q_concern_health9 q_concern_health10 q_concern_health11 q_concern_health12
q_concern_health13 q_concern_health14 q_concern_health15 q_concern_health16
q_concern_social_eco17 q_concern_social_eco18 q_concern_social_eco19
q_concern_social_eco20 q_concern_social_eco21 q_concern_social_eco22
q_concern_social_eco23 q_concern_social_eco24 q_concern_spririt25
q_concern_spririt26 q_concern_spririt27 q_concern_spirirt28 q_concern_spririt29
q_concern_spririt30 q_concern_spririt31 q_concern_family32 q_concern_family33
q_concern_family34 q_concern_family35 q_concern_family36
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
```

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.924	.958	70

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_sat_health1 ความพึงพอใจ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.96	666.432	.282	.	.924
q_sat_health2 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	352.04	673.618	.232	.	.924
q_sat_health3 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	355.42	681.626	.093	.	.924
q_sat_health4 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.94	658.678	.426	.	.922
q_sat_health5 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.47	668.411	.515	.	.922
q_sat_health6 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.59	663.501	.615	.	.921
q_sat_health7 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.46	666.994	.654	.	.922
q_sat_health8 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.90	668.619	.534	.	.922

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_sat_health9 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	352.46	670.463	.259	.	.924
q_sat_health10 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.57	670.194	.466	.	.922
q_sat_health11 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.50	666.199	.631	.	.922
q_sat_health12 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	354.75	665.497	.224	.	.925
q_sat_health13 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.90	659.398	.586	.	.921
q_sat_health14 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.81	657.662	.703	.	.921
q_sat_health15 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	355.07	684.261	.015	.	.926
q_sat_health16 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	353.24	674.749	.108	.	.926

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_sat_social_eco17 ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ	351.79	669.247	.489	.	.922
q_sat_social_eco18 ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ	351.81	667.874	.514	.	.922
q_sat_social_eco19 ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ	352.08	673.082	.342	.	.923
q_sat_social_eco20 ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ	351.63	665.527	.652	.	.922
q_sat_social_eco21_22 ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ	354.39	678.113	.035	.	.928
q_sat_social_eco23 ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ	352.13	666.381	.360	.	.923
q_sat_social_eco24 ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ	351.92	661.525	.441	.	.922
q_sat_spririt25 ความพึงพอใจด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	352.12	675.525	.279	.	.923

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_sat_spririt26 ความพึงพอใจด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	351.94	683.403	.098	.	.924
q_sat_spririt27 ความพึงพอใจด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	351.91	659.160	.736	.	.921
q_sat_spririt28 ความพึงพอใจด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	351.65	662.672	.746	.	.921
q_sat_spririt29 ความพึงพอใจด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	351.68	661.849	.701	.	.921
q_sat_spririt30 ความพึงพอใจด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	352.11	672.615	.485	.	.922
q_sat_spririt31 ความพึงพอใจด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	351.65	664.548	.722	.	.921
q_sat_family32 ความพึงพอใจด้านครอบครัว	351.90	667.752	.498	.	.922
q_sat_family33 ความพึงพอใจด้านครอบครัว	351.97	667.566	.474	.	.922

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_sat_family34 ความพึงพอใจด้านครอบครัว	351.60	664.579	.690	.	.921
q_sat_family35 ความพึงพอใจด้านครอบครัว	352.33	667.906	.293	.	.923
q_sat_family36 ความพึงพอใจด้านครอบครัว	351.58	666.405	.662	.	.922
q_concern_health1 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.36	670.746	.479	.	.922
q_concern_health2 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.35	671.168	.457	.	.922
q_concern_health3 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.46	671.348	.393	.	.923
q_concern_health4 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.37	670.695	.479	.	.922
q_concern_health5 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.34	669.625	.517	.	.922

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_concern_health6 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.65	665.256	.609	.	.922
q_concern_health7 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.39	667.374	.713	.	.922
q_concern_health8 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	352.02	666.283	.495	.	.922
q_concern_health9 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	352.89	662.527	.294	.	.924
q_concern_health10 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.40	666.933	.705	.	.922
q_concern_health11 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.45	664.267	.711	.	.921
q_concern_health12 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.60	671.199	.363	.	.923
q_concern_health13 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.92	667.896	.579	.	.922

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_concern_health14 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.62	659.600	.753	.	.921
q_concern_health15 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.49	670.872	.386	.	.923
q_concern_health16 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	351.47	669.384	.378	.	.923
q_concern_social_eco17 ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจ	351.68	668.271	.552	.	.922
q_concern_social_eco18 ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจ	351.69	669.011	.520	.	.922
q_concern_social_eco19 ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจ	352.16	667.550	.389	.	.923
q_concern_social_eco20 ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจ	351.46	667.950	.702	.	.922
q_concern_social_eco21_22 ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจ	354.19	678.6915	.032	.	.9285

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_concern_social_eco23 ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจ	351.80	668.729	.540	.	.922
q_concern_social_eco24 ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจ	351.35	672.230	.510	.	.922
q_concern_spririt25 ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	351.81	677.591	.332	.	.923
q_concern_spririt26 ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	351.94	676.501	.249	.	.923
q_concern_spririt27 ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	351.68	659.672	.723	.	.921
q_concern_spririt28 ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	351.35	670.584	.653	.	.922
q_concern_spririt29 ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	351.39	668.046	.667	.	.922
q_concern_spririt30 ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	352.18	661.279	.592	.	.921

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_concern_spririt31 ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	351.54	666.710	.665	.	.922
q_concern_family32 ความสำคัญด้านครอบครัว	351.44	669.204	.636	.	.922
q_concern_family33 ความสำคัญด้านครอบครัว	351.63	667.987	.603	.	.922
q_concern_family34 ความสำคัญด้านครอบครัว	351.38	667.830	.726	.	.922
q_concern_family35 ความสำคัญด้านครอบครัว	352.30	672.211	.160	.	.925
q_concern_family36 ความสำคัญด้านครอบครัว	351.37	669.067	.681	.	.922

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
357.00	687.027	26.211	70

ค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิตในมิติความพึงพอใจ

RELIABILITY /VARIABLES=q_sat_health1 q_sat_health2 q_sat_health3 q_sat_health4 q_sat_health5 q_sat_health6 q_sat_health7 q_sat_health8 q_sat_health9 q_sat_health10 q_sat_health11 q_sat_health12 q_sat_health13 q_sat_health14 q_sat_health15 q_sat_health16 q_sat_social_eco17 q_sat_social_eco18 q_sat_social_eco19 q_sat_social_eco20 q_sat_social_eco21 q_sat_social_eco22 q_sat_social_eco23 q_sat_social_eco24 q_sat_spririt25 q_sat_spririt26 q_sat_spirit27 q_sat_spririt28 q_sat_spririt29 q_sat_spririt30 q_sat_spririt31 q_sat_family32 q_sat_family33 q_sat_family34 q_sat_family35 q_sat_family36 /SCALE('QOL_ความพึงพอใจ') ALL /MODEL=ALPHA

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.860	.913	35

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_sat_health1 ความพึงพอใจ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	164.27	196.164	.406	.	.855
q_sat_health2 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	164.36	200.905	.368	.	.856

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_sat_health3 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	167.74	207.364	.165	.	.861
q_sat_health4 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	164.25	193.342	.521	.	.852
q_sat_health5 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	163.79	200.380	.612	.	.853
q_sat_health6 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	163.90	199.380	.621	.	.852
q_sat_health7 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	163.78	201.659	.643	.	.853
q_sat_health8 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	164.22	204.633	.407	.	.856
q_sat_health9 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	164.78	204.863	.199	.	.861
q_sat_health10 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	163.89	203.146	.468	.	.855

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_sat_health11 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	163.82	201.284	.616	.	.853
q_sat_health12 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	167.07	197.818	.265	.	.862
q_sat_health13 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	164.22	195.518	.654	.	.850
q_sat_health14 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	164.12	195.525	.740	.	.849
q_sat_health15 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	167.39	210.098	.022	.	.867
q_sat_health16 ความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	165.55	207.630	.045	.	.871
q_sat_social_eco17 ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ	164.11	202.219	.511	.	.854
q_sat_social_eco18 ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ	164.12	201.295	.545	.	.854

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_sat_social_eco19 ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ	164.39	206.453	.259	.	.859
q_sat_social_eco20 ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ	163.95	200.227	.677	.	.852
q_sat_social_eco21_22 ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ	166.705	208.4365	-.001	.	.8735
q_sat_social_eco23 ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ	164.45	197.931	.460	.	.854
q_sat_social_eco24 ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ	164.24	197.085	.478	.	.853
q_sat_spririt25 ความพึงพอใจด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	164.44	204.461	.353	.	.857
q_sat_spririt26 ความพึงพอใจด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	164.25	212.156	.005	.	.862
q_sat_spririt27 ความพึงพอใจด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	164.23	196.956	.747	.	.850

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_sat_spririt28 ความพึงพอใจด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	163.96	198.671	.772	.	.851
q_sat_spririt29 ความพึงพอใจด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	163.99	197.566	.759	.	.850
q_sat_spririt30 ความพึงพอใจด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	164.43	205.185	.445	.	.856
q_sat_spririt31 ความพึงพอใจด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	163.96	199.485	.762	.	.851
q_sat_family32 ความพึงพอใจด้านครอบครัว	164.22	202.226	.477	.	.855
q_sat_family33 ความพึงพอใจด้านครอบครัว	164.29	202.438	.439	.	.855
q_sat_family34 ความพึงพอใจด้านครอบครัว	163.91	200.700	.658	.	.853
q_sat_family35 ความพึงพอใจด้านครอบครัว	164.65	200.619	.321	.	.858
q_sat_family36 ความพึงพอใจด้านครอบครัว	163.89	202.431	.584	.	.854

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
169.32	212.643	14.582	35

ค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิตในมิติความสำคัญ

RELIABILITY /VARIABLES=q_concern_health1 q_concern_health2 q_concern_health3 q_concern_health4 q_concern_health5 q_concern_health6 q_concern_health7 q_concern_health8 q_concern_health9 q_concern_health10 q_concern_health11 q_concern_health12 q_concern_health13 q_concern_health14 q_concern_health15 q_concern_health16 q_concern_social_eco17 q_concern_social_eco18 q_concern_social_eco19 q_concern_social_eco20 q_concern_social_eco21 q_concern_social_eco22 q_concern_social_eco23 q_concern_social_eco24 q_concern_spririt25 q_concern_spririt26 q_concern_spririt27 q_concern_spirirt28 q_concern_spririt29 q_concern_spririt30 q_concern_spririt31 q_concern_family32 q_concern_family33 q_concern_family34 q_concern_family35 q_concern_family36 /SCALE('QOL_ความสำคัญ') ALL /MODEL=ALPHA

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.894	.945	35

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_concern_health1 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.04	192.237	.529	.	.890
q_concern_health2 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.04	191.963	.534	.	.890
q_concern_health3 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.15	190.270	.547	.	.889
q_concern_health4 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.05	191.714	.557	.	.890
q_concern_health5 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.03	191.459	.578	.	.889
q_concern_health6 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.33	190.614	.585	.	.889
q_concern_health7 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.08	190.852	.750	.	.888
q_concern_health8 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.70	189.468	.551	.	.889

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_concern_health9 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	183.57	189.274	.261	.	.897
q_concern_health10 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.09	191.054	.710	.	.889
q_concern_health11 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.13	189.991	.692	.	.888
q_concern_health12 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.28	191.248	.454	.	.891
q_concern_health13 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.61	191.356	.593	.	.889
q_concern_health14 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.31	186.675	.781	.	.886
q_concern_health15 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.18	189.597	.551	.	.889
q_concern_health16 ความสำคัญด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	182.16	189.037	.515	.	.890

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_concern_social_eco17 ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจ	182.37	192.093	.534	.	.890
q_concern_social_eco18 ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจ	182.38	191.883	.537	.	.890
q_concern_social_eco19 ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจ	182.84	190.754	.406	.	.891
q_concern_social_eco20 ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจ	182.15	190.960	.754	.	.888
q_concern_social_eco21_22 ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจ	184.87	198.499	-.0135	.	.913
q_concern_social_eco23 ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจ	182.48	191.933	.545	.	.890
q_concern_social_eco24 ความสำคัญด้านสังคมและเศรษฐกิจ	182.04	193.379	.547	.	.890
q_concern_spririt25 ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	182.49	196.305	.366	.	.892

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_concern_spririt26 ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	182.62	194.095	.343	.	.892
q_concern_spririt27 ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	182.36	186.392	.766	.	.886
q_concern_spririt28 ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	182.04	192.123	.728	.	.889
q_concern_spririt29 ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	182.08	190.427	.755	.	.888
q_concern_spririt30 ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	182.86	188.086	.588	.	.888
q_concern_spririt31 ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	182.23	191.824	.612	.	.889
q_concern_family32 ความสำคัญด้านครอบครัว	182.12	192.852	.601	.	.890
q_concern_family33 ความสำคัญด้านครอบครัว	182.32	191.758	.597	.	.889

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q_concern_family34 ความสำคัญด้านครอบครัว	182.06	191.545	.732	.	.889
q_concern_family35 ความสำคัญด้านครอบครัว	182.98	193.593	.146	.	.901
q_concern_family36 ความสำคัญด้านครอบครัว	182.05	191.413	.745	.	.889

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
187.68	202.023	14.213	35

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรุนแรงของอาการ

RELIABILITY /VARIABLES=severity_burn1 severity_burn2 severity_regurgitation3 severity_regurgitation4 severity_dyspepsia5 severity_dyspepsia6 /SCALE ('severity') ALL /MODEL=ALPHA

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.830	.850	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
severity_burn1 ความรุนแรงของอาการแสบร้อน	10.71	22.526	.730	.667	.774
severity_burn2 ความรุนแรงของอาการแสบร้อน	11.11	23.068	.610	.540	.802
severity_regurgitation3 ความรุนแรงของการไหลย้อนกลับ	10.96	26.325	.437	.265	.836

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
severity_regurgitation4 ความรุนแรงของการไหลย้อนกลับ	11.31	25.524	.424	.222	.844
severity_dyspepsia 5 ความรุนแรงของท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้อง	10.30	25.238	.805	.888	.775
severity_dyspepsia 6 ความรุนแรงของท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้อง	10.36	25.011	.758	.869	.779

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
12.95	34.280	5.855	6

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

RELIABILITY /VARIABLES=eating_type1 eating_type2 eating_type3 eating_type4 eating_type5 eating_type6 eating_type7 eating_type8 eating_type9 eating_type10 eating_type11 eating_type12 eating_behaviour13 eating_behaviour14 eating_behaviour15 eating_behaviour16 eating_behaviour17 eating_behaviour18 eating_behaviour19 eating_behaviour20
/SCALE ('eating behavior') ALL /MODEL=ALPHA

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.829	.837	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
eating_type1 การเลือกประเภทอาหาร	53.90	115.061	.624	.693	.813
eating_type2 การเลือกประเภทอาหาร	53.47	115.296	.530	.589	.816
eating_type3 การเลือกประเภทอาหาร	55.01	122.805	.351	.350	.825
eating_type4 การเลือกประเภทอาหาร	54.18	116.612	.616	.636	.815

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
eating_type5 การเลือกประเภทอาหาร	53.97	123.530	.225	.272	.829
eating_type6 การเลือกประเภทอาหาร	53.52	117.084	.434	.353	.820
eating_type7 การเลือกประเภทอาหาร	53.99	116.540	.461	.410	.819
eating_type8 การเลือกประเภทอาหาร	52.34	123.891	.172	.336	.831
eating_type9 การเลือกประเภทอาหาร	53.32	110.239	.647	.514	.809
eating_type10 การเลือกประเภทอาหาร	52.76	113.598	.531	.597	.815
eating_type11 การเลือกประเภทอาหาร	54.21	117.495	.348	.307	.824
eating_type12 การเลือกประเภทอาหาร	53.19	109.927	.601	.496	.810
eating_behaviour13 สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร	54.07	120.402	.280	.224	.827
eating_behaviour14 สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร	53.65	110.867	.590	.495	.811

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
eating_behaviour15 สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร	52.82	117.815	.360	.339	.824
eating_behaviour16 สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร	53.68	106.823	.665	.574	.806
eating_behaviour17 สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร	53.33	119.074	.477	.429	.820
eating_behaviour18 สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร	53.86	110.617	.546	.465	.813
eating_behaviour19 สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร	52.52	125.739	.051	.249	.840
eating_behaviour20 สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร	54.19	133.538	-.203	.174	.855

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
56.42	128.865	11.352	20

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับ

RELIABILITY /VARIABLES=sleep_schedule1 sleep_schedule2 sleep_schedule3 sleep_schedule4 sleep_schedule5 sleep_problem6 sleep_problem7 sleep_pro blem8 sleep_problem9 sleep_problem10 sleep_problem11 sleep_problem12 sleep_position13 /SCALE ('sleep hygeine') ALL /MODEL=ALPHA

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.737	.768	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
sleep_schedule1 ตารางการเข้านอนและตื่นนอนตามปกติ	25.78	16.969	.685	.709	.685
sleep_schedule2 ตารางการเข้านอนและตื่นนอนตามปกติ	25.74	17.151	.644	.747	.689
sleep_schedule3 ตารางการเข้านอนและตื่นนอนตามปกติ	25.86	17.166	.570	.601	.695

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
sleep_schedule4 ตารางการเข้านอนและตื่นนอนตามปกติ	25.86	18.794	.385	.303	.719
sleep_schedule5 ตารางการเข้านอนและตื่นนอนตามปกติ	25.62	17.547	.642	.632	.694
sleep_problem6 ปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ	26.30	17.114	.580	.549	.694
sleep_problem7 ปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ	26.25	18.134	.384	.450	.718
sleep_problem8 ปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ	26.11	17.323	.515	.481	.701
sleep_problem9 ปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ	26.40	18.933	.193	.313	.744
sleep_problem10 ปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ	25.90	17.150	.547	.558	.697
sleep_problem11 ปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ	25.71	17.039	.606	.599	.691
sleep_problem12 ปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ	26.47	23.880	-.431	.372	.814
sleep_position13 ท่าการนอนหลับ	26.62	21.370	-.125	.287	.778

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
28.22	21.075	4.591	13

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

RELIABILITY /VARIABLES=med_ adherence1 med_ adherence2 med_ adherence3 med_ adherence4 med_ adherence5 med_ adherence6 med_ adherence7 /SCALE ('medication adherence') ALL /MODEL=ALPHA

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.903	.907	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
med_ adherence1 ความร่วมมือในการรับประทานยา	21.41	38.280	.779	.664	.884
med_ adherence2 ความร่วมมือในการรับประทานยา	22.13	34.806	.696	.576	.894

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
med_ adherence3 ความร่วมมือในการรับประทานยา	22.42	40.264	.481	.251	.915
med_ adherence4 ความร่วมมือในการรับประทานยา	22.00	36.106	.765	.680	.883
med_ adherence5 ความร่วมมือในการรับประทานยา	21.41	38.333	.720	.744	.889
med_ adherence6 ความร่วมมือในการรับประทานยา	21.60	35.039	.854	.880	.873
med_ adherence7 ความร่วมมือในการรับประทานยา	21.39	37.214	.767	.736	.884

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
25.39	49.763	7.054	7

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเครียด

RELIABILITY /VARIABLES=stress1 stress2 stress3 stress4 stress5 stress6 stress7 stress8 stress9 stress10 stress11 stress12 stress13 stress14 stress15 stress16 stress17 stress18 stress19 stress20 /SCALE ('stress') ALL /MODEL=ALPHA

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.896	.902	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
stress1 ความเครียด	14.10	67.663	.392	.405	.895
stress2 ความเครียด	14.15	65.349	.643	.530	.887
stress3 ความเครียด	14.80	65.207	.661	.668	.887
stress4 ความเครียด	14.58	64.299	.669	.679	.886
stress5 ความเครียด	14.89	66.750	.602	.591	.889
stress6 ความเครียด	14.11	69.245	.225	.402	.901
stress7 ความเครียด	14.64	64.905	.683	.667	.886
stress8 ความเครียด	15.00	67.345	.617	.819	.889
stress9 ความเครียด	15.04	67.326	.636	.837	.889
stress10 ความเครียด	14.87	65.514	.635	.728	.888
stress11 ความเครียด	14.77	64.089	.736	.829	.885

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
stress12 ความเครียด	14.36	65.011	.594	.711	.889
stress13 ความเครียด	14.42	65.361	.617	.722	.888
stress14 ความเครียด	14.48	66.535	.502	.559	.891
stress15 ความเครียด	14.88	67.206	.494	.499	.892
stress16 ความเครียด	14.44	68.089	.438	.435	.893
stress17 ความเครียด	14.45	66.303	.447	.372	.894
stress18 ความเครียด	14.31	66.710	.442	.554	.893
stress19 ความเครียด	13.85	69.686	.217	.345	.900
stress20 ความเครียด	14.71	69.553	.366	.247	.895

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
15.31	73.400	8.567	20

ตาราง คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต จำแนกตามรายข้อ (n = 114)

ข้อ	ข้อคำถาม	$\overline{X}$	SD
	ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย		
1	สุขภาพและการทำหน้าที่ของส่วนต่าง ๆ ในร่างกาย	23.68	7.68
2	การดูแลสุขภาพในปัจจุบัน	23.20	6.15
3	ความเจ็บปวดจากอาการของโรคกรดไหลย้อนที่เกิดขึ้น	4.19	5.44
4	ความสามารถในการทำกิจกรรมโดยไม่เกิดความเหนื่อยล้า	23.77	7.26
5	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การกินข้าว การอาบน้ำ การแต่งตัว เป็นต้น	26.52	4.29
6	ความสามารถในการไปสถานที่ต่าง ๆ ตามที่ต้องการ เช่น ทำธุระนอกบ้าน ท่องเที่ยว เป็นต้น	25.53	4.47
7	ความสามารถในการควบคุมและตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง	26.57	3.82
8	การมีชีวิตที่ยืนยาว	23.29	4.16
9	การมีเพศสัมพันธ์	20.53	5.05
10	ความสามารถในการทำหน้าที่ในครอบครัว	25.96	4.27
11	การมีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	26.29	4.07
12	ความเครียดหรือความวิตกกังวลจากปัญหาเกี่ยวกับโรคกรดไหลย้อน	8.10	9.31
13	งานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง	23.32	5.08
14	การวางแผนชีวิตในอนาคต	24.41	4.94
15	การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากปัญหาเกี่ยวกับโรคกรดไหลย้อน	6.06	7.64
16	การรักษาโรคกรดไหลย้อนที่ได้รับ	16.70	9.57

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	ข้อคำถาม	$\overline{X}$	SD
	ด้านสังคมและเศรษฐกิจ		
17	สัมพันธภาพกับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน	24.35	4.34
18	ความช่วยเหลือ ความเห็นอกเห็นใจ กำลังใจที่ได้รับจากเพื่อน	24.24	4.38
19	สัมพันธภาพที่มีกับเพื่อนบ้าน	22.38	4.27
20	บ้านเรือนและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง	25.52	4.13
21,22	หน้าที่การงานในปัจจุบัน (กรณีที่ทำงาน) หรือการไม่มีงานทำ (กรณีที่ออกจากงาน, ไม่ได้ทำงาน, ไม่สามารถทำงานได้)	19.41	5.18
23	ระดับการศึกษาหรือความรู้ที่มีอยู่	22.35	5.90
24	การพึ่งตนเองในด้านการเงิน	24.08	6.35
	ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ		
25	ความรู้สึกสงบทางใจ	22.30	4.26
26	ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เลื่อมใสศรัทธา	23.23	3.56
27	ความสำเร็จตามสิ่งที่มุ่งหวังในชีวิต	23.77	4.64
28	ความสุขในชีวิตโดยทั่วไป	25.60	4.024
29	การดำเนินชีวิตในปัจจุบัน	25.37	4.38
30	รูปร่างหน้าตาและลักษณะที่ปรากฏภายนอก	21.95	3.39
31	ความเป็นตัวของตัวเอง เช่น มีความมั่นใจในตัวเอง ไม่คล้อยตามผู้อื่นโดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น	25.36	4.04

ข้อ	ข้อคำถาม	$\overline{X}$	SD
	ด้านครอบครัว		
32	สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว	24.02	4.48
33	ความสำเร็จของบุตรหลานหรือคนในครอบครัว	23.43	4.72
34	ความสุขในครอบครัว	25.88	4.14
35	ความสัมพันธ์กับคู่ครอง	21.45	6.12
36	ความช่วยเหลือ ความเห็นอกเห็นใจ กำลังใจที่ได้รับจากครอบครัว	26.00	3.95

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตาราง คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของอาการ จำแนกตามรายข้อ (n = 114)

ข้อ	ข้อคำถาม	$\overline{X}$	SD
	อาการแสบร้อน		
1	ท่านมีอาการแสบร้อนบริเวณด้านหลังของกระดูกหน้าอกรุนแรง	2.24	1.41
2	ท่านมีอาการปวดบริเวณด้านหลังของกระดูกหน้าอกรุนแรง	1.84	1.52
	การไหลย้อนกลับ		
3	ท่านรู้สึกเหมือนมีรสเปรี้ยวของกรดหรือรสขมอยู่ในลำคออย่างรุนแรง	1.99	1.36
4	ท่านรู้สึกคล้ายมีก้อนอยู่ในลำคอและระคายคออย่างรุนแรง	1.64	1.51
	ท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้อง		
5	ท่านมีอาการแสบร้อนบริเวณกระเพาะอาหารส่วนบนหรือลิ้นปี่รุนแรง	2.65	1.00
6	ท่านมีอาการปวดบริเวณกระเพาะอาหารส่วนบนหรือลิ้นปี่รุนแรง	2.59	1.07

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตาราง คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำแนกตามรายข้อ (n = 114)

ข้อ	ข้อคำถาม	$\overline{X}$	SD
	การเลือกประเภทอาหาร		
1	ท่านรับประทานอาหารที่มีแคลอรี่และไขมันสูง	2.52	.96
2	ท่านรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่าแฮมเบอร์เกอร์ สเต็ก มันฝรั่งทอด ไก่ทอด เป็นต้น	2.95	1.09
3	ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์	1.41	.71
4	ท่านรับประทานอาหารประเภททอด	2.24	.87
5	ท่านรับประทาน ผลไม้หรือ น้ำผลไม้ เช่น ส้ม มะนาว องุ่น มะเขือเทศ เป็นต้น	2.45	.90
6	ท่านรับประทานอาหารประเภทถั่วและผลิตภัณฑ์ของถั่ว	2.90	1.12
7	ท่านรับประทานอาหารรสเผ็ดจัด	2.43	1.11
8	ท่านรับประทานช็อกโกแล็ต	4.08	1.02
9	ท่านรับประทานอาหารทานเล่นที่ปรุงด้วยเกลือ หัวหอม กระเทียม เช่น ขนมขบเคี้ยว เป็นต้น	3.10	1.26
10	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น	3.66	1.22
11	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือกาแฟ	2.21	1.29
12	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีคาร์บอเนต เช่น น้ำอัดลม โซดา เป็นต้น	3.23	1.36
	สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร		
13	ท่านรับประทานอาหารอย่างรีบเร่ง	2.35	1.16
14	ท่านรับประทานอาหารปริมาณมากในแต่ละมื้อ	2.77	1.31

ข้อ	ข้อคำถาม	$\overline{X}$	SD
15	ท่านหยุดรับประทานอาหารทันทีเมื่อรู้สึกอิ่มเพียงพอแล้ว	3.61	1.22
16	ท่านรับประทานอาหารตามใจตัวเอง	2.75	1.45
17	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคกรดไหลย้อน	3.09	.87
18	ท่านรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา	2.56	1.41
19	ท่านตั้งใจงดมื้ออาหารในแต่ละวัน	3.90	1.28
20	ท่านรับประทานอาหารก่อนนอน 2 ชั่วโมง	2.23	1.43

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตาราง คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขลักษณะการนอนหลับ จำแนกตามรายข้อ (n = 114)

ข้อ	ข้อคำถาม	$\overline{X}$	SD
	ตารางการเข้านอนและตื่นนอนตามปกติ		
1	ท่านเข้านอนเวลาเดิมหรือเวลาที่ใกล้เคียง	2.44	.65
2	ท่านตื่นนอนเวลาเดิมหรือเวลาที่ใกล้เคียง	2.48	.66
3	ท่านเข้านอนเมื่อง่วงนอนเท่านั้น	2.36	.72
4	ท่านนอนกลางวันมากกว่า 1 ชั่วโมง/วัน	2.36	.58
5	ช่วงเวลาการนอนหลับของท่านเพียงพอ (โปรดระบุ.....ชั่วโมง/วัน)	2.60	.59
	ปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ		
6	ท่านนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้ว	1.92	.72
7	ท่านรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวลก่อนนอน	1.97	.73
8	เคยมีคนบอกเรื่องที่ท่านตื่นในช่วงเวลาของการนอนหลับ	2.11	.75
9	เคยมีคนบอกเรื่องที่ท่านกรนเสียงดังขณะหลับ	1.82	.85
10	เคยมีคนบอกเรื่องที่ท่านหายใจติดขัดขณะหลับ	2.32	.74
11	เคยมีคนบอกเรื่องที่ท่านสำลักและสูดอากาศเข้าลึกขณะหลับ	2.51	.71
12	ท่านนอนหลังรับประทานอาหารภายในเวลา 2 ชั่วโมง	1.75	.83
	ท่าการนอนหลับ		
13	ท่านนอนหลับในท่านอนหงายราบหรือศีรษะต่ำกว่าลำตัว	1.60	.78

ตาราง คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรับประทานยา จำแนกตามรายข้อ (n = 114)

ข้อ	ข้อคำถาม	$\overline{X}$	SD
1	ท่านรับประทานยาโรคกรดไหลย้อนตามแพทย์สั่งอย่างถูกต้องทั้งชนิด ขนาด ปริมาณ วิธี และเวลา	3.98	1.07
2	ท่านรับประทานยาโรคกรดไหลย้อนเมื่อมีอาการกำเริบเท่านั้น	3.26	1.54
3	ท่านซื้อยารับประทานเองเมื่อมีอาการของโรคกรดไหลย้อน	2.97	1.29
4	ท่านลืมรับประทานยาโรคกรดไหลย้อน	3.39	1.30
5	ท่านจัดเก็บยาโรคกรดไหลย้อนไว้ในที่ที่สามารถช่วยเตือนให้ท่านไม่ลืมรับประทานยาได้	3.98	1.14
6	ท่านมีวิธีที่ช่วยเตือนให้รับประทานยาโรคกรดไหลย้อน	3.80	1.29
7	การรับประทานยาโรคกรดไหลย้อนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของท่าน	4.00	1.19

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตาราง คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียด จำแนกตามรายข้อ (n = 114)

ข้อ	ข้อคำถาม	$\overline{X}$	SD
1	ท่านนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	1.21	.79
2	ท่านรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	1.16	.72
3	ท่านทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	.51	.72
4	ท่านมีความวุ่นวายใจ	.73	.79
5	ท่านไม่อยากพบปะผู้คน	.41	.64
6	ท่านมีอาการปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	1.20	.89
7	ท่านรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	.67	.73
8	ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิต	.31	.57
9	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของตนไม่มีคุณค่า	.27	.55
10	ท่านมีอาการกระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา	.44	.72
11	ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ	.54	.74
12	ท่านรู้สึกเพลียไม่มีแรงจะทำอะไร	.95	.81
13	ท่านรู้สึกเหนื่อยไม่อยากทำอะไร	.89	.75
14	ท่านมีอาการหัวใจเต้นแรง	.82	.77
15	ท่านมีอาการเสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ	.43	.70
16	ท่านรู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ	.87	.67
17	ท่านมีอาการปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่	.86	.87
18	ท่านตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ไม่คุ้นเคย	1.00	.83
19	ท่านมีอาการมึนงงหรือเวียนศีรษะ	1.46	.83
20	ท่านมีความสุขทางเพศลดลง	.60	.58

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) (n = 114)

	QOL	Over weight	symptom severity	eating behaviors	sleep hygiene	medication adherence	stress
QOL	1						
overweight	.127	1					
symptom severity	-.121	-.034	1				
eating behaviors	.108	.292**	.133	1			
sleep hygiene	-.052	.303**	.303**	.180	1		
medication adherence	-.013	-.070	.269**	-.065	.060	1	
stress	-.350**	-.142	.268**	.086	.204**	.075	1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตาราง พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.350) หมายความว่า ผู้ป่วยมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปกติ/ไม่เครียด ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี

ส่วนภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ และความร่วมมือในการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน หมายความว่า ผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความรุนแรงของอาการในระดับที่ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรประจำวัน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ปฏิบัติตามสุขลักษณะการนอนหลับ และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาในระดับปานกลาง มีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) (n = 114)

	QOL health	Over weight	symptom severity	eating behaviors	sleep hygiene	medication adherence	stress
QOL	1						
overweight	.005	1					
symptom severity	-.114	-.034	1				
eating behaviors	.094	.292**	.133	1			
sleep hygiene	.018	.303**	.303**	.180	1		
medication adherence	.026	-.070	.269**	-.065	.060	1	
stress	-.214*	-.142	.268**	.086	.204*	.075	1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตาราง พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.214) หมายความว่า ผู้ป่วยมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปกติ/ไม่เครียด ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ และความร่วมมือในการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน หมายความว่า ผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความรุนแรงของอาการในระดับที่ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรประจำวัน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ปฏิบัติตามสุขลักษณะการนอนหลับ และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาในระดับปานกลาง มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายไม่แตกต่างกัน

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) (n = 114)

	QOL social_ eco	Over weight	symptom severity	eating behaviors	sleep hygiene	medication adherence	stress
QOL	1						
overweight	.121	1					
symptom severity	-.121	-.034	1				
eating behaviors	.062	.292**	.133	1			
sleep hygiene	-.210*	.303**	.303**	.180	1		
medication adherence	-.114	-.070	.269**	-.065	.060	1	
stress	-.385**	-.142	.268**	.086	.204*	.075	1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตาราง พบว่า ความเครียดและสุขลักษณะการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.385 และ -.210) หมายความว่า ผู้ป่วยมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปกติ/ไม่เครียด และไม่ปฏิบัติตามสุขลักษณะการนอนหลับ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี

ส่วนภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และความร่วมมือในการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน หมายความว่า ผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความรุนแรงของอาการในระดับที่ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรประจำวัน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาในระดับปานกลาง มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจไม่แตกต่างกัน

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) (n = 114)

	QOL spririt	Over weight	symptom severity	eating behaviors	sleep hygiene	medication adherence	stress
QOL	1						
overweight	.236*	1					
symptom severity	-.049	-.034	1				
eating behaviors	.089	.292**	.133	1			
sleep hygiene	-.020	.303**	.303**	.180	1		
medication adherence	.032	-.070	.269**	-.065	.060	1	
stress	-.377**	-.142	.268**	.086	.204*	.075	1

จากตาราง พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.377) หมายความว่า ผู้ป่วยมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปกติ/ไม่เครียด ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี และภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.236) หมายความว่า ผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี

ส่วนความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ และความร่วมมือในการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน หมายความว่า ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการในระดับที่ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรประจำวัน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ปฏิบัติตามสุขลักษณะการนอนหลับ และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาในระดับปานกลาง มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณไม่แตกต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) (n = 114)

	QOL family	Over weight	symptom severity	eating behaviors	sleep hygiene	medication adherence	stress
QOL	1						
overweight	.199*	1					
symptom severity	-.102	-.034	1				
eating behaviors	.124	.292**	.133	1			
sleep hygiene	.000	.303**	.303**	.180	1		
medication adherence	-.013	-.070	.269**	-.065	.060	1	
stress	-.272**	-.142	.268**	.086	.204*	.075	1

จากตาราง พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.272) หมายความว่า ผู้ป่วยมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปกติ/ไม่เครียด ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวอยู่ในระดับดี และภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .199) หมายความว่า ผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวอยู่ในระดับดี

ส่วนความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ และความร่วมมือในการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน หมายความว่า ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการในระดับที่ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรประจำวัน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ปฏิบัติตามสุขลักษณะการนอนหลับ และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาในระดับปานกลาง มีระดับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวไม่แตกต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนิสรีน วิไลวรรณ เกิดวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2515 จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2538 หลังสำเร็จการศึกษาปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานการพยาบาลผ่าตัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2538-2544 และปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2548 จากนั้นปฏิบัติงานตำแหน่งวิทยากรฝึกอบรมพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2554 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งวิทยากรฝึกอบรมพยาบาลอาวุโส ฝ่ายฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล บริษัท ศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมบุคลากร บำรุงราษฎร์ จำกัด ปีการศึกษา 2552 ศึกษาต่อในหลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง และศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University