

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

นลินี เชยกลิ่นพุด

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มิถุนายน 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ได้เสียสละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความละเอียด ถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างมาก จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ให้คำปรึกษา และวิจารณ์ผลงานวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำและแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ศัลยกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และบุคลากรทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกท่านในโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปโดยสะดวก ขอขอบพระคุณผู้ป่วย ดุจน้ำดีอีกเสกที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการต่อยอดองค์ความรู้ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ปลูกฝังความมานะ ความพากเพียร และความใฝ่รู้ในการศึกษาให้แก่ผู้วิจัย คุณประโยชน์อันใดอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูทดแทนแก่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จครบถ้วนทุกวันนี้ ขอให้ผลงานที่มีคุณค่านี้ เกิดประโยชน์แก่ผู้ร่วมวิชาชีพที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี หรือให้ผู้ป่วยอื่นๆ สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างดีและมีความสุข

นลินี เชยกลิ่นพุด

57910176: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: พฤติกรรมบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดี/ อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี/ การรับรู้ความเจ็บป่วย/
ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค/ ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี

นลินี เขยกลิ่นพวง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วย
ถุงน้ำดีอักเสบ (FACTORS RELATED TO EATING BEHAVIOR AFTER CHOLECYSTECTOMY
AMONG PATIENTS WITH CHOLECYSTITIS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นิภาวรรณ
สามารถกิจ, Ph.D., เขมารดี มาสิงบุญ, D.S.N. 126 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องภายหลังตัดถุงน้ำดี จะช่วยลดโอกาสเกิดอาการและภาวะแทรกซ้อน
ภายหลังตัดถุงน้ำดีได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง
อายุ เพศ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี และความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับ พฤติกรรมบริโภค
อาหารหลังตัดถุงน้ำดี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องหรือผ่าตัดทาง
หน้าท้อง ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ แผนกศัลยกรรม ในโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ
ศรีราชา จำนวน 82 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการกำหนด
ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์อาการภายหลัง
ตัดถุงน้ำดี แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดีที่มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91,
.79 และ .79 ตามลำดับ และแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคที่มีค่า KR-20 เท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูล
ด้วยสถิติพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.6 มีอายุเฉลี่ย 42.79 ปี ($SD = 12.43$) ร้อยละ
76.8 มีอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี มีการรับรู้การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี
โดยรวมในระดับน้อย ($M = 2.91, SD = 0.17$) มีการรับรู้ความเจ็บปวดด้านลบในระดับปานกลาง ($M = 91.3,$
 $SD = 14.90$) มีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับสูง ($M = 14.09, SD = 1.9$) และมีพฤติกรรมการบริโภค
อาหารหลังตัดถุงน้ำดีในระดับดี ($M = 47.72, SD = 9.1$) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุ เพศ และความรู้
เรื่องอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดีอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .43, r_b = .34$ และ $r = .41$ ตามลำดับ) การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์
ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .27$) ส่วน
อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.6$)

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี เพื่อลด
ผลกระทบของอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี โดยพยาบาลควรมีการติดตามอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีและพฤติกรรม
บริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดี เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม นำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

57910176: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: EATING BEHAVIOR AFTER CHOLECYSTECTOMY/ POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME/ ILLNESS PERCEPTIONS/ KNOWLEDGE ABOUT SPECIFIC FOOD DISEASE/ PATIENTS WITH CHOLECYSTITIS UNDERGOING CHOLECYSTECTOMY
 NALINEE CHERYKLINPUT: FACTORS RELATED TO EATING BEHAVIOR AFTER CHOLECYSTECTOMY AMONG PATIENTS WITH CHOLECYSTITIS. ADVISORY COMMITTEE: NIPHAWAN SAMARTKIT, Ph.D., KHEMARADEE MASINGBOON, D.S.N. 126 P. 2017.

Eating behavioral after cholecystectomy appropriate is helping in reduce the incidence of symptoms and complication after cholecystectomy. This descriptive correlational research design, aim to evaluate the relationships among age, gender, postcholecystectomy syndromes, illness perceptions, knowledge about specific food disease and eating behavior after cholecystectomy in patients with cholecystitis. Eighty- two patients with cholecystitis undergoing laparoscopic cholecystectomy or open cholecystectomy were recruited by inclusion criteria from the surgery department of Chonburi Hospital and Queen Savang Vadhana Memorial Hospital during July to December, 2016. Using The Demographic Questionnaire, The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), The Postcholecystectomy Syndrome Questionnaire, The Eating Behavior After Cholecystectomy Questionnaire with its reliability of .89, .79 and .78 respectively and The Knowledge About Specific Food Disease Questionnaire with its reliability of .77. Data were analyzed using descriptive statistics, Point-biserial correlation coefficient and Pearson's product moment correlation coefficient.

The result showed that 75.6 % were females with the average age 42.79 years. The samples had 76.8% of postcholecystectomy syndrome and mild level of disturb daily life of postcholecystectomy syndrome ($M = 2.91$, $SD = 0.17$), moderate level of illness perception ($M = 91.3$, $SD = 14.90$), high level of knowledge about specific food disease ($M = 14.09$, $SD = 1.9$) and had high level of eating behavior after cholecystectomy ($M = 47.72$, $SD = 9.1$). The result also that moderate positive relationships between age, gender, knowledge about specific food disease and eating behavior after cholecystectomy ($r = .43$, $r_b = .34$ and $r = .41$, $p < .01$ respectively) and illness perception was significantly mild positive relationship with eating behavior after cholecystectomy ($r = .27$, $p < .05$) while postcholecystectomy syndrome was high negative significantly relationship with eating behavior after cholecystectomy ($r = -.6$, $p < .01$)

The results of this study could be used for improving quality of care in patients undergoing cholecystectomy to decrease effects of postcholecystectomy syndrome, moreover nurse should follow up to postcholecystectomy syndrome and eating behavior after cholecystectomy. This will assist these patients to have more appropriate food eating behavior leading to quality of life.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
สมมติฐานของการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	10
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
ภาวะถุงน้ำดีอักเสบ	12
อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี	20
พฤติกรรมบริโภคร่างกายหลังตัดถุงน้ำดี	23
ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน	26
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคร่างกายหลังตัดถุงน้ำดี	29
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	42
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การวิเคราะห์ข้อมูล	46

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	48
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
5 สรุปและอภิปรายผล.....	60
สรุปผลการวิจัย.....	61
อภิปรายผล	62
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	71
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	72
บรรณานุกรม.....	73
ภาคผนวก	89
ภาคผนวก ก.....	90
ภาคผนวก ข.....	92
ภาคผนวก ค.....	97
ภาคผนวก ง	105
ภาคผนวก จ	113
ภาคผนวก ฉ	119
ประวัติย่อของผู้วิจัย	126

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การกำหนดขนาดตัวอย่าง.....	36
2	จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง	49
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเจ็บป่วย.....	52
4	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดี 1 เดือน จำแนกตามอาการ และการรับรู้อาการและการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการภายหลัง ตัดถุงน้ำดี.....	54
5	พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้เรื่อง อาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีจำแนกตามคะแนนโดยรวม และพฤติกรรมการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีจำแนกตามเพศ.....	57
6	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัด ถุงน้ำดี ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับพฤติกรรมการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี.....	59

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	10

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นิ่วในถุงน้ำดี เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยที่สุดของโรกระบบทางเดินอาหาร (Afdhal, 2014) และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศที่พัฒนาแล้ว (Harish, 2014) สำหรับความชุกยังไม่มีการรายงานที่ชัดเจน เนื่องจากผู้ที่นิ่วในถุงน้ำดีร้อยละ 50-70 มักจะไม่แสดงอาการทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยที่แน่นอน (Knott, 2013) อย่างไรก็ตาม ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานิ่วในถุงน้ำดีเพิ่มขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง (Reshetnyak, 2012) จากข้อมูลของสหรัฐอเมริกา พบโรคนิ่วในระบบทางเดินน้ำดีประมาณร้อยละ 10-15 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ หรือคิดเป็น 1 ล้านรายต่อปี (Stinton & Shaffer, 2012) และยังมี ความชุกสูงในกลุ่มประชากรอายุ 20-30 ปี (Halldestam, Kullman, & Borch, 2008) นอกจากนี้ นิ่วในถุงน้ำดียังเป็นความผิดปกติของโรกระบบทางเดินอาหารที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด ซึ่งค่าใช้จ่ายรวมตั้งแต่การวินิจฉัยโรคและการรักษานิ่วในถุงน้ำดีแต่ละปีสูงถึง 5,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (Everhart & Ruhl, 2011)

เช่นเดียวกับประเทศไทย มีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น (วริศรา ตูยานนท์, 2553) ทั้งนี้เนื่องจากคนไทยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป โดยนิยมบริโภคอาหารแบบตะวันตกมากขึ้น โดยเฉพาะในสังคมเมือง ด้วยวิถีชีวิตที่เร่งรีบทำให้คนไทยนิยมบริโภคอาหารจานด่วนมากขึ้น (เกรือมาศ มีเกษม, 2554) และจากรายงานการสำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2556 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทยบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงถึงร้อยละ 87.6 บริโภคขนมกรุบกรอบหรือขนมขบเคี้ยว ร้อยละ 49.3 บริโภคอาหารสำเร็จรูป ร้อยละ 47.8 และบริโภคอาหารจานด่วน ร้อยละ 38.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ผลจากการบริโภคอาหารแบบตะวันตก อาหารจานด่วน อาหารที่มีไขมันสูง ขนมขบเคี้ยว และอาหารสำเร็จรูป ทำให้มีโอกาสนิ่วในถุงน้ำดีได้มากขึ้น (Abraham, Rivero, Erlikh, Griffith, & Kondamudi, 2014) นอกจากนี้ สัทธิของกรรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556) พบว่า โดยเฉลี่ยคนไทยจะใช้เวลากับกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวน้อย เช่น การนั่ง การนอน และการเล่นอินเทอร์เน็ตถึง 13.3 ชั่วโมงต่อวัน ในขณะที่มีกิจกรรมที่ใช้การเคลื่อนไหวมากเพียง 2 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งการที่บุคคลใช้เวลาค่อนข้างมากไปกับกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวน้อย จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีมากขึ้น เนื่องมาจากมีการเผาผลาญพลังงานที่ลดลง

ส่งผลให้เกิดไขมันสะสมมากขึ้น (Banim et al., 2010) สอดคล้องกับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2550 ถึง 2555 พบว่า อุบัติการณ์การเกิดนิ่วในถุงน้ำดีเพิ่มขึ้นจาก 48,763 คน เป็น 65,910 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และรายงานการสรุปค่าใช้จ่ายของ สำนักงานประกันสังคม (2556) พบว่า โรคนิ่วในถุงน้ำดีเป็น 10 โรคหลักที่มีการจ่ายค่ารักษามากที่สุด จากอุบัติการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคนิ่วในถุงน้ำดีเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

สาเหตุของการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง (Jessri & Rashidkhani, 2015) ซึ่งทำให้มีโคเลสเตอรอลในส่วนประกอบของน้ำดีสูงจึงเกิดความไม่สมดุล (Portincasa, Ciaula, Bonfrate, & Wang, 2012) และเกิดการตกตะกอนเป็นก้อนนิ่ว ส่งผลให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำดี (cystic duct) และเกิดการคั่งของน้ำดี ทำให้แรงดันภายในถุงน้ำดีสูงขึ้น ร่วมกับน้ำดีมีความเข้มข้นสูงจะทำลายเยื่อถุงน้ำดี ทำให้เกิดถุงน้ำดีอักเสบ (Ko & Lee, 2009) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 56 จะมาด้วยอาการปวดท้องอย่างเฉียบพลันและรุนแรง และมีอาการท้องอืด จากการที่น้ำดีไหลลงลำไส้เล็กไม่ได้ (Sanders & Kingsnorth, 2007) การรักษาสามารถทำได้โดยให้ยาปฏิชีวนะเพื่อควบคุมการอักเสบของถุงน้ำดีและรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นผู้ป่วยจะต้องควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอย่างเข้มงวดเพื่อป้องกันการเกิดอาการซ้ำ (Lee, 2015) และแพทย์จะแนะนำการผ่าตัดในเวลาต่อมาภายหลังจากควบคุมการอักเสบเรียบร้อยแล้ว (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014) ซึ่งการผ่าตัดทำเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการอักเสบของ ถุงน้ำดีบ่อยครั้งและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ถุงน้ำดีแตกทะลุ และติดเชื้อในกระแสเลือด (Campanile et al., 2014) ที่อาจตามมาด้วย

แม้ว่าการผ่าตัดตัดถุงน้ำดี เป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยที่มีนิ่วในถุงน้ำดีที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและนิยมในปัจจุบัน (Cortes et al., 2015) แต่ในขณะที่เดียวกันก็มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจเช่นกัน เนื่องจากผู้ที่ถูกตัดถุงน้ำดีจะไม่มีแหล่งกักเก็บน้ำดีให้เข้มข้น ส่งผลให้น้ำดีเจือจางตลอดเวลา น้ำดีที่ส่งไปยังลำไส้จึงย่อยไขมันไม่มีประสิทธิภาพ (Jensen, 2015) ดังนั้นหากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานจากการย่อยอาหารที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น อาการท้องอืด อาการท้องเสีย และอาการปวดท้อง (Radu, Georgescu, & Teodorescu, 2012) อาการเหล่านี้เรียกว่า อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ซึ่งสามารถเกิดได้ตั้งแต่ 2 วันหลังตัดถุงน้ำดีไปแล้วจนถึงตลอดชีวิต (Jaunoo, Mohandas, & Almond, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mertens, Vries, Scholtes, Jansen, and Roukema (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 6 สัปดาห์ ร้อยละ 26.2 มีอาการท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง ร้อยละ 19.8

มีอาการปวดท้องด้านบน และร้อยละ 15.1 มีอาการแสบร้อนทรวงอก อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีที่รุนแรงขึ้น ก็จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้

Down et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีร้อยละ 21.4 กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังจำหน่าย และ Mehrvarz, Fanaei, and Ziaee (2010) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 4 เดือน มากกว่าร้อยละ 70 กลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการท้องอืด อาการอาเจียนและอาการปวดท้อง นอกจากนี้มีการศึกษาติดตามอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีของผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 2-4 ปี พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการกลับเข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยร้อยละ 36 มีอาการปวดท้อง ร้อยละ 14 มีอาการตา ตัวเหลือง ร้อยละ 10 มีแผลที่กระเพาะอาหาร และร้อยละ 3 มีอาการตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Sanjay et al., 2010) ดังนั้นถ้าหากผู้ที่ตัดถุงน้ำดีไปแล้วยังคงมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสมต่อไปจะมีโอกาสเกิดนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีได้ถึงร้อยละ 15 (Shojaiefard, Esmailzadeh, Ghafouri, & Mehrabi, 2009) และเมื่อร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจะส่งผลให้สุขภาพไม่แข็งแรง ประกอบกับมีอาการไม่สุขสบายเกี่ยวกับระบบย่อยอาหารทำให้ส่งผลต่อจิตใจ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 2 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูง โดยที่อาการหลังตัดถุงน้ำดีเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Tsai, Chen, Lee, Lin, & Lee, 2015) อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเหล่านี้เกิดจากผู้ป่วยไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายที่เกี่ยวกับการย่อยอาหารขึ้น (Mehrvarz et al., 2010) ดังนั้นการมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมภายหลังตัดถุงน้ำดีจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยป้องกันการเกิดอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีและภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดีได้

การมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสมภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างมีสุขภาพที่ดี และป้องกันการเกิดอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในอนาคต ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีจะต้องมีการวางแผนการบริโภค ซึ่งการบริโภคอาหารในแต่ละวันควรลดปริมาณอาหาร แต่เพิ่มจำนวนมื้ออาหารเป็น 5 มื้อต่อวัน ลดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต (Evans, 2014) จำกัดการบริโภคไขมัน และแนะนำให้บริโภคอาหารที่มีกากใยสูง (Gaby, 2009) และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี ร้อยละ 93.3 มีภาวะอ้วน (Volevach, Khismatullina, Uliamaeva, Gurev, & Kamalova, 2014) ดังนั้น เป้าหมายการดูแลสุขภาพภายหลังตัดถุงน้ำดี นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคแล้ว การควบคุมน้ำหนักและพลังงานก็เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังตัดถุงน้ำดี นำมาสู่การมีสุขภาพ ที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรให้ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกินลดน้ำหนักในเกณฑ์ 0.5 ถึง 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ (National Health Service [NHS], 2015)

ร่วมกับจำกัดพลังงานที่ได้รับจากอาหาร โดยกำหนดให้ผู้หญิงควรได้รับพลังงานจากอาหารไม่เกิน 1200 กิโลแคลอรีต่อวัน และผู้ชายไม่ควรเกิน 1600 กิโลแคลอรีต่อวัน (กรมอนามัย, 2550)

ด้วยเหตุที่ผู้ที่มีน้ำหนักในถุงน้ำดีร้อยละ 93.93 มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง (Harish, 2014) ซึ่งภายหลังตัดถุงน้ำดีแล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคให้ถูกต้องและเหมาะสม แต่เนื่องจากพฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานาน ผู้ป่วยจะเกิดความเคยชินกับรสชาติอาหารและชนิดของอาหารตามวิถีแบบเดิม (กฤติน ชุมแก้ว, 2557) ซึ่งอาจทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นไปได้ยาก จากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) พฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสมภายหลังตัดถุงน้ำดี ถือเป็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่าน โดย Meleis (2010) กล่าวว่า บุคคลจะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านไปสู่วิถีชีวิตที่ต้องการจะขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นหากผู้ป่วยเข้าใจและได้รับการเตรียมตัวที่ดีโดยส่งเสริมเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่สนับสนุนการเปลี่ยนผ่าน ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่สภาวะใหม่ได้โดยง่าย ซึ่งการที่ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีจะเปลี่ยนผ่านจากพฤติกรรมบริโภคแบบเดิมไปสู่พฤติกรรมบริโภคแบบใหม่ที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งจะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่าน

จากการทบทวนวรรณกรรม อายุ เป็นปัจจัยเงื่อนไขส่วนบุคคลตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) ซึ่งในแต่ละช่วงวัยจะมีวิธีการดำเนินชีวิตที่ต่างกันจากสภาพแวดล้อมทางสังคม โดยวัยรุ่นและวัยทำงานเป็นวัยที่มีสังคมนอกบ้านและต้องใช้ชีวิตด้วยความรีบเร่งทำให้ต้องบริโภคอาหารสำเร็จรูป หรืออาหารจานด่วน (วนิดา ราชมี, 2557) สำหรับวัยสูงอายุ มักมีปัญหาดูสุขภาพปากและฟันซึ่งทำให้การเคี้ยวอาหารลำบากขึ้น โดยผู้สูงอายุมักหลีกเลี่ยงอาหารที่เคี้ยวยากจำพวกเส้นใย จึงเลือกบริโภคอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล อาหารที่มีไขมันหรือโคเลสเตอรอลสูงเพิ่มขึ้น (วรรณวิมล เมฆวิมล, 2555) ประกอบกับผู้สูงอายุมักมีความคุ้นชินกับการบริโภคอาหารแบบเดิมและไม่ค่อยคำนึงถึงสุขภาพ (กฤติน ชุมแก้ว, 2557) นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักไม่สามารถประกอบอาหารเองได้ จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นในการจัดหาอาหาร ซึ่งอาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีด้วย จากศึกษาของ ศิริมา มิตรเกษม (2548) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .19, p < .01$) ซึ่งผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดียิ่งขึ้น แตกต่างจากการศึกษาของ วารุณี สันป่าแก้ว (2557) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคของวัยรุ่นเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างในการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร (วารุณี สันป่าแก้ว, 2557) จากการศึกษาของ ฉวีภักดา นันทะสิน (2558) พบว่า

เพศหญิงจะมีความสนใจที่จะดูแลสุขภาพร่างกาย และเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย มากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่า เพศหญิงมักเป็นผู้เลือกซื้ออาหารให้กับคนในครอบครัว จึงอาจส่งผลให้สามารถเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของตนเองมากกว่า (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, 2550) ดังนั้น เพศหญิงน่าจะมีพฤติกรรมบริโภคที่ดีกว่าเพศชาย แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาของ สุวรรณ เชียงขุนทด และคณะ (2555) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหาร ซึ่งผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นนั้นยังมีความขัดแย้งกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

การรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นการให้ความหมายของบุคคลที่จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ โดยการรับรู้ความเจ็บป่วย มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เนื่องจากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ต่างกัน บางคนมีการรับรู้ว่าคุณเจ็บป่วยนั้น ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องนั้นจะมีผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006) จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ มณีรัตน์ ภาครูป, รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์ และรัชนิวรรณ รอส (2550) พบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงสาเหตุของความอ้วนว่าเกิดจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม และยังพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยไม่ดีจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ และการศึกษาของ ผาสุก มั่นคง (2557) พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ($r = .52$, $p < .01$) ดังนั้นการรับรู้ความเจ็บป่วยจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่น่าจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

Jaunoo et al. (2010) ศึกษาพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีจะมีอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ได้แก่ อาการท้องอืด อาการท้องเสีย และอาการปวดท้อง เป็นต้น จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมของ Keus, Vries, Gooszen, and Laarhoven (2010) พบว่า ร้อยละ 35.5 ของผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 6 เดือน จะรายงานว่ารู้สึกไม่สุขสบายในช่องท้อง ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถบริโภคอาหารได้ตามปกติ และจากการศึกษาของ Mehrvarz et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีที่มีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้เกิดอาการผิดปกติเกี่ยวกับการย่อยอาหารได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Masoumi et al. (2015) ที่พบว่า ผู้ที่มีอาการอาหารไม่ย่อยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหาร ซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีถึงการเกิดอาการและการรบกวนของอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีจะแตกต่างกันตามการรับรู้ของผู้ป่วย ดังนั้น อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีเป็นปัจจัยเงื่อนไขส่วนบุคคลตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010)

ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค เป็นปัจจัยเงื่อนไขหนึ่งตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) โดยบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจจะสามารถจัดการกับสถานการณ์การเปลี่ยนผ่าน และดูแลตนเองให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะสุขภาพที่ดีได้อย่างสมบูรณ์ ดังการศึกษาของ อรุณดา นางแย้ม (2550) และกฤษภษา แสงทรัพย์ (2556) พบว่า ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหาร ($r = .37, p < .01$ และ $r = .17, p < .01$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Suhonen, Leino, and Valimaki (2005) พบว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพจะทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคอย่างถูกต้อง ก็จะมีพฤติกรรมบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น

จากการศึกษาของ Tamhankar, Mazari, Olubaniyi, Everitt, and Ravi (2010) พบว่า โดยเฉลี่ย 22 วันหลังตัดถุงน้ำดี ผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีจะมีการบริโภคอาหาร และการปฏิบัติงานได้เหมือนเมื่อก่อนผ่าตัด และการศึกษาของ Mertens, Roukema, Scholtes, and Vries (2011) พบว่า ผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 1 เดือน จะเริ่มมีอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ในขณะที่ Down et al. (2010) พบว่า ร้อยละ 21.4 ของผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 30 วันกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ด้วยเหตุที่อาหารเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิต ดังนั้นหากผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการย่อยอาหาร ทำให้เกิดอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (El-Sereg & Talley, 2003) ในทางกลับกันหากผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยป้องกันการเกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนภายหลังตัดถุงน้ำดีซึ่งเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญ

ด้วยเหตุที่ในปัจจุบัน ประชาชนไทยมีพฤติกรรมบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะประชาชนในเขตเมือง ซึ่งมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ จึงนิยมบริโภคอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป และอาหารตะวันตกมากขึ้น ซึ่งอาหารดังกล่าวมีส่วนประกอบของไขมันปริมาณสูง เช่นเดียวกับประชาชนในเขตเมืองจังหวัดชลบุรีที่มีพฤติกรรมบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งเป็นเมืองชายฝั่งทะเล ประชาชนส่วนใหญ่นิยมบริโภคอาหารทะเล ซึ่งเป็นอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ดังนั้น พฤติกรรมบริโภคของผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีในจังหวัดชลบุรีจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ จากการศึกษาพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 1 เดือน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ถูกต้องและเหมาะสม

นำไปสู่การวางแผนป้องกันการเกิดอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีและภาวะแทรกซ้อนภายหลังตัดถุงน้ำดีที่รุนแรงในอนาคต ซึ่งทำให้ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการของผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบก่อนการตัดถุงน้ำดี การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี 1 เดือน ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรค และพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี และความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรค กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

สมมติฐานการวิจัย

- สมมติฐานที่ 1 อายุ เพศ และอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ
- สมมติฐานที่ 2 การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) (Meleis, 2010) ซึ่งอธิบายว่า บุคคลจะมีการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งซึ่งกระบวนการเจ็บป่วยหรือการได้รับการรักษาทางหัตถการถือเป็นการเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ ถ้าบุคคลสามารถจัดการต่อการเปลี่ยนผ่านในแต่ละช่วงที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพได้อย่างดี ก็จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งได้แบ่งการเปลี่ยนผ่านเป็น 4 มโนทัศน์ ได้แก่ 1) ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย ชนิด รูปแบบ คุณลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน 2) เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านชุมชน และปัจจัยด้านสังคม เป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมหรือขัดขวางกระบวนการเปลี่ยนผ่านของบุคคลไปสู่ภาวะสุขภาพซึ่งถือว่าเป็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านของบุคคล 3) รูปแบบการตอบสนอง เป็นการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์เปลี่ยนผ่านโดยประเมินจากตัวชี้วัดด้านกระบวนการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลสุขภาพ และตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์เป็นความสามารถของ

บุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทใหม่ 4) การบำบัดทางการพยาบาล เป็นวิธีการที่พยาบาลมีส่วนช่วยให้บุคคลเปลี่ยนผ่านไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีด้วยการปรับเปลี่ยนหรือส่งเสริมปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านตามปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลเพื่อให้บุคคลนั้นมีการเตรียมตัวที่ดี ส่งผลให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ของบุคคลได้ง่ายขึ้นและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานานจนเป็นนิสัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดีจึงเป็นเรื่องยาก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีไปแล้วจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร เนื่องจากภายหลังการตัดถุงน้ำดีไปแล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้การย่อยไขมันจะมีประสิทธิภาพลดลงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังการตัดถุงน้ำดี เช่น อาการท้องอืด อาการท้องเสีย และอาการปวดท้อง ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการและภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคแบบเดิมไปสู่การมีพฤติกรรมบริโภคแบบใหม่ ซึ่งพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสมจะเป็นผลลัพธ์ที่เป็นตัวชี้วัดของการเปลี่ยนผ่านว่าการเปลี่ยนผ่านนั้นประสบความสำเร็จหรือไม่ โดยการที่ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ถูกต้องและเหมาะสมหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับปัจจัยที่คาดว่า จะมีผลต่อการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

อายุ เป็นเงื่อนไขส่วนบุคคลตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) ซึ่งในอายุที่แตกต่างกันจะมีการดำเนินชีวิตที่ต่างกัน และจะมีผลต่อพฤติกรรมบริโภค ดังการศึกษาของ ศิริมา มิตรเกษม (2548) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .19, p < .01$) ดังนั้น อายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอีกเสบด้วย

เพศ ถือเป็นเงื่อนไขส่วนบุคคลตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงให้ความสนใจในการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ด้วยการเลือกบริโภคอาหารที่ดีกว่าเพศชายที่ยังขาดการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพ และไม่สนใจในการเลือกบริโภคอาหาร จึงไม่ได้คำนึงถึงความเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ (นวนิตย์ จันทร์ชุ่ม, 2556) ดังนั้น เพศหญิงจึงน่าจะมีพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ดีกว่าเพศชาย

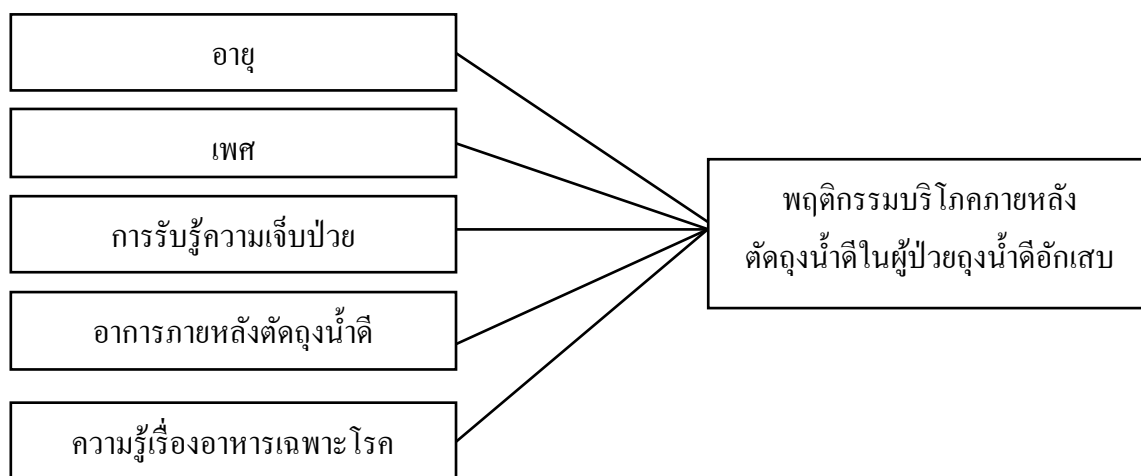
การรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นการให้ความหมายของบุคคลในการประเมินลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นปัจจัยเงื่อนไขส่วนบุคคลตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และเป็นไปตามประสบการณ์เดิมที่บุคคลมี โดย

จะมีส่วนช่วยในการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น ดังนั้นการรับรู้ที่ถูกต้องนั้นจะสัมพันธ์กับการพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ถูกต้องและเหมาะสมได้

อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี เป็นเงื่อนไขส่วนบุคคลตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) โดยเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีที่มีความผิดปกติในระบบการย่อยและการดูดซึมอาหารที่อาจจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยที่มีอาการเกี่ยวกับระบบย่อยอาหารจะทำให้มีปัญหาในการบริโภคอาหาร โดยจะบริโภคอาหารได้น้อยลงหรือไม่สามารถบริโภคอาหารได้ตามปกติ (Keus et al., 2010) แต่ในขณะที่เดียวกัน ผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคได้ ก็จะส่งผลให้เกิดอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีขึ้น ซึ่งอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีอาจจะส่งเสริมหรือขัดขวางการเปลี่ยนผ่านไปสู่วิถีการมีพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ถูกต้องและเหมาะสม

ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค เป็นปัจจัยเงื่อนไขส่วนบุคคล ระดับความรู้และทักษะการที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคจะทำให้บุคคลมีการคิด วิเคราะห์ตัดสินใจ จนนำไปสู่การวางแผนการบริโภคอาหารภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่วิถีการมีสุขภาพที่ดีได้อย่างสมบูรณ์ จากการศึกษาของ วคินิสมศิริ (2554) ได้ทำการศึกษาโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและอาหารเฉพาะโรคเป็นระยะเวลา 45-60 นาที และติดตามประเมินผลในระยะเวลา 1 วัน และ 1 เดือน พบว่า ภายหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและอาหารเฉพาะโรคผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับคำกล่าวของเมลิส (Meleis, 2010) ที่ว่าการเตรียมความพร้อมและความรู้ เป็นวิธีที่จะจัดการกับสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นให้ดำเนินไปได้ด้วยดี ดังนั้น ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดตัดถุงน้ำดี ซึ่งคือ พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ถูกต้องและเหมาะสม

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ จากกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยนำเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี และความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับพฤติกรรมบริโศกภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ โดยมีประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดี (Cholecystectomy) ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ แผนกศัลยกรรม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยใช้เวลารวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดี หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะถุงน้ำดีอักเสบ และได้รับการนัดหมายให้มาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัดตัดถุงน้ำดีทั้งแบบส่องกล้องและเปิดหน้าท้อง และเป็นผู้ป่วยที่แพทย์มีแผนการรักษาอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้

อายุ หมายถึง จำนวนปีนับระยะเวลาตามปฏิทินตั้งแต่วันเกิดจนถึงวันที่เก็บข้อมูล นับเต็มปีบริบูรณ์ (หน่วยเป็นปี) ถ้ามีเศษเดือนมากกว่า 6 เดือนให้ปัดขึ้นเป็นอายุเต็ม และถ้าน้อยกว่า 6 เดือนให้ตัดลงเท่าอายุเต็ม

การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง ความเชื่อ ความเข้าใจ ความรู้สึกและความคาดหวังของผู้ป่วยดื่มน้ำดีอีกเสบภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ ประเมิน ตัดสินใจและให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ว่ามีผลกระทบต่อชีวิตตนเองด้านบวก ด้านลบ หรือเป็นกลางๆ ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย (The Revised Illness Perception Questionnaire [IPQ-R]) ของ Moss-Morris et al. (2002) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551)

อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี 1 เดือนว่ามีอาการและระดับความรุนแรงของอาการที่ผิดปกติของระบบทางเดินอาหารตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งแบ่งเป็นอาการด้านร่างกาย และอาการด้านจิตใจ ทั้งหมด 15 อาการ ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยดื่มน้ำดีอีกเสบ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยดื่มน้ำดีอีกเสบภายหลังได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดี 1 เดือนเกี่ยวกับประเภทของอาหารที่ควรบริโภคหรือควรหลีกเลี่ยง ปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารในแต่ละวัน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคในผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี 1 เดือนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารทั้งประเภทของอาหาร ปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารในแต่ละวัน การศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ภาวะถุงน้ำดีอักเสบ
2. อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี
3. พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี
4. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

ภาวะถุงน้ำดีอักเสบ

นิ่วในถุงน้ำดี เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญที่พบมากที่สุดของโรกระบบทางเดินอาหาร (Afdhal, 2014; Reshetnyak, 2012) และยังเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศที่พัฒนาแล้ว (Harish, 2014; Knott, 2013) เนื่องจากเป็นสาเหตุให้เกิดการอักเสบของถุงน้ำดีถึงร้อยละ 90 (Sartelli & Trana, 2012) จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2550 ถึง 2555 พบว่าอุบัติการณ์การเกิดนิ่วในถุงน้ำดีเพิ่มขึ้นจาก 48,763 คน เป็น 65,910 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) นอกจากนี้นิ่วในถุงน้ำดียังเป็น 1 ใน 10 โรคที่มีการจ่ายค่ารักษามากที่สุดด้วย (สำนักงานประกันสังคม, 2556) ทำให้นิ่วในถุงน้ำดีเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ความหมายและชนิดของภาวะถุงน้ำดีอักเสบ

ภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute cholecystitis) หมายถึง การอักเสบของผนังถุงน้ำดีที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน (Ignatavicius, 2013; Pellico, 2013; Siddiqui, 2015) โดยสามารถแบ่งการอักเสบของถุงน้ำดีออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. ถุงน้ำดีอักเสบชนิดมีนิ่วในถุงน้ำดี (Calculus cholecystitis) พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่มีการอักเสบของถุงน้ำดี (Sartelli & Trana, 2012; Shakespear, Shaaban, & Rezvani, 2010) โดยมักเกิดตามหลังการอุดตันของท่อซีสติก (Cystic duct) ซึ่งการอุดตันนี้จะทำให้น้ำดีคั่งค้างเป็นเวลานาน มีการคูดน้ำกลับเพิ่มมากขึ้น ความเข้มข้นของน้ำดีเพิ่มขึ้น แรงดันภายในถุงน้ำดี

เพิ่มขึ้น เกิดการระคายเคืองและทำลายผนังของถุงน้ำดี ทำให้เกิดการอักเสบและบวมของถุงน้ำดี (Pellico, 2013) นำไปสู่การไหลเวียนโลหิตที่มาเลี้ยงถุงน้ำดีลดลง ส่งผลให้มีการตายของเซลล์และออกซิเจนมาเลี้ยงถุงน้ำดีไม่เพียงพอ เกิดอาการปวดท้องด้านบนขวา มีไข้ และมีอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ (Kalloo & Kantsevoy, 2001; Strasberg, 2008)

2. ถุงน้ำดีอักเสบชนิดที่ไม่มีนิ่วในถุงน้ำดี (Acalculous cholecystitis) พบได้ประมาณร้อยละ 2-12 ของผู้ป่วยที่มีการอักเสบของถุงน้ำดี (Huffman & Schenker, 2010) โดยจะมีอาการและอาการแสดงเหมือนกับผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบชนิดมีนิ่วในถุงน้ำดี แต่มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการอักเสบคือ การไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงถุงน้ำดีลดลง (Shakespeare et al., 2010) ซึ่งมักเกิดในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดใหญ่และเสียเลือดมาก ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง (Pellico, 2013) หรือในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น ภาวะช็อก ดินเชื้อในกระแสเลือด (Nikfarjam et al., 2012)

สาเหตุของภาวะถุงน้ำดีอักเสบ

การอักเสบของถุงน้ำดีส่วนใหญ่มีสาเหตุหลักมาจากนิ่วในถุงน้ำดี ซึ่งเกิดจากการตกตะกอนของโคเลสเตอรอล แล้วทำให้มีการระคายเคืองที่เยื่อหุ้มของถุงน้ำดีนำไปสู่การอักเสบของถุงน้ำดี (Shakespeare et al., 2010) ซึ่งสาเหตุที่พบบนนั้น มาจากโคเลสเตอรอลถึงร้อยละ 90-95 โดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการตกตะกอนของน้ำดีง่ายขึ้น นำไปสู่การเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้

ปัจจัยส่งเสริมของการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี

ปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญที่ทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 เพศ โดยเพศหญิงและเพศชายมีโอกาสเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้แตกต่างกัน โดยที่เพศหญิงจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจน ที่มีผลในการเพิ่มการหลั่งโคเลสเตอรอลและลดการหลั่งเกลือน้ำดีทำให้น้ำดีที่หลั่งออกมาจากตับขาดความสมดุล มีโคเลสเตอรอลที่มีความอิ่มตัวสูงเกิดการตกตะกอนได้ง่าย (Debruyne, Pinna, & Whitney, 2012; Stinton & Shaffer, 2012) จึงทำให้เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นนิ่วในถุงน้ำดีมากกว่าเพศชาย 4 เท่า (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554) สำหรับเพศหญิงที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานซึ่งมีส่วนประกอบของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Bellows, Berger, & Crass, 2005; Nakeeb et al., 2002) ก็จะมีความเสี่ยงของการเกิดนิ่วได้เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยจะมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของไขมัน คือ มีการลดลงของไขมันชนิดดี (High density lipoprotein [HDL]) และมีการเพิ่มขึ้นของโคเลสเตอรอลทำให้น้ำดีมีความอิ่มตัวสูง (Mills, Stappenbeck, & Bunnett, 2014) เกิดการตกตะกอนจึงมีโอกาสเป็นนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่าย

นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์ จะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนสูง ซึ่งจะมีผลในการเพิ่มการหลั่งโคเลสเตอรอลและลดการหลั่งเกลือน้ำดีทำให้น้ำดีที่หลั่งออกมาจากตับขาดความสมดุล (Stinton &

Shaffer, 2012) และการเพิ่มของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนจะยับยั้งการบีบตัวของถุงน้ำดีทำให้มีการเคลื่อนไหวของถุงน้ำดีลดลง (Debruyne et al., 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ การทำหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไปนี้จะทำให้โคเลสเตอรอลเกิดการตกตะกอน ซึ่งอาจส่งเสริมให้มีการสร้างนิ่วในถุงน้ำดีได้ (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2550; พินิจ กุลละวณิชย์, 2551) อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ที่มิบุตรมากกว่า 3 คนจะเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นนิ่วในถุงน้ำดีมากกว่าปกติถึง 5 เท่า (Jessri & Rashidkhani, 2015) เนื่องจากการตั้งครรภ์แต่ละครั้งจะมีการหลั่งของฮอร์โมนเอสโตรเจนในระดับสูง (Hoffman, 2013) จึงทำให้ปริมาณโคเลสเตอรอลในน้ำดีเพิ่มขึ้น ประกอบกับในการตั้งครรภ์แต่ละครั้งจะมีการบีบตัวของถุงน้ำดีลดลง ทำให้มีการสะสมของตะกอนโคเลสเตอรอล ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นนิ่วในถุงน้ำดีได้ (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2550; Almadovar, 2013)

1.2 อายุ นิ่วในถุงน้ำดีจะพบในผู้ที่มียุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีเพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่าจากปกติ (Stinton & Shaffer, 2012) เนื่องจากจะมีการเผาผลาญอาหารที่ลดลง (สรรชัย กาญจนลาภ, 2554) และมีโคเลสเตอรอลในส่วนประกอบของน้ำดีเพิ่มขึ้น ร่วมกับมีการสร้างกรดน้ำดีลดลง ทำให้น้ำดีมีโคเลสเตอรอลที่อิ่มตัวสูงเกิดการตกตะกอนเป็นนิ่วโคเลสเตอรอลได้ (Debruyne et al., 2012) แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบผู้ป่วยที่มีนิ่วในถุงน้ำดีในกลุ่มประชากรที่มีอายุน้อยลง โดยร้อยละ 72.6 ของผู้ป่วยที่มีนิ่วในถุงน้ำดี มีอายุระหว่าง 21-50 ปี (Sharma et al., 2012) ร้อยละ 18.75 พบในอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 32.5 พบในอายุระหว่าง 30-39 ปี (Pradhan, Joshi, & Vaidya, 2009) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในวัยทำงานต้องใช้ชีวิตเร่งรีบ ทำให้ต้องบริโภคอาหารจานด่วน หรืออาหารสำเร็จรูป ซึ่งเป็นอาหารที่มีไขมันและให้พลังงานสูง (เครือมาศ มีเกษม, 2554) ทำให้พบนิ่วในถุงน้ำดีได้เช่นกัน

1.3 กรรมพันธุ์ พบว่า ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวมีนิ่วในถุงน้ำดีที่มีสายเลือดเดียวกันจะมีความเสี่ยงของการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีมากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติ (Bellows et al., 2005; Marschall & Einarsson, 2007) เนื่องจากมีหลายปัจจัยมารวมกัน เช่น เชื้อชาติ (Abraham et al., 2014) นิสัยในการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะอาหารไขมันสูงที่บริโภคร่วมกันในครัวเรือน (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2550)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยปัจจัยด้านต่างๆ ดังนี้

2.1 ประเภทอาหารที่บริโภค พบว่า การบริโภคอาหารบางชนิดมีความสัมพันธ์กับการเป็นนิ่วในถุงน้ำดี (Pitchumoni, 2010; Portincasa et al., 2012) โดยประเภทของอาหารที่สัมพันธ์กับการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี คือ

2.1.1 ไขมัน การบริโภคอาหารที่มีไขมันประเภทอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ ในปริมาณมากกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด จะทำให้มีการสะสมของไขมันในรูปโคเลสเตอรอลที่ตับ และตับจะขับโคเลสเตอรอลส่วนเกินออกจากร่างกายไปทางน้ำดี เมื่อโคเลสเตอรอลที่ออกมาคือน้ำดีเพิ่มมากขึ้น น้ำดีจะมีความอืดตัวสูงเกิดการจับตัวกันและตกผลึกจนกลายเป็นนิ่วในถุงน้ำดี (สรรัชย์ กาญจนลาภ, 2554; Panpimanmas & Manmee, 2009; Roth, 2011)

2.1.2 คาร์โบไฮเดรต ผู้ที่บริโภคคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว เช่น น้ำตาลทราย ขนมหวานต่าง ๆ ในปริมาณที่มากกว่าร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมดในแต่ละวันหรือมากกว่า 200 กิโลแคลอรีต่อวัน (จินทนา อึ้งชูศักดิ์, 2555) มักมีความสัมพันธ์กับการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี (Ciaula, Wang, Bonfrate, & Portincasa, 2013) โดยผู้ที่บริโภคคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวปริมาณมาก จะทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนได้ง่าย ซึ่งภาวะอ้วนนี้จะมีผลต่อการสังเคราะห์ของโคเลสเตอรอลที่ตับ ทำให้ตับสังเคราะห์โคเลสเตอรอลเพิ่มมากขึ้น และมีการขับโคเลสเตอรอลออกมาที่ทางเดินน้ำดี ทำให้น้ำดีขาดความสมดุลโดยมีปริมาณโคเลสเตอรอลสูงขึ้น น้ำดีจะอืดตัวแล้วเกิดการจับตัวกันและตกตะกอนกลายเป็นนิ่วในถุงน้ำดีได้ (สรรัชย์ กาญจนลาภ, 2554)

2.1.3 อาหารที่มีกากใย จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ไม่ค่อยบริโภคอาหารที่มีกากใยจะมีโอกาสเกิดนิ่วในถุงน้ำดีมากกว่าปกติ (Ciaula et al., 2013) ซึ่งเมื่อตับขับโคเลสเตอรอลส่วนเกินออกจากร่างกายไปทางน้ำดี จะไม่มีกากใยที่จะรวมตัวกับน้ำดี และช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในน้ำดี (Dudek, 2010) ทำให้อาจขาดความสมดุลของส่วนประกอบในน้ำดี และเกิดการตกตะกอนกลายเป็นนิ่วในถุงน้ำดีได้ (สรรัชย์ กาญจนลาภ, 2554)

2.2 ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งพิจารณาจากค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) โดยที่ค่าปกติในคนเอเชียและคนไทยไม่เกิน 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถ้ามากกว่านี้ถือว่าน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) โดยผู้ที่มีภาวะอ้วนมักสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตมากกว่าเกณฑ์ ทำให้เพิ่มการสังเคราะห์ของโคเลสเตอรอลที่ตับ และโคเลสเตอรอลส่วนเกินจะขับออกมาในทางเดินน้ำดี ทำให้น้ำดีมีโคเลสเตอรอลที่อืดตัวสูง (Cuevas, Miquel, Reyes, Zanolungo, & Nervi, 2004; Debruyne et al., 2012) เกิดการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบในน้ำดี และมีการตกตะกอนเป็นนิ่วโคเลสเตอรอล (Pitchumoni, 2010) และนอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ที่อ้วนยังมีการบีบตัวของถุงน้ำดีไม่มีประสิทธิภาพจึงส่งเสริมให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีเพิ่มขึ้น (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2550; Ata et al., 2011) ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่ลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วด้วยการอดอาหารเป็นเวลานาน ก็มีความเสี่ยงของการเป็นนิ่วในถุงน้ำดีเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน (Abraham et al., 2014) เนื่องจากจะมีการเผาผลาญไขมันที่เปลี่ยนไปในระหว่างที่อดอาหาร (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDK],

2013) ทำให้ตับสร้างและหลั่งโคเลสเตอรอลออกมาในน้ำดีเพิ่มขึ้น ทำให้องค์ประกอบของน้ำดีเปลี่ยนแปลงไปร่วมกับมีการสะสมของโคเลสเตอรอลอย่างรวดเร็วจากเนื้อเยื่อไขมันและเกิดเป็นนิ่วขึ้น (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2550)

3. ปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ

นอกจากปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อมแล้ว จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีลักษณะดังกล่าวต่อไปนี้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี ดังนี้

3.1 การเจ็บป่วยหรือโรคร่วม

3.1.1 โรคเบาหวาน โดยเฉพาะในผู้ที่มีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน (Abraham et al., 2014) จะความเสี่ยงของการเป็นนิ่วในถุงน้ำดีเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงส่งผลต่อเส้นประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของถุงน้ำดี ทำให้ถุงน้ำดีบีบตัวลดลง น้ำดีไหลออกจากถุงน้ำดีได้ไม่สะดวกเกิดการค้างค้ำของน้ำดี และเกิดการตกตะกอนของน้ำดีขึ้น (Marcellin, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่า การเกิดนิ่วในถุงน้ำดีของผู้ที่เป็นเบาหวานยังมีความเกี่ยวข้องกับภาวะคีโตนูเรีย โดยมีการเพิ่มการสังเคราะห์โคเลสเตอรอลในร่างกาย และเพิ่มการขับของโคเลสเตอรอลออกมาในทางเดินน้ำดี ทำให้องค์ประกอบของน้ำดีเปลี่ยนแปลงไป จึงเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ (Halldestam et al., 2008; Pitchumoni, 2010; Strasberg, 2008)

3.1.2 โรคเกี่ยวกับตับ พบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง (Liver cirrhosis) มีการตรวจพบนิ่วในถุงน้ำดี ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญที่ตับเปลี่ยนไป ทำให้เป็นสาเหตุให้องค์ประกอบของน้ำดีเปลี่ยนแปลงไป จึงเกิดนิ่วในถุงน้ำดีขึ้น (Reshetnyak, 2012)

3.1.3 โรคของลำไส้เล็กส่วนปลาย จากการศึกษาพบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นโรคโครห์น (Crohn's disease) มักจะพบนิ่วโคเลสเตอรอลในถุงน้ำดี เนื่องจากมีการดูดกลับของเกลือแร่ที่ผิดปกติในลำไส้ส่วนปลาย ทำให้มีเกลือแร่ที่ทางเดินน้ำดีลดลง น้ำดีมีปริมาณโคเลสเตอรอลอิ่มตัวสูง ทำให้เกิดการตกตะกอนของน้ำดีได้ง่าย ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีมากขึ้น (Lapidus, Akerlund, & Einarsson, 2006)

3.2 การได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำเป็นระยะเวลานาน จะทำให้การบีบตัวของถุงน้ำดีลดลง ซึ่งจะส่งเสริมให้มีการตกตะกอนของน้ำดีที่อยู่ในถุงน้ำดีขึ้น (Debruyne et al., 2012)

ปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นล้วนแต่เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการสะสมของโคเลสเตอรอลมากขึ้นจนเกิดการตกตะกอนและระคายเคืองต่อเยื่อถุงน้ำดีทำให้เกิดการอักเสบและบวมของถุงน้ำดีส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพที่ถุงน้ำดีขึ้น

พยาธิสภาพของภาวะถุงน้ำดีอักเสบ

ถุงน้ำดีมีลักษณะเป็นรูปลูกแพร์ขนาดเล็ก มีความจุประมาณ 30-50 มิลลิลิตร มีผนังที่บาง และอยู่บริเวณฐานล่างของตับทางด้านขวา ทำหน้าที่เก็บน้ำดีที่สร้างจากตับและทำให้น้ำดีเข้มข้นขึ้น (Mudami & Rajagopal, 2007) โดยองค์ประกอบหลักของน้ำดีประกอบด้วย โคลเลสเตอรอล กลีเซอรีน รงควัตถุในน้ำดี และน้ำ (Dudek, 2010) ในสภาวะปกติจะมีความสมดุลกันของ องค์ประกอบในน้ำดี แต่ถ้ามีกลไกที่ทำให้ความสมดุลนี้เปลี่ยนไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าส่งผลให้ ความเข้มข้นของโคลเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น หรือทำให้ปริมาณของกลีเซอรีนลดลงก็จะทำให้เกิดนิ่วได้ (นนทลี เผ่าสวัสดิ์, 2557) นอกจากนี้การทำงานที่ผิดปกติของน้ำดี ได้แก่ การที่ถุงน้ำดีบีบตัวช้าลง จะทำให้น้ำดีสะสมอยู่ในถุงน้ำดีนานขึ้น ส่งผลให้มีการสะสมของเยื่อเมือกมากขึ้น ทำให้น้ำดีมีความหนืดและเข้มข้นมากขึ้น เกิดการตกตะกอนกลายเป็นนิ่วได้ (Ko & Lee, 2009; Reshetnyak, 2012) หลังจากนั้นนิ่วจะมีการเคลื่อนตัวลงมาอุดที่ท่อซิสติคซึ่งจะเป็นบริเวณที่พบการอุดตันได้ บ่อยที่สุด (Abraham et al., 2014; Ignatavicius 2013) และเกิดการคั่งของน้ำดี ทำให้แรงดันภายใน ถุงน้ำดีสูงขึ้น จนเกิดการขยายตัวของถุงน้ำดี ส่งผลให้เยื่อถุงน้ำดีอ่อนแอ ร่วมกับน้ำดีที่มีความเข้มข้นสูงจะทำให้เกิดการระคายเคืองและทำลายผนังของถุงน้ำดี ทำให้เกิดการอักเสบและบวมของ ถุงน้ำดีได้ (Pellico, 2013) และถ้าปล่อยทิ้งไว้เป็นเวลานานจะส่งผลให้การไหลเวียนโลหิตที่มาเลี้ยง ถุงน้ำดีลดลง ทำให้มีการตายของเซลล์ภายในถุงน้ำดีเกิดเป็นเนื้อตาย (Gangrenous cholecystitis) จนทำให้น้ำดีแตกทะลุ (Perforate of gallbladder) และเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบได้ (Corr, 2012; Knott, 2013; Strasberg, 2008)

อาการและอาการแสดงของถุงน้ำดีอักเสบ

ผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบมากกว่าร้อยละ 90 จะมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้อง บริเวณลิ้นปี่และใต้ชายโครงขวา ร่วมกับมีอาการปวดร้าวไปสะบักข้างขวาหรือหลังได้ ลักษณะสำคัญคือ การปวดจะค่อนข้างรุนแรงและเกิดขึ้นทันทีทันใด ต่อเนื่องมากกว่า 4-6 ชั่วโมง (Supe, 2011) โดยมาจะพบอาการปวดท้องหลังจากบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงอย่างน้อย 1 ชั่วโมงหรือเมื่อ บริโภคอาหารปริมาณมาก (Debruyne et al., 2012; Marschall & Einarsson, 2007) โดยผู้ป่วยที่มี ภาวะถุงน้ำดีอักเสบร้อยละ 50 มีอาการปวดที่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร (Keulemans, Venneman, Gouma, & Henegouwen, 2001) หรืออาจพบในเวลากลางคืนขณะนอนหลับ (Dudek, 2010) และ อาจมีไข้ร่วมด้วย (ภัทรพร บุรพุกุศลศรี, 2549; Pitchumoni, 2010) นอกจากนี้อาจมีอาการอื่น ได้แก่ ตัวตาเหลือง การย่อยอาหารผิดปกติ ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร (Kalloo & Kantsevov, 2001; Mudami & Rajagopal, 2007; Vogt, 2002) ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาจะมีการพัฒนาไปเป็น ภาวะถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง โดยอาการที่เกิดจากนิ่วในถุงน้ำดีที่รุนแรงมากขึ้นและกลับเป็นซ้ำจะเป็น

สิ่งที่ยังบอกการดำเนินโรคที่เลวลงทำให้ผนังถุงน้ำดีหนาตัวขึ้น มีการสูญเสียการทำหน้าที่และมีพังผืดมาเกาะบริเวณถุงน้ำดีทำให้การผ่าตัดทำได้ยากขึ้น (Oddsdottir & Hunter, 2005)

การรักษาพยาบาล

ในผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ประสงค์ที่สำคัญของการรักษา คือบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเลือกวิธีการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายจะขึ้นกับความรุนแรงของอาการและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โดยมีแนวทางการรักษาพยาบาล ดังนี้

1. การรักษาเพื่อแก้ไขการอักเสบของถุงน้ำดี

ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน มักจะมีวัตถุประสงค์ของการรักษา คือ แก้ไขภาวะอักเสบและลดการทำงานของถุงน้ำดี (Barak, Elazary, Appelbaum, Rivkind, & Almogy, 2009; Mudami & Rajagopal, 2007) ซึ่งใน 24 ชั่วโมงแรกของการรักษาในโรงพยาบาลจะรักษาตามอาการ โดยผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการงดน้ำงดอาหารทางปาก ร่วมกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อปรับสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายและป้องกันภาวะขาดน้ำ ให้ยาลดอาการปวดอย่างเพียงพอเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดที่เกิดขึ้น และที่สำคัญผู้ป่วยควรได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมอาการอักเสบ รวมทั้งจะได้รับการวางแผนผ่าตัดในช่วงเวลาที่เหมาะสม (นนทลี เผ่าสวัสดิ์, 2557; พัฒน์พงษ์ นาวิเจริญ, 2550; Elwood, 2008; Ignatavicius, 2013; Miura et al., 2007)

2. การรักษาโดยการผ่าตัด

ในปัจจุบันการรักษาหลักของภาวะถุงน้ำดีอักเสบ คือการผ่าตัดโดยการตัดถุงน้ำดีออก (Mestral et al., 2013) ซึ่งพบว่าจำนวนผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีมีอัตราเพิ่มขึ้นทั่วโลก (Schmidt, Dumot, Soreide, & Sondenaa, 2012) โดยการตัดถุงน้ำดีมีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดสาเหตุที่ก่อโรค (Dudek, 2010; Ko & Lee, 2009) ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะถุงน้ำดีอักเสบและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ถุงน้ำดีแตกทะลุ เชื้อบวมช่องท้องอักเสบ และอาจนำมาสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดได้ (Campanile et al., 2014) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่เคยมีอาการจากนิ่วในถุงน้ำดีแล้ว ถ้ายังไม่ได้รับการผ่าตัดจะมีอัตราการเกิดอาการปวดท้องจากนิ่วในถุงน้ำดีซ้ำ (Recurrent biliary pain) ถึงร้อยละ 38-50 (ภัทรพร บุรพุกศลศรี, 2549) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบทุกราย จะได้รับคำแนะนำให้ตัดถุงน้ำดีออก (Cholecystectomy) ซึ่งระยะเวลาที่ควรทำการผ่าตัดนิยมนำมาภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังจากเริ่มมีอาการถุงน้ำดีอักเสบ เนื่องจากระยะนี้จะทำการผ่าตัดได้ง่ายและใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า (Gul et al., 2013) แต่พบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่สามารถผ่าตัดในช่วง 72 ชั่วโมง (Sakran, 2011) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมารับการรักษาใน

โรงพยาบาลล่าช้า (Gomes, Mehta, Varik, & Doctor, 2013) ทำให้การผ่าตัดทำได้ยากขึ้นและจะใช้เวลา นานกว่า เนื่องจากถุงน้ำดีจะบวมแดงและมีเลือดออกง่าย (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ดังนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักได้รับการรักษาเพื่อควบคุมการอักเสบของถุงน้ำดีก่อนแล้วจึงนัด มาทำผ่าตัดภายหลังจากควบคุมการอักเสบได้แล้วใน 6-12 สัปดาห์ต่อมา (NICE, 2014) ซึ่งในการ เลือกรักษาการผ่าตัดจะขึ้นกับความรุนแรงของอาการและความเสี่ยงของผู้ป่วยในการทำผ่าตัด โดย สามารถแบ่งวิธีการผ่าตัดได้ 2 วิธีคือ

2.1 การผ่าตัดตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic cholecystectomy) จะแนะนำให้ทำทันทีภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการในครั้งแรก เพื่อลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อน มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกครั้งระหว่างนัดรอผ่าตัด (นนทลี เฝ้าสวัสดิ์, 2557; Gul et al., 2013; Tzovaras et al., 2006) หรือสามารถเลือกการผ่าตัดวิธีนี้ ได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการนัดผ่าตัด และไม่มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยจะ ฟื้นตัวได้เร็ว ความรุนแรงของอาการปวดภายหลังผ่าตัดน้อย และเป็นการลดระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาลอีกด้วย (NICE, 2014; Ignatavicius, 2013; Pellico, 2013)

2.2 การผ่าตัดตัดถุงน้ำดีแบบเปิดหน้าท้อง (Open cholecystectomy) จะทำในผู้ที่มีนิ่ว ในถุงน้ำดีแบบมีอาการอักเสบ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีภาวะตับอ่อน อักเสบ ถุงน้ำดีอักเสบ ท่อน้ำดีอักเสบ และในผู้สูงอายุ (Hope, 2015) เป็นต้น

3. การให้คำแนะนำเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

ในผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีพบว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังตัดถุงน้ำดี ร้อยละ 40-60 ซึ่งอาการสามารถเกิดได้ตั้งแต่ 2 วันหลังผ่าตัดจนถึงตลอดชีวิต (Jaunoo et al., 2010) ด้วยเหตุผลที่ภายหลังผ่าตัดไม่มีที่กักเก็บน้ำดีทำให้น้ำดีเจือจาง เมื่อน้ำดีถูกส่งไปยังลำไส้เล็กจะมีผล ต่อการย่อยไขมันทำให้การย่อยไขมัน ไม่มีประสิทธิภาพเกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบการย่อยอาหารขึ้น (Jensen, 2015; Roth, 2011) การให้คำแนะนำจึงเน้นเรื่องการบริโภคอาหารภายหลังได้รับการตัด ถุงน้ำดีที่ถูกต้องและเหมาะสม (Mudami & Rajagopal, 2007) ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีจึง จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการเลือกบริโภคอาหาร และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค อาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันปัญหาเกี่ยวกับการย่อยอาหารที่ไม่มี ประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีรู้สึกไม่สุขสบายและได้รับความทุกข์ ทรมาณจากอาการ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมักจะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน อาการเหล่านี้เรียกว่า อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี (Post cholecystectomy syndrome)

อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี

อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี เป็นอาการที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี (Siddiqui, 2015) ซึ่งอาจมีอาการแสดง ได้แก่ อาการปวดท้อง อาการท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง หรืออาการท้องเสีย โดยพบอาการได้ตั้งแต่ 2 วันภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีจนถึงตลอดชีวิต ซึ่งมีรายงานอุบัติการณ์การเกิดอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีถึงร้อยละ 40 (Jaunoo et al., 2010) โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะมีการรับรู้ถึงอาการแตกต่างกัน ซึ่งการได้ทราบอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี จึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การจำแนกอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี

อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี เป็นการรับรู้ถึงการรบกวนของอาการที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ถูกตัดถุงน้ำดี จึงทำให้การย่อยอาหารประเภทไขมัน ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีที่พบบ่อย ได้แก่ อาการท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง อาการปวดท้องส่วนบน อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน และอาการท้องเสีย (Gharde et al., 2013; Mehrvarz et al., 2010; Mertens et al., 2009; Radu et al., 2012) วิตกังวล (Sedlak et al., 2016) ซึมเศร้า (Tsai et al., 2015) ซึ่งอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีที่พบมีทั้งอาการด้านร่างกายและอาการด้านจิตใจ ดังนั้นจึงจำแนกอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีออกเป็นรายด้าน ดังต่อไปนี้

1. อาการด้านร่างกาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีจะไม่มีแหล่งกักเก็บน้ำดีที่สร้างมาจากตับ ทำให้น้ำดีขาดความเข้มข้นซึ่งส่งผลต่อการย่อยไขมัน ทำให้การย่อยไขมันไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบการย่อยอาหารขึ้น (Jensen, 2015) ซึ่งสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงการไหลของน้ำดีทำให้เกิดปัญหา 2 ชนิดที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ

1.1 มีการไหลย้อนของน้ำดีไปยังระบบทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งอาจนำไปสู่อาการ แสบร้อนทรวงอก เรอเปรี้ยว การรับรสอาหารเปลี่ยนไป หลอดอาหารอักเสบ และกระเพาะอาหารอักเสบ ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เพิ่มความรุนแรงได้ (Radu et al. 2012) เมื่อได้รับความรุนแรงของอาการจากการไหลย้อนของน้ำดีไปยังระบบทางเดินอาหารส่วนบนมาก ก็จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทำให้ไม่สามารถบริโภคอาหารได้ตามปกติ (Keus et al., 2010) ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย และอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ (Draper, 2013)

1.2 การทำงานที่ผิดปกติของระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง ได้แก่ การทำงานของ sphincter of oddi ที่ผิดปกติ ทำให้การไหลของน้ำดี และน้ำย่อยจากตับอ่อน ไปสู่ที่ลำไส้เล็กลดลง และน้ำดีที่หลังออกมาที่ทางเดินน้ำดีนั้น ไม่ได้ถูกควบคุมการหลังจากถุงน้ำดี ทำให้มีการไหลออกอย่างต่อเนื่อง เกิดการระคายเคืองลำไส้ ส่งผลให้เกิดอาการปวดท้องส่วนบน อาการท้องอืด

อาการท้องเสีย อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน อาการท้องอืด หรืออาการปวดท้องได้ (Radu et al., 2012) จากการศึกษาของ Sauter et al. (2000) พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีมีอาการท้องเสีย

2. อาการด้านจิตใจ

เมื่อมีอาการทางด้านร่างกายแล้วอาจส่งผลต่อสภาพจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น จากการศึกษาความวิตกกังวลในช่วง 6 สัปดาห์ภายหลังตัดถุงน้ำดีของผู้ป่วย พบว่า ผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับการย่อยอาหารที่ผิดปกติ เช่น อาการแน่นอึดอัดท้อง อาการท้องอืด อาการปวดท้องจะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงเนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นมักรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และรู้สึกไม่สามารถบริโภคอาหารได้แบบปกติ (Mertens et al., 2011) นอกจากนี้ได้มีการติดตามการศึกษาระยะยาว พบว่า ผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 2 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งอธิบายได้ว่าการเกิดอาการหลังตัดถุงน้ำดีเป็นปัจจัยชักนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Tsai et al., 2015)

การศึกษารังนี้ได้อำนาจอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) อาการทางด้านร่างกาย คือ อาการปวดท้องส่วนบน อาการปวดท้องส่วนล่าง อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน อาการแสบร้อนทรวงอก อาการแน่น อึดอัดท้อง อาการท้องเสีย อาการท้องอืด อาการอ่อนล้า ความอยากอาหารลดลง อาการเรอเปรี้ยว การรับรสอาหารเปลี่ยนไป น้ำหนักลดลง 2) อาการทางด้านจิตใจ คือ รู้สึกไร้ค่า และรู้สึกวิตกกังวล โดยอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีอาจเกิดเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการพร้อมกันได้ และสามารถพบได้ตั้งแต่ 2 วันภายหลังตัดถุงน้ำดี หรือต่อเนื่องยาวนานเป็นปีจนตลอดชีวิตได้ (Sanjay et al., 2010)

ระยะเวลาการเกิดอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี

ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีอาจมีอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีเกิดขึ้น ซึ่งอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีมีหลายอาการ และอาการแต่ละอาการเกิดขึ้นไม่พร้อมกัน (Jaunoo et al., 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระยะเวลาภายหลังตัดถุงน้ำดีที่แตกต่างกัน จะมีอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีแตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุประยะเวลาการเกิดอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีออกเป็น 2 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 อาการที่เกิดขึ้นภายหลังตัดถุงน้ำดี 6 เดือนแรกหลังผ่าตัด

1.1 ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 6 สัปดาห์ ร้อยละ 26.2 มีอาการท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง ร้อยละ 19.8 มีอาการปวดท้องด้านบน ร้อยละ 15.1 มีอาการแสบร้อนทรวงอก ร้อยละ 13.5 มีอาการคลื่นไส้ ร้อยละ 13.5 มีอาการท้องเสีย ร้อยละ 12.7 มีการรับรสไม่ดี ร้อยละ 8.7 มีอาการปวดท้องด้านล่าง และร้อยละ 3.2 มีอาการอาเจียน (Mertens et al., 2009)

1.2 อาการที่เกิดขึ้นในช่วงเดือนที่ 3 ภายหลังตัดถุงน้ำดี จากการศึกษาของ Kim et al. (2014) พบว่า ร้อยละ 35.4 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี โดยอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการเกี่ยวกับอาหารไม่ย่อย ร้อยละ 29.2 อาการท้องเสีย ร้อยละ 20 ความอยากอาหารลดลง ร้อยละ 16.9 อาการแสบร้อนทรวงอก ร้อยละ 15.4 และอาการท้องผูก ร้อยละ 13.8

1.3 อาการที่เกิดขึ้นในช่วงเดือนที่ 6 ภายหลังตัดถุงน้ำดี พบว่า ร้อยละ 47.8 ของผู้ป่วย ภายหลังตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 6 เดือน มีอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ซึ่งอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีที่พบมากที่สุด ได้แก่ ร้อยละ 34.8 มีอาการอาหารไม่ย่อย รองลงมาคือ ร้อยละ 13.7 ปวดท้องด้านบนขวา (Mertens, Roukema, Scholtes, & Vries, 2010) และการศึกษาของ Gharde et al. (2013) ที่ศึกษาอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่จะได้รับการตัดถุงน้ำดี จำนวน 68 ราย พบว่า ภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 6 เดือน ร้อยละ 33.3 มีอาการอาเจียน ร้อยละ 24 มีอาการคลื่นไส้ ร้อยละ 22.2 มีอาการท้องอืด ร้อยละ 11.1 มีอาการเรอเปรี้ยว ร้อยละ 10.3 มีอาการปวดท้อง และร้อยละ 10.3 มีอาการแสบร้อนทรวงอก

ระยะที่ 2 อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 6 เดือน จากการศึกษาของ Sanjay et al. (2010) ได้ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีในช่วงเวลา 4 ปี ภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 36 มีอาการปวดท้อง ร้อยละ 14 มีอาการตา ตัวเหลือง ร้อยละ 10 มีแผลที่กระเพาะอาหาร และร้อยละ 3 มีอาการตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน และการศึกษาของ Tsai et al. (2015) พบว่า ผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 2 ปี ร้อยละ 2.56 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซิมเสร่า โดยมีอาการหลังตัดถุงน้ำดีเป็นปัจจัยชักนำไปสู่การเกิดภาวะซิมเสร่า

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเกิดอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี พบว่า อาการ ภายหลังตัดถุงน้ำดีที่เกิดขึ้นเกิดจากพฤติกรรมบริโภคอาหาร (Mehrvarz et al., 2010) และผลจากการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดแบบส่องกล้องทางหน้าท้อง ซึ่งอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของท่อทางเดินน้ำดี ทำให้น้ำดีรั่วไหล มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของท่อทางเดินน้ำดี หรือมีการหดเกร็งของท่อทางเดินน้ำดี (Girometti et al., 2010) ซึ่งผลจากการผ่าตัดเหล่านั้นก็ทำให้เกิดอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีได้ แต่อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติพฤติกรรมที่จะช่วยลดผลกระทบของการเกิดอาการ ภายหลังตัดถุงน้ำดีและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจทวีความรุนแรงขึ้น คือ การที่ผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีไปแล้วมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดี ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการบริโภคอาหาร และ

มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

อาหารถือเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งพฤติกรรมบริโภคของแต่ละบุคคลจะเป็นส่วนหนึ่งในการผลักดันให้บุคคลมีสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีจะสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆที่อาจตามมาได้ และยังสามารถทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีเกี่ยวกับการบริโภคอาหารทั้งประเภทของอาหาร ปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารในแต่ละวัน ซึ่งการมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสมของผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดี ควรเป็นดังต่อไปนี้

1. ประเภทของอาหาร

1.1 อาหารประเภทไขมัน ไขมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูง โดยผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีสามารถบริโภคอาหารที่มีไขมันได้ไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด (NIDDK, 2006; Yacoub, 2014) หลีกเลี่ยงอาหารที่ไขมันอิ่มตัวสูง (Saturated fatty acids) ซึ่งไม่ควรเกินร้อยละ 7 หรืออาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ไม่ควรบริโภคเกินวันละ 300 มิลลิกรัม โดยอาหารประเภทนี้ได้แก่ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน ไขมันจากสัตว์ต่าง ๆ เช่น หมูสามชั้น น้ำมันหมู (พัฒนพงศ์ นาวีเจริญ, 2550; Gaby, 2009) และควรลดการบริโภคอาหารทะเลบางชนิด เช่น กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม เนื่องจากเป็นอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง นอกจากนี้ต้องหลีกเลี่ยงอาหารประเภททอดต่างๆ และอาหารจานด่วน รวมทั้ง นมไขมันเต็มส่วน เนยเทียม เนยแข็ง และมายองเนส เป็นต้น (Dudek., 2010; Ignatavicius, 2013)

1.2 อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง ธัญพืช ขนบปังโฮลวีท เส้นหมี่เลือกที่ทำจากข้าวกล้อง (Debruyne et al., 2012; Dudek, 2010) และควรบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลต่ำที่สุด เนื่องจากการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลมากจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ อาจทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งไม่ควรบริโภคเกิน 10 กรัมต่อ 100 กรัมของน้ำหนักอาหาร (Evans, 2014) นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำตาลหรืออาหารที่มีน้ำตาลสูง เช่น ขนมหวานที่ทำจากน้ำตาลหรือกะทิ เบเกอรี่ทุกชนิด และน้ำอัดลม เป็นต้น โดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะอ้วน และผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง เนื่องจากอาหารที่มีน้ำตาลสูง จะทำ

ให้ร่างกายผลิตและหลั่งอินซูลินมากขึ้น และจะเปลี่ยนรูปคาร์โบไฮเดรตเป็นไขมันสะสมในร่างกาย (Wickham, 2013; Nix, 2013)

1.3 อาหารประเภทกากใย ควรบริโภคมากกว่า 10-50 กรัมต่อวัน เนื่องจากพบว่าอาหารที่มีกากใยสูงจะช่วยควบคุมอาการท้องเสียภายหลังตัดถุงน้ำดีได้ (Yacoub, 2014) และอาหารที่มีกากใยจะรวมตัวกับน้ำดีที่ตับสร้างและหลั่งออกมาเพื่อช่วยในการย่อยไขมันและโคเลสเตอรอลตลอดจนช่วยการทำงานของลำไส้ (Radu et al., 2012) นอกจากนี้อาหารที่มีกากใยสูงจะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในร่างกายได้อีกด้วย (Dudek, 2010; Gaby, 2009)

1.4 อาหารประเภทโปรตีน ควรเลือกบริโภคประเภทเนื้อปลา เนื่องจากมีไขมันต่ำและย่อยง่าย หรือเลือกเฉพาะส่วนที่เป็นเนื้อล้วน ไม่มีหนังและควรควบคุมพลังงานจากโปรตีนประมาณวันละร้อยละ 10 ของปริมาณพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน (NHS, 2015; Wickham, 2013)

1.5 อาหารประเภทผักและผลไม้ ควรบริโภคให้มากขึ้นในทุกมื้ออาหาร (Gaby, 2009) เนื่องจากจะช่วยในกระบวนการย่อยและการดูดซึมทำให้การขับถ่ายเป็นปกติ (พัฒนพงศ์ นาวีเจริญ, 2550) และควรหลีกเลี่ยงผักที่เพิ่มแก๊สในทางเดินอาหาร เช่น กะหล่ำปลี ดอกกะหล่ำ หัวหอม กระเทียม หน่อไม้ฝรั่ง บล๊อคโคลี่ เป็นต้น และผลไม้ที่เพิ่มแก๊สในทางเดินอาหาร เช่น องุ่น แคนตาลูป แอปเปิ้ล ลูกสาลี แครอท ข้าวโพด ถั่วลิสง เป็นต้น เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแน่น อึดอัดท้องได้ (Debruyne et al., 2012)

1.6 อาหารประเภทวิตามิน โดยเฉพาะวิตามินซี ซึ่งพบว่า วิตามินซีสามารถป้องกันการก่อตัวของนิ่วในทางเดินน้ำดีได้ โดยจะเปลี่ยนโคเลสเตอรอลไปเป็นเกลือน้ำดี (Sharma & Tandon, 2013; Gaby, 2009)

1.7 อาหารรสจัด ควรหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีรสจัด เนื่องจากเป็นการเพิ่มแก๊สในกระเพาะอาหาร และลำไส้ ทำให้แน่นอึดอัดท้อง และยังทำให้ท้องเสียได้ง่ายขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีจะมีอาการท้องเสียจากกระบวนการย่อยอาหารที่ผิดปกติ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554)

2. ปริมาณอาหาร ควรปรับปริมาณมื้ออาหาร โดยแบ่งการบริโภคอาหารเป็นมื้อย่อยคือ 5 มื้อต่อวัน และลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554; Evans, 2014) เนื่องจากการความเข้มข้นของน้ำดีลดลงจากการตัดถุงน้ำดี ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับระบบการย่อยอาหาร (Radu et al., 2012) ซึ่งทำให้การย่อยอาหารในปริมาณมากมีประสิทธิภาพลดลง จึงต้องมีการปรับมื้ออาหารให้เล็กลงและบ่อยครั้งขึ้นเพื่อช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายภายหลังตัดถุงน้ำดี (Yacoub, 2014)

3. พฤติกรรมที่ควรกระทำและควรหลีกเลี่ยง

3.1 การเลือกรับประทานอาหาร ควรเลือกรับประทานให้ละเอียดเพื่อช่วยในกระบวนการย่อยอาหาร และไม่ ควรกังวลเกี่ยวกับการขาดวิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น วิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี และวิตามินเค เนื่องจากตับยังสามารถผลิตน้ำดีได้ปกติ และยังมีน้ำดีในลำไส้ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554)

3.2 งดการดื่มสุรา ถึงแม้ว่าการดื่มสุราไม่เป็นสาเหตุของโรคต่างๆที่เกิดกับถุงน้ำดี โดยตรง แต่แอลกอฮอล์จะกระตุ้นการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ในตับเพิ่มขึ้น ซึ่งหากมี ไตรกลีเซอไรด์อยู่ในตับมากเกินไป จะกำจัดออกจากกระแสเลือดไม่ทันและจะสะสมที่ตับเกิด ภาวะไขมันสะสมที่ตับ และเมื่อสะสมเป็นเวลานานอาจทำให้มีการอักเสบและเกิดพังผืดขึ้นที่ตับ (โทเชชีง อิชิกะวะ, 2558; Reed, 2010) ทำให้ตับไม่สามารถทำงานได้ปกติเช่นเดิม ส่งผลต่อการ ผลิตน้ำดีและการหลั่งของน้ำดีที่ไม่มีประสิทธิภาพ ยิ่งส่งเสริมให้มีปัญหาเรื่องการย่อยไขมันมาก ยิ่งขึ้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554; Cutler, 2014) และอาจทำให้เกิดความไม่ทุกข์ทรมานจากอาการ และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

3.3 หลีกเลี่ยงการเคี้ยวหมากฝรั่งหรือการสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสร้างแก๊ส ในท้องซึ่งจะทำให้เพิ่มอาการแน่นท้อง และความไม่สุขสบายได้ และยังพบว่า การสูบบุหรี่เป็น ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีด้วย (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554; Sharma & Tandon, 2013)

3.4 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โคลา เพราะถึงแม้จากการศึกษาจะ พบว่าไม่มีผลให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับถุงน้ำดี แต่คาเฟอีนมีผลให้ใจสั่น นอนไม่หลับ เพิ่มการหลั่งกรด ในกระเพาะอาหาร และยังเป็นปัจจัยร่วมส่งเสริมให้เกิดภาวะกรดไหลย้อนภายหลังตัดถุงน้ำดีด้วย (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554)

3.5 ดื่มน้ำสะอาดให้ได้อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วต่อวัน เนื่องจากน้ำมีบทบาทสำคัญ ในการช่วยควบคุมเกี่ยวกับกระบวนการย่อยอาหาร (Borade, 2011)

3.6 การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Ignatavicius, 2013; NIDDK, 2006) โดยทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นผู้ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินหรือมีภาวะอ้วน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดี ร้อยละ 93.3 มีภาวะอ้วน (Volevach et al., 2014) ดังนั้น จึงมีการแนะนำให้ ผู้ที่มีน้ำหนักเกินลดน้ำหนักในเกณฑ์ 0.5 ถึง 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ หรือเดือนละ 2-4 กิโลกรัม (กรมอนามัย, 2550) ซึ่งสภาวะร่างกายที่มีน้ำหนักเกินจะส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพภายหลัง ผ่าตัดได้ เช่น การเกิดกลุ่มอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี หรือมีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ (NHS, 2015)

อย่างไรก็ตาม การบริโภคอาหารในแต่ละมื้อควรบริโภคอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ตาม สัดส่วนที่เหมาะสมทุกวัน เพื่อให้ได้รับสารอาหารในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของ

ร่างกาย (ประไพศรี ศิริจักรวาล, 2552; พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554) นอกจากนี้การควบคุมพลังงานจากอาหารก็เป็นสิ่งสำคัญ โดยผู้หญิงควรได้รับพลังงานจากอาหาร 1200 กิโลแคลอรีต่อวัน และผู้ชายควรได้รับพลังงานจากอาหาร 1600 กิโลแคลอรีต่อวัน (กรมอนามัย, 2550) เพื่อควบคุมน้ำหนักและลดน้ำหนัก ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory)

การเปลี่ยนผ่าน หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงจากสถานะหนึ่ง ไปสู่อีกสถานะหนึ่งในสภาวะสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ต้องอาศัยการปรับตัวเพื่อเข้าสู่สภาวะใหม่ในชีวิตจนสามารถปรับตัวและคงสถานะหรือบทบาทใหม่ได้ดี ซึ่งเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่มีความซับซ้อนจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Meleis, 2010)

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) เป็นทฤษฎีที่มุ่งที่จะประเมินและให้การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ตลอดจนชุมชน ให้สามารถจัดการต่อการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังอีกสภาวะหนึ่งได้และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ซึ่งประกอบด้วย 4 โมโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน รูปแบบการตอบสนอง และการบำบัดทางการพยาบาล (Meleis, 2010)

โมโนทัศน์ที่ 1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of transition) ประกอบด้วย

1. ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Types of transition) เป็นโมโนทัศน์ที่ช่วยในการแบ่งชนิดหรือความครอบคลุมของปรากฏการณ์ (Scope of phenomena) ในการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งของชีวิต หรือจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งของชีวิต แบ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (Developmental transition) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational transition) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Healthy/ illness transition) และการเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (Organizational transition)

2. แบบแผนของการเปลี่ยนผ่าน (Patterns of transition) เป็นรูปแบบทั่วไปของการเปลี่ยนผ่านซึ่งอาจเกิดจากเหตุการณ์เดียว (Single transition) หรือเหตุการณ์หลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง (Multiple transition) รวมทั้งการเข้ามาของเหตุการณ์ นั้นมาตามลำดับ (Sequential transition) หรือเข้ามาพร้อมกันหลายเหตุการณ์ (Simultaneous transition) ซึ่งอาจสัมพันธ์ (Related transition) หรือไม่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ก็ได้ (Unrelated transition)

3. คุณลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน (Properties of transition) การมีลักษณะบางอย่างมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ได้แก่

1) การตระหนักรู้ (Awareness) เป็นการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับเกี่ยวกับประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน 2) การเตรียมความพร้อม (Engagement) เป็นการแสวงหาข้อมูล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนผ่าน 3) การเปลี่ยนแปลงและความแตกต่าง (Change and difference) เป็นการปรับตัวต่อบทบาทและสถานการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม 4) ช่วงระยะเวลาการเปลี่ยนผ่าน (Transition time span) เป็นคุณลักษณะที่มีความเคลื่อนไหวและไม่หยุดนิ่งตลอดเวลา หากมีความชัดเจนและคงที่ จะช่วยลดความสับสนและความทุกข์ทรมานต่อเหตุการณ์ที่ไม่สามารถกำหนดได้ 5) จุดวิกฤตและเหตุการณ์ (Critical points and event) เป็นการตระหนักรู้ว่าสถานการณ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ต่างจากเดิม

มโนทัศน์ที่ 2 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition conditions) เป็นกรอบในการประเมินบุคคล ครอบครัว หรือองค์กร เพื่อให้เข้าใจการเปลี่ยนผ่านที่จะทำนายได้ว่าการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้นจะผ่านไปได้อย่างไรหรือมีความยากลำบาก ประกอบด้วย

1. ปัจจัยทางด้านบุคคล (Personal) ประกอบด้วย 1) การให้ความหมาย (Meaning) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการเปลี่ยนผ่านว่าเอื้ออำนวยหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน 2) ความเชื่อทางวัฒนธรรมและทัศนคติ (Cultural beliefs and attitudes) เป็นปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวางให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินต่อไปได้ ซึ่งในแต่ละสังคมก็จะมีวัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติที่แตกต่างกัน 3) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status) ส่งผลต่อจิตใจถ้ามีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี 4) การเตรียมความพร้อมและความรู้ (Preparation and knowledge) เป็นวิธีที่จะจัดการกับสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นให้ดำเนินไปได้ด้วยดี

2. ปัจจัยด้านชุมชน (Community) การเปลี่ยนผ่านของบุคคลที่เกิดขึ้นในชุมชนทั้งในภาวะที่ปกติหรือสถานะที่มีการเปลี่ยนแปลงของชุมชน จะมีส่วนสนับสนุนหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน เช่น แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และผู้ป่วยที่มีโรคคล้ายกัน เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านสังคม (Society) สังคมที่มีขนาดใหญ่อาจจะมีผลต่อการสนับสนุน หรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน โครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม ครอบครัว จะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่าน

มโนทัศน์ที่ 3 รูปแบบการตอบสนอง (Pattern of response) มีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน การบำบัดทางการพยาบาล และธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน โดยประเมินได้จาก

1. ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process indicators) เป็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการและประสบการณ์ของบุคคลที่มีการเปลี่ยนผ่านจากกระบวนการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ความรู้สึก

เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ (Feeling connected) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย 2) การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Interacting) จะพัฒนาการตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านให้เป็นที่ประจักษ์ ชัดเจน 3) ที่ตั้งและสถานการณ์ขณะนั้น (Location and being situated) เป็นการรับรู้ต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านและสร้างความหมายใหม่ต่อการเปลี่ยนผ่านในขณะนั้น 4) การพัฒนาความเชื่อมั่นและการปรับตัว (Developing confidence and coping) เป็นการเพิ่มความเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น

2. ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome Indicator) ประกอบด้วย ความสามารถในการกำกับดูแลในสถานภาพใหม่ เป็นการแสดงให้เห็นถึงการที่บุคคลสามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Role mastery) แสดงให้เห็นถึงทักษะและพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะจัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสม (Fluid integrative identities) เป็นผลลัพธ์หนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนผ่านเปรียบเสมือนกับของเหลวที่ได้หลอมรวมเป็นหนึ่งเดียว

มโนทัศน์ที่ 4 การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) เป็นวิธีที่พยาบาลสามารถเข้าไปให้การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ชุมชนได้ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคและการรักษา และการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลที่เหมาะสม โดยพยาบาลจะต้องทำการประเมินความพร้อมของบุคคล ครอบครัว ชุมชนในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ ซึ่งจะต้องประเมินทุกเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านตลอดจนการประเมินปัจจัยส่วนบุคคลและแหล่งประโยชน์ที่จะเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่านและให้การช่วยเหลือ ซึ่งพยาบาลสามารถจัดการช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีในช่วงก่อนการผ่าตัดถุงน้ำดีพบว่า ร้อยละ 93.93 มักมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง (Harish, 2014) ซึ่งพฤติกรรมบริโภคนี้เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานานจนเป็นนิสัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดีจึงเป็นเรื่องยาก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีไปแล้วจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร เนื่องจากภายหลังการตัดถุงน้ำดีไปแล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้การย่อยไขมันจะมีประสิทธิภาพลดลงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังการตัดถุงน้ำดี เช่น อาการท้องอืด อาการท้องเสีย และอาการปวดท้อง ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการและภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคแบบเดิมไปสู่การมีพฤติกรรมบริโภคแบบใหม่ ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการประเมินหรือการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านก็จะส่งผลให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้ง่ายขึ้น

จากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่ Meleis (2010) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนผ่านซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่ต้องทำความเข้าใจต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น โดยที่พยาบาลถือเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือ การให้ความรู้หรือการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง การให้คำแนะนำ เตรียมผู้ป่วยเพื่อให้เปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ง่ายขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ที่จะเป็นตัวชี้วัดสำหรับการเปลี่ยนผ่านว่าจะประสบความสำเร็จหรือไม่ คือการมีพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคถูกต้องและเหมาะสมและจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข มีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาด้วย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคมีหลายปัจจัย จำแนกเป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (ณัฐกฤตา นันทะสิน, 2558; นวนิตย์ จันทร์ชุ่ม, 2556; สุบิน สุนันตะ, 2551) อายุ (ฐิตาภรณ์ รัตนนิธพงศ์, 2554; สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, 2549) ระดับการศึกษา (ปทุม จงอ่อนกลาง, 2550) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย (สิริลักษณ์ วินิจัย, 2554; ผาสุก มั่นคง, 2557) ทักษะคิดของการบริโภคอาหาร (จิตติพร วิชิตตรงไชย, 2555) ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก, 2552; เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์, 2554; มยุรี ปัญญาสิม, 2551; อรุณลดา นางแย้ม, 2550; Suhonen et al., 2005) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548; วารุณี สันป่าแก้ว, 2557; วิทยารณ อะสงค์, 2558) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี ผู้วิจัยจึงสนใจหาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ เพศ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี และความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอีกเสบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อายุ

อายุ เป็นปัจจัยเงื่อนไขหนึ่งที่จะสามารถสนับสนุนหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านไปสู่วิถีการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยเป็นตัวกำหนดวุฒิภาวะ ประสบการณ์ ความสามารถในการจัดการ และการตัดสินใจของบุคคล (วารุณี สันป่าแก้ว, 2557) นอกจากนี้ อายุในแต่ละช่วงวัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความคิดและพฤติกรรมแตกต่างกัน (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, 2550) จึงส่งผลให้พฤติกรรมบริโภคอาหารแตกต่างกัน โดยบุคคลในแต่ละช่วงอายุ เช่น วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ จะมีวิธีการดำเนินชีวิตที่ต่างกันจากสภาพแวดล้อมทางสังคมซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร

วัยรุ่นและวัยทำงาน เป็นวัยที่มีสังคมนอกบ้าน และต้องใช้ชีวิตด้วยความรีบเร่ง ทำให้ต้องบริโภคอาหารสำเร็จรูป หรืออาหารจานด่วน (วนิดา ราชมี, 2557) สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2553) พบว่า 2 ใน 3 ของบุคคลกลุ่มนี้บริโภคอาหารจานด่วนหรือซื้ออาหารปรุงสำเร็จ และนอกจากนี้วัยรุ่นอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาสุขภาพปากและฟัน ซึ่งมีผลต่อการทำงานของการเคี้ยวอาหาร โดยการเคี้ยวอาหารจะทำให้ลำบากรับประทาน จึงส่งผลต่อการเลือกชนิดอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงอาหารที่เคี้ยวยากจำพวกเส้นใย จึงมักเลือกบริโภคอาหารที่มีลักษณะนุ่ม เคี้ยวง่าย ได้แก่ อาหารจำพวกพวกแป้ง น้ำตาล อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงหรืออาหารที่มีไขมันสูงเพิ่มขึ้น (จินตนา สุวิทวัส, 2554; วรรณวิมล เมฆวิมล, 2555) ประกอบกับผู้สูงอายุมักมีความคุ้นชินกับพฤติกรรมบริโภคตามนิสัยเดิมที่มีมาตั้งแต่เด็กทำให้ไม่ได้คำนึงถึงความเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ (กฤติน ชุมแก้ว, 2557) จึงกลายเป็นพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม

จากการศึกษาของ ศิริมา มิตรเกษม (2548) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมบริโภคอาหารเฉพาะโรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .19, p < .01$) ซึ่งผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปญญาภรณ์ ลาคุณ, นภาพร มัชฌิมานุกร และ อนันต์ มาลารัตน์ (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 400 ราย พบว่า อายุที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ วารุณี สันป่าแก้ว (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของวัยรุ่นเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของวัยรุ่นเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวบ่งชี้ว่า อายุน่าจะมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

เพศ

เพศ เป็นปัจจัยเงื่อนไขส่วนบุคคลที่สามารถสนับสนุนหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Meleis, 2010) โดยเพศหญิงและเพศชายจะมีความคิด ทักษะที่แตกต่างกัน และสถานะทางสังคมก็จะเป็นตัวกำหนดบทบาททางเพศที่แตกต่างกัน ซึ่งพฤติกรรมบริโภคอาหาร ที่ถูกต้องและเหมาะสมเป็นผลลัพธ์ของความเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ (วารุณี สันป่าแก้ว, 2557) จากการศึกษานวนิตย์ จันทรชุ่ม (2556) พบว่า เพศหญิงจะมีความสนใจที่จะดูแลสุขภาพร่างกาย และเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายมากกว่าเพศชายที่ยังขาดการเอาใจใส่ด้านสุขภาพ ไม่สนใจในการเลือกบริโภคอาหาร และการศึกษาของ พิมพีใจ สิงคราช (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ สูงถึงร้อยละ 82.09 แต่ในเพศชาย มีเพียงร้อยละ 17.91 ที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

ทำให้เห็นได้ว่าเพศหญิงน่าจะมีพฤติกรรมบริโภคที่ดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐกฤตา นันทะสิน (2558) เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ในเพศหญิงจะมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความใส่ใจในเรื่องของอาหารที่จะบริโภคเข้าสู่ร่างกายเพื่อให้เกิดประโยชน์แล้วส่งผลต่อสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า เพศหญิงมักเป็นผู้เลือกซื้ออาหารให้กับคนในครอบครัวทำให้สามารถเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของตนเองมากกว่าด้วย (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, 2550) ดังการศึกษาของ ประภาส ขำมาก (2558) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 138 คน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($p = .02$)

อย่างไรก็ตามในทางตรงข้าม จากการศึกษาของ รสรินทร์ แก้วตา (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี จำนวน 400 ราย พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปญญาภรณ์ ลาตุณ และคณะ (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 400 ราย พบว่า เพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ สุวรรณมา เจริญนุท และคณะ (2555) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรเขตภาษีเจริญ จำนวน 406 คน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากการศึกษาพบว่า ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านเพศกับพฤติกรรมการบริโภคนั้นยังคงแตกต่างกัน จึงน่าจะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีซ้ำในการศึกษาครั้งนี

การรับรู้ความเจ็บป่วย

การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นการให้ความหมายของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไขส่วนบุคคลตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) โดยการเรียนรู้ความเจ็บป่วยจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล มักจะแปรผันตามประสบการณ์เดิมที่บุคคลมีอยู่ บางคนมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งการเรียนรู้ที่ถูกต้องนั้นจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Broadbent et al., 2006) ทำให้บุคคลเข้าใจการเจ็บป่วยมากขึ้น มีความเข้าใจถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

จากการศึกษาของ มณีรัตน์ ภาครูป และคณะ (2550) ที่ศึกษาถึงสาเหตุและผลกระทบของความอ้วนและการจัดการกับความอ้วนตามการรับรู้ของผู้ใหญ่ที่มีภาวะอ้วนในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงสาเหตุของความอ้วนว่าเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม แต่กลุ่มตัวอย่างไม่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเรื่อง

การลดอาหาร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการลดอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ซึ่งการรับรู้ไม่ถูกต้องจะมีผลทำให้เกิดความล้มเหลวของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วย จากการศึกษาของ ผาสุก มั่นคง (2557) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 197 ราย พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ($r = .52, p < .01$) นั่นคือผู้ป่วยที่มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมดีจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่รวมถึงพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่าหากบุคคลมีการรับรู้ความเจ็บป่วยอย่างถูกต้องจะทำให้บุคคลมีความตระหนักในการดูแลตนเองและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นตามการรับรู้การเจ็บป่วย ซึ่งถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้ลดการเกิดกลุ่มอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีมีการรับรู้ความเจ็บป่วยอย่างถูกต้องก็จะมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี

อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี เป็นปัจจัยเงื่อนไขส่วนบุคคลตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ เมลิส (Meleis, 2010) โดยร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีจะมีปัญหาเกี่ยวกับอาการไม่สบายจากระบบย่อยอาหาร (Jaunoo et al., 2010) จากการศึกษาของ Keus et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 6 เดือน ร้อยละ 35.5 จะมีปัญหาเกี่ยวกับร่างกาย โดยผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีจะบ่นว่าไม่มีความสุขสบายในช่องท้อง เช่น อาการปวดบิดท้อง อาการท้องเสีย ส่งผลให้อ่อนเพลีย และทำให้เกิดความยุ่งยากในการบริโภคอาหาร ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการกลับไปทำงานของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Masoumi et al. (2015) ที่ศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการอาหารไม่ย่อย ในผู้ที่มีกลุ่มอาการอาหารไม่ย่อย จำนวน 397 ราย พบว่า กลุ่มอาการอาหารไม่ย่อยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหาร และยังพบว่า ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง จะทำให้เกิดอาการที่ผิดปกติเกี่ยวกับการย่อยอาหาร ได้แก่ อาการท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง อาการท้องเสีย (Jessri & Rashidkhani, 2015) ซึ่งจะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Tamhankar et al., 2010) และอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ (Draper, 2013) ที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (El-Sereg & Talley, 2003; Mahadeva, Yadav, Rampa, & Goh, 2010) ซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีถึงการเกิดอาการและการรบกวนของอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีจะแตกต่างกันตามการรับรู้ของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีเป็นอาการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดี ซึ่งวิถีชีวิตของประชากรไทยที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากวิถีที่เร่งรีบ รวมทั้งเวลาสำหรับบริโภคอาหารด้วย ปัจจุบันประชากรไทยจึงนิยมบริโภคอาหารจานด่วน อาหารตะวันตก หรืออาหารสำเร็จรูปมากขึ้น (เครือมาศ มีเกษม, 2554) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาอาการก่อนการผ่าตัด และอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในระยะหลังผ่าตัดไปแล้ว 1 เดือน เพื่อทราบถึงอาการที่เกิดขึ้น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีกับพฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดี

ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค

ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค เป็นปัจจัยเงื่อนไขส่วนบุคคล ระดับความรู้และทักษะ (Preparation and knowledge) โดยบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจจะสามารถพัฒนาตนให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะสุขภาพที่ดีได้อย่างสมบูรณ์ การขาดความรู้จะเป็นการยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน ส่งผลทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่ดี (Meleis, 2010)

การบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดีจะแตกต่างจากภาวะปกติ ซึ่งในผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสมมีความสำคัญอย่างมากในผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี เนื่องจากการบริโภคอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะบริโภคอาหารแตกต่างจากปกติ ดังนั้นข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงมีความจำเป็น เพราะความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ใช้ความคิด พิจารณา เพื่อประกอบการตัดสินใจที่จะเลือกบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จากการศึกษาของ ศิริมา มิตรเกษม (2548) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคร่วมกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .24, p < .01$) และการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 198 ราย พบว่า ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันสูง ($r = .37, p < .01$) ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค จะทำให้ผู้ป่วยตระหนัก และพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของตนให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ การศึกษาของ กฤษภาพร แสงทรัพย์ (2556) ที่ศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 330 ราย พบว่า ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($r = .17, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Suhonen et al.

(2005) พบว่า ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด ถ้าได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า การมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรค จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่การมีพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีได้อย่างเหมาะสม ดังเช่นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวข้างต้น ซึ่งจะทำให้บุคคลผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีมีความเข้าใจในสิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยน และเป็นพื้นฐานในการมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสม นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรคกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

การป้องกันไม่ให้เกิดอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังตัดถุงน้ำดีทำได้โดยต้องมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสมภายหลังตัดถุงน้ำดี แต่เนื่องจากพฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานาน ผู้ป่วยจะเกิดความเคยชินกับรสชาติอาหารและชนิดของอาหารตามวิถีแบบเดิม อาจทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นไปได้ยาก ซึ่งพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสมภายหลังตัดถุงน้ำดี ถือเป็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่าน จากการทบทวนวรรณกรรม มีปัจจัยที่จะส่งเสริมหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ เพศ ซึ่งจะบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายที่อาจมีผลต่อความเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ อายุ จะเป็นตัวกำหนดประสบการณ์ ความสามารถในการจัดการ และการตัดสินใจของบุคคลในการเลือกบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับสถานะสุขภาพตนเอง การรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคให้เหมาะสมและถูกต้องได้ อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีถึงการเกิดอาการและการรบกวนของอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ซึ่งอาจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีได้ นอกจากนี้การมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรค จะเป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลได้ใช้ความคิด พิจารณา เพื่อประกอบการตัดสินใจที่จะเลือกบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานะสุขภาพของตนเอง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี และความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรค กับพฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ ซึ่งถ้าพยาบาลสามารถประเมินถึงปัจจัยเหล่านี้ก็จะสามารถออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลได้และสามารถนำไปพัฒนาการดูแล การให้คำแนะนำในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlation descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับพฤติกรรมการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดี (Cholecystectomy) แบบส่องกล้องหรือผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ แผนกศัลยกรรม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องหรือผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ แผนกศัลยกรรม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีประวัติเป็นโรคกระเพาะอาหารหรือโรคที่เกี่ยวกับลำไส้
3. ไม่มีประวัติเป็นมะเร็งทุกระบบ
4. สามารถพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) สำหรับการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นสองทาง (Two-tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพล .30 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจการทดสอบ .80 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร, 2553) ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 ราย

หลังจากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ได้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง และผ่าตัดหน้าท้องในปี 2558 ในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

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

ตารางที่ 1 การกำหนดขนาดตัวอย่าง

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด ถุงน้ำดี ปี 2558 (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลชลบุรี	306	45
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	249	37
รวม	555	82

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี ที่มารับการรักษา ณ แผนกศัลยกรรม ในโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างจากประชากร โดยใช้การกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2550) ซึ่งใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยในทุกรายที่มีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด (82 ราย)

สถานที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้การศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่แผนกศัลยกรรม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยโรงพยาบาลดังกล่าวมีมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางด้านระบบทางเดินอาหาร และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลสุขภาพ ซึ่งในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับลักษณะการผ่าตัดที่จะได้รับการบริการโภชนาการภายหลังได้รับการผ่าตัดแล้ว ส่วนในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำ

เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมภายหลังได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดี การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และผู้ป่วยจะได้รับการทบทวนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมอีกครั้งในวันที่มาพบแพทย์ตามนัดเมื่อครบ 2 สัปดาห์ภายหลังได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดี ซึ่งทั้ง 2 โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้คำแนะนำที่เหมือนกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ 1) วันที่ได้รับการผ่าตัด 2) อายุ 3) เพศ 4) น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 5) สถานภาพสมรส 6) ระดับการศึกษา 7) อาชีพ 8) รายได้ของครอบครัว 9) ความเพียงพอของรายได้ 10) ประวัติโรคร่วม 11) ผู้ดูแลเกี่ยวกับอาหาร 12) เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 13) อาการก่อนได้รับการตัดถุงน้ำดี 14) ระยะเวลาที่เริ่มกลับไปบริโภคอาหารแบบปกติ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมข้อความในช่องว่าง ซึ่งผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

2. แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย ใช้ประเมินการรับรู้และการให้ความหมายในผู้ป่วยทั้งโรคเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งแบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นจากต้นฉบับเดิมของ Weinman et al. ปี ค.ศ. 1996 โดย Moss-Morris et al. (2002) ซึ่งทำการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ โดย ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่ สาเหตุของการเจ็บป่วย อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้ส่วน การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยเพียงส่วนเดียว

Moss-Morris et al. (2002) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นในแต่ละส่วนของเครื่องมือโดยศึกษาในผู้ป่วย 8 โรค ได้แก่ โรคหอบหืด 86 คน เบาหวาน 73 คน ข้ออักเสบ 76 คน ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง 63 คน ผู้ป่วยที่มีความปวดแบบเฉียบพลัน 35 คน กล้ามเนื้อหัวใจตาย 47 คน ปอดประสาทอักเสบ 170 คน และเอดส์ 161 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 711 ราย พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ดังนี้ อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เท่ากับ 0.75 การรับรู้เกี่ยวกับช่วงเวลาของการเจ็บป่วย เท่ากับ 0.89 การรับรู้เกี่ยวกับวงจรของการเจ็บป่วย เท่ากับ 0.79 การรับรู้ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย เท่ากับ 0.84 การควบคุมอาการด้วยตนเอง เท่ากับ 0.81 การควบคุมอาการด้วยการรักษา เท่ากับ 0.80 ความเข้าใจเกี่ยวกับเจ็บป่วย เท่ากับ 0.87 และการรับรู้ด้านอารมณ์ เท่ากับ 0.88

ต่อมา ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์ (2551) ได้นำไปทดสอบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 180 ราย พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ดังนี้ การสอบถามอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เท่ากับ 0.71 การรับรู้เกี่ยวกับช่วงเวลาของการเจ็บป่วย เท่ากับ 0.80 การรับรู้เกี่ยวกับวงจรของการเจ็บป่วย เท่ากับ 0.66 การรับรู้ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย เท่ากับ 0.78 การควบคุมอาการด้วยตนเอง เท่ากับ 0.76 การควบคุมอาการด้วยการรักษา เท่ากับ 0.79 ความเข้าใจเกี่ยวกับเจ็บป่วย เท่ากับ 0.85 และการรับรู้ด้านอารมณ์ ได้เท่ากับ 0.86

วิราวรรณ จันทมูล (2551) ได้นำแบบสอบถามไปใช้ในผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จำนวน 197 ราย พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .81 และ โสภา หมู่ศิริ (2556) ได้นำแบบสอบถามไปใช้ในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน จำนวน 100 ราย พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .70 และ Saleema, Panpakdee, Arpanantikul, and Chai-Aroon (2016) ได้นำแบบสอบถามไปใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 402 ราย พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .71

โดยในส่วนของ การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ซึ่งในต้นฉบับเดิมมีข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ แต่หลังจากที่ ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์ (2551) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างผลกระทบต่อชีวิตจากความเจ็บป่วย (Affect my illness) และผลที่ตามมาหลังจากเกิดความเจ็บป่วย (Affect on outcome of my illness) จึงตัดข้อผลที่ตามมาหลังจากเกิดความเจ็บป่วยออกไป ทำให้เหลือข้อคำถาม 37 ข้อ เป็นคำถามด้านลบ 13 ข้อ (ข้อ 1, 4, 8, 12-14, 16-17, 19-21, 27 และ 35) และคำถามด้านบวก 24 ข้อ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้จะมีการวิเคราะห์เป็นรายด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับช่วงเวลาของการเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง (Timeline acute/ chronic) จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1-5 และ 18) มีคะแนนโดยรวมในช่วง 6-30 คะแนน ซึ่งผู้ที่มีคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้จะคงอยู่กับตนเองอย่างถาวรมากกว่าชั่วคราว

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับวงจรของการเจ็บป่วย (Timeline cyclical) จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 29-32) มีคะแนนโดยรวมในช่วง 4-20 คะแนน ซึ่งผู้ที่มีคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้จะหมุนเวียนกันไปมีทั้งดีขึ้นและแย่ลง

2.3 การรับรู้ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการเจ็บป่วย (Consequences) จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 6-11) มีคะแนนโดยรวมในช่วง 6-30 คะแนน ซึ่งผู้ที่มีระดับคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อชีวิตอย่างมาก

2.4 การรับรู้ด้านการควบคุมอาการ ประกอบด้วย การควบคุมอาการด้วยตนเอง (Personal control) จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 12-17) มีคะแนนโดยรวมในช่วง 6-30 คะแนน และการควบคุมอาการด้วยการรักษา (Treatment control) จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 19-23) มีคะแนนโดยรวมในช่วง 5-25 คะแนน ซึ่งผู้ที่มีคะแนนที่สูงทั้ง 2 ด้าน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถกระทำการใด ๆ ที่จะป็นประโยชน์ต่อการเจ็บป่วยได้เลย รวมทั้งการรักษาที่ได้รับไม่มีประสิทธิภาพพอที่จะทำให้การเจ็บป่วยครั้งนี้หายขาดได้

2.5 ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย (Illness coherence) จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 24-28) มีคะแนนโดยรวมในช่วง 5-25 คะแนน ซึ่งผู้ที่มีระดับคะแนนสูง หมายถึง ไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

2.6 การรับรู้ด้านอารมณ์ (Emotional representation) จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 33-37) มีคะแนนโดยรวมในช่วง 5-25 คะแนน ซึ่งผู้ที่มีระดับคะแนนสูง หมายถึง ผลของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองของอารมณ์ด้านลบ

ลักษณะของคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ ที่มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ไม่เห็นด้วย = 2 ไม่แน่ใจ = 3 เห็นด้วย = 4 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5

การคิดคะแนนและการแปลผล นำคะแนน โดยรวมของการรับรู้ความเจ็บป่วย ซึ่งอยู่ในช่วง 37-185 คะแนน นำมากำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ซึ่ง Saleema et al. (2016) ได้นำแบบสอบถามฉบับภาษาไทยที่แปลโดย ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) มากำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

37 - 86.3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยประเมินว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อตนเองระดับน้อย

86.4 - 136.7 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยประเมินว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อตนเองระดับปานกลาง

135.8 - 185 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยประเมินว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อตนเองระดับสูง

3. แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคในผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี เป็นข้อคำถามความเข้าใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีถึงประเภทของอาหารที่ควรบริโภคหรือควรหลีกเลี่ยง ปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารในแต่ละวัน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มี 3 คำตอบให้เลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้ ตอบคำถามถูก ให้ 1 คะแนน ตอบคำถามผิดหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งคะแนน นำคะแนนโดยรวมของความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค ซึ่งอยู่ในช่วง 0-16 คะแนน นำมากำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนจะพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ได้แก่ ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับน้อย ดังนี้

คะแนน 13-16 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีมีระดับความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับดี

คะแนน 10-12 คะแนน (ร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 0-9 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับน้อย

4. แบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีถึงการเกิดอาการและการรบกวนของอาการภายหลังได้รับการผ่าตัดไปแล้ว 1 เดือน ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้มีข้อคำถามปลายปิดเกี่ยวกับอาการภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ 1) อาการด้านร่างกาย จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ปวดท้องส่วนบน ปวดท้องส่วนล่าง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น 2) อาการด้านจิตใจ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ รู้สึกวิตกกังวล และรู้สึกไร้ค่า และมึนงง และมีคำถามปลายเปิดอีก 2 ข้อคำถาม โดยให้ตอบเกี่ยวกับอาการอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมา ลักษณะของคำตอบ จะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดี

คะแนน 1 หมายถึง มีอาการภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดีแต่รู้สึกว่าไม่เป็นปัญหาการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน

คะแนน 2 หมายถึง มีอาการภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดีและรู้สึกว่าปัญหาการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันบ้างเล็กน้อย

คะแนน 3 หมายถึง มีอาการภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดีและรู้สึกว่าปัญหาการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันปานกลาง

คะแนน 4 หมายถึง มีอาการภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดีและรู้สึกว่าปัญหาการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมาก

การแปลผลคะแนน โดยรวมคะแนนแต่ละข้อของการรับรู้อาการและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ ถ้ามีคะแนนรวมสูง หมายถึงผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบรับรู้ถึงการเกิดอาการภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดี และอาการนั้นรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมาก และถ้ามีคะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบรับรู้ถึงการเกิดอาการภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดี และอาการนั้นรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันน้อย

5. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดี เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีเกี่ยวกับการบริโภคอาหารทั้งประเภทของอาหาร ปริมาณ และความถี่ในการบริโภคอาหารในแต่ละวัน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ เป็นคำถามด้านลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-4, 7-10, 13, 14, 16 และเป็นคำถามด้านบวกจำนวน 7 ข้อ

ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดี ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	มีพฤติกรรมบริโภคอาหารนั้นทุกครั้ง/ ทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	มีพฤติกรรมบริโภคอาหารนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	มีพฤติกรรมบริโภคอาหารนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	มีพฤติกรรมบริโภคอาหารนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารนั้นเลย

ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ดังต่อไปนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก	ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน 4 คะแนน	ให้คะแนน 0 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน 3 คะแนน	ให้คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน 1 คะแนน	ให้คะแนน 3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 0 คะแนน	ให้คะแนน 4 คะแนน

การคิดคะแนนและเกณฑ์การประเมินระดับพฤติกรรม นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกัน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-68 คะแนน จะพิจารณาแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดีถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับไม่ดี มีพฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดีถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดีถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับดี โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประคอง กรรมสูตร, 2542) ดังนี้

- คะแนนช่วง 45.6-68 หมายถึง มีพฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดีถูกต้อง
เหมาะสมอยู่ในระดับดี
- คะแนนช่วง 22.8-45.5 หมายถึง มีพฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดีถูกต้อง
เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนช่วง 0-22.7 หมายถึง มีพฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดีถูกต้อง
เหมาะสมอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยประเมินคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรคในผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี โดยผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรคในผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโภชนาการและโรกระบบทางเดินน้ำดี	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโภชนาการ	2	ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเกี่ยวกับโรกระบบทางเดินน้ำดี	1	ท่าน
นักโภชนาการที่เชี่ยวชาญด้านการกำหนดอาหารเฉพาะโรค	1	ท่าน

สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบแบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรกระบบทางเดินอาหาร	2	ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลศัลยกรรม	2	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม	1	ท่าน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ที่มีสูตรการคำนวณ คือ นำจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน

มีความเห็นสอดคล้องกันในระดับ 3 และ 4 หาดด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553)

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรคในผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .94 และแบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วย ถุงน้ำดีอักเสบ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .94 พร้อมทั้งนำข้อเสนอแนะที่ได้มาพิจารณา และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้าน โครงสร้างเนื้อหา และความเหมาะสมของการใช้ภาษาก่อน นำไปทดลองใช้

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยทำการหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ที่ได้รับการ ตัดถุงน้ำดี แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรคในผู้ที่ ได้รับการตัดถุงน้ำดี และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคภายหลัง ได้รับการตัดถุงน้ำดีมาวิเคราะห์ ความเชื่อมั่น ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ แบบสอบถามการ รับรู้ความเจ็บป่วย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ ดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วย ถุงน้ำดีอักเสบ ได้ค่าความเที่ยง .79 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย ได้ค่าความเที่ยง .89 และ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี ได้ค่าความเที่ยง .78 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 82 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค โดยแบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ ได้ค่าความเที่ยง .79 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย ได้ค่าความเที่ยง .91 และแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี ได้ค่าความเที่ยง .79

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรคในผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี ผู้วิจัยนำ แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรคในผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ ได้รับการตัดถุงน้ำดี ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มา คำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเที่ยง .77 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของ เครื่องมือด้วยวิธีของ KR-20 ได้ค่าความเที่ยง .78

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามลำดับต่อไปนี้

1. นำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 05-05-2559

2. หลังจากผ่านการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยได้นำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชลบุรี รหัสจริยธรรมการวิจัย 87/59/O/q และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ตามหนังสือราชการเลขที่ 14/2559 ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเลือกตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากกรวิจัย สามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ป่วย นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง และจากนั้นข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้นและตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานเรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการรวบรวมข้อมูล และดำเนินการด้วยตนเอง โดยดำเนินการศึกษากับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดี ที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ซึ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีแต่ละราย จะแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1.2 หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการ โดยนำหนังสือจากคณะดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชลบุรี และ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 เมื่อได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในแต่ละโรงพยาบาลในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และขั้นตอนการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมในแต่ละวัน โดยสอบถามจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีที่มีคุณสมบัติตรงตามคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ครั้งได้แก่ ในวันที่แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ และเมื่อครบ 1 เดือนภายหลังได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ณ แผนกศัลยกรรม ในวันที่แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้

2.2.1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีในวันที่แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยผู้วิจัยเข้าไป แนะนำตัวเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย และชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงให้ลงรายชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐานในใบยินยอม

2.2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในส่วนของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย เก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที สำหรับแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลในข้อที่ 14 ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในขณะที่เก็บข้อมูลครั้งที่ 2

2.2.3 ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย

2.2.4 หลังจากนั้นผู้วิจัยขอเบอร์โทรศัพท์กลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับนัดหมายเวลาเพื่อการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป และมอบเอกสารแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีแบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ และแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคในผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี ซึ่งเป็นเอกสารชุดใหม่ให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับบ้านเพื่อ

ใช้เป็นเอกสารประกอบในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์ จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่ 2 เมื่อครบ 1 เดือนภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ตามช่วงเวลาที่นัดหมายกับผู้ป่วย

2.2.5 ผู้วิจัยโทรศัพท์หากกลุ่มตัวอย่างก่อนวันนัด 1 วัน เพื่อยืนยันวันเวลาที่นัดหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.6 ผู้วิจัยโทรศัพท์หากกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาที่นัดหมาย เพื่อสอบถามข้อมูลของแบบสัมภาษณ์ เรียงลำดับจากแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคในผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี แบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี โดยผู้วิจัยเป็นผู้บอกชื่อชุดแบบสัมภาษณ์ และหมายเลขของแบบสัมภาษณ์ทีละข้อ เรียงลำดับตามแบบสัมภาษณ์ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างอ่านแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเองตามหมายเลขข้อคำถามที่ผู้วิจัยบอก และให้กลุ่มตัวอย่างบอกคำตอบแก่ผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยใส่ข้อมูลคำตอบของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสัมภาษณ์ชุดใหม่ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้สำหรับการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ทีละข้อทันทีที่ได้รับคำตอบจากกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจในข้อคำถาม ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และถ้าในขณะสัมภาษณ์หากผู้ป่วยมีอาการปวดท้องหรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์และนัดหมายกับผู้ป่วยใหม่ในครั้งต่อไป ซึ่งการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที

2.2.7 เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นแล้ว ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างภายหลังการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและตอบข้อซักถามของผู้ป่วย พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 82 ราย ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค และพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี ด้วยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficients)
4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) ซึ่งมีเงื่อนไขการใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) คือ
 - 4.1 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม เป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง มีค่าในมาตรวัดช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา
 - 4.2 ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร มีลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้น
 - 4.3 กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่พอ
 - 4.4 กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มจากประชากร (Random selection)
 - 4.5 ข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อยหนึ่งตัวมีการกระจายเป็นแบบปกติ (Normal distribution)

โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร (Burns & Grove, 2013) ดังนี้

ระดับความสัมพันธ์ 0.1 ถึง 0.3 แสดงถึงการมีระดับความสัมพันธ์ต่ำ

ระดับความสัมพันธ์ 0.3 ถึง 0.5 แสดงถึงการมีระดับความสัมพันธ์ปานกลาง

ระดับความสัมพันธ์ สูงกว่า 0.5 แสดงถึงการมีระดับความสัมพันธ์สูง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องหรือผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ แผนกศัลยกรรม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวนทั้งหมด 82 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2559 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ และนำเสนอผลการวิจัยโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค และพฤติกรรมบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดี

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับ พฤติกรรมบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดี

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่ให้การดูแลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ระยะเวลาที่เริ่มกลับไปบริโภคอาหารเช่นเดิม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม
ลักษณะส่วนบุคคล ($n = 82$)

	ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	62	75.6
	ชาย	20	24.4
อายุ	20-30 ปี	15	18.3
	31-40 ปี	27	32.9
	41-50 ปี	16	19.5
	51-60 ปี	14	17.1
	60 ปี ขึ้นไป	10	12.2
Mean = 42.79, Median = 40, SD = 12.43, Min = 21, Max = 67			
สถานภาพสมรส	สมรส	53	64.6
	โสด	19	23.2
	หย่าร้าง/ หม้าย/ แยกกันอยู่	10	12.2
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	25	30.5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	10	12.2
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	15	18.3
	อนุปริญญา/ ปวส.	16	19.5
	ปริญญาตรี	12	14.6
	ปริญญาโท	4	4.9

ตารางที่ 2 (ต่อ)

	ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ			
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	14.6
	พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม/ บริษัทเอกชน	23	28
	รับจ้างทั่วไป	23	28
	ค้าขาย/ ประกอบธุรกิจส่วนตัว	12	14.6
	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	10	12.2
	เกษตรกร	2	2.4
รายได้เฉลี่ย			
	ไม่มีรายได้	12	14.6
	1 - 10,000 บาท	16	19.5
	10,001 - 20,000 บาท	37	45.1
	20,001 - 30,000 บาท	11	13.4
	30,001 บาท ขึ้นไป	6	7.3
Mean = 16,266.59, Median = 14,500, SD = 14,771.41, Min = 0, Max = 100,000			
ความพอเพียงของรายได้			
	เพียงพอเหลือเก็บ	34	41.5
	เพียงพอไม่เหลือเก็บ	23	28
	ไม่เพียงพอ	25	30.5
ดัชนีมวลกาย			
	น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (น้ำหนักน้อย)	5	6.1
	18.5 - 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (น้ำหนักปกติ)	21	25.6
	23 - 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ภาวะน้ำหนักเกิน)	16	19.5
	25 - 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (อ้วนระดับ 1)	25	30.5
	มากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (อ้วนระดับ 2)	15	18.3
Mean = 25.8, Median = 24.9, SD = 5.2, Min = 17.6, Max = 45.2			

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคคลที่ให้การดูแลเกี่ยวกับอาหารที่บริโภค		
ตนเอง	39	47.6
สามี/ ภรรยา	20	24.4
บิดา/ มารดา	15	18.3
บุตร	5	6.1
ญาติพี่น้อง	3	3.7
ระยะเวลาที่เริ่มกลับไปบริโภคอาหารเช่นเดิม		
1-7 วัน	47	57.3
8-14 วัน	27	32.9
15-21 วัน	6	7.3
22-30 วัน	2	2.4
Mean = 9.54, Median = 7, SD = 6.55, Min = 1, Max = 30		

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.6) อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 32.9) รองลงมาคือ 41-50 ปี (ร้อยละ 19.5) มีอายุเฉลี่ย 42.79 ปี ($SD = 12.43$) มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน (ร้อยละ 68.3) โดยส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนระดับ 1 (ค่าดัชนีมวลกาย = 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) (ร้อยละ 30.5) รองลงมาคือ ภาวะน้ำหนักเกิน (ค่าดัชนีมวลกาย = 23-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) (ร้อยละ 19.5) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.6) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 30.5) รองลงมาคือ อนุปริญญา/ ปวส. (ร้อยละ 19.5) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 28) และพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม/ บริษัทเอกชน (ร้อยละ 28) รองลงมาคือ ค้าขาย/ ประกอบธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 14.6) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 45.1) รองลงมาคือ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1-10,000 บาท (ร้อยละ 19.5) และรายได้ที่มีเพียงพอเหลือเก็บ (ร้อยละ 41.5) รองลงมาคือ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 30.5) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้จัดการเกี่ยวกับอาหารที่บริโภคด้วยตนเอง (ร้อยละ 47.5) รองลงมาเป็นสามี/ ภรรยา (ร้อยละ 24.4) จัดการอาหารที่บริโภคให้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เริ่มกลับไปบริโภคอาหารเช่นเดิม 1-7 วัน (ร้อยละ 57.3) มีระยะเวลาเฉลี่ย 9.54 วัน ($SD = 6.55$)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเจ็บป่วย ($n = 82$)

ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	49	59.8
มี	33	40.2
โรคประจำตัว*		
โรคความดันโลหิตสูง	17	20.7
โรคไขมันในเลือดสูง	12	14.6
โรคเบาหวาน	11	13.4
โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ	5	6.1
โรคหอบหืด	4	4.9
โรคภูมิแพ้	1	1.2
อาการก่อนได้รับการตัดถุงน้ำดี		
มี	82	100
อาการ*		
ปวดท้องชายโครงขวาไปสะบัก	57	69.5
แน่น อึดอัดท้อง	42	51.2
ท้องอืด	33	40.2
อาเจียน	27	32.9
คลื่นไส้	24	29.3
มีไข้	23	28.1
จุกเสียดแน่นบริเวณลิ้นปี่	17	20.7
น้ำหนักลดลง	11	13.4
ปวดท้องด้านขวาไม่ร้าย	3	3.7
ท้องเสีย	2	2.4
ตัวเหลืองและตาเหลือง	2	2.4
คันตามผิวหนัง	1	1.2
เบื่ออาหาร	1	1.2

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของการผ่าตัด		
แบบส่องกล้อง	63	76.83
แบบผ่าตัดทางหน้าท้อง	19	23.17

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.8) และมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 40.2 ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20.7) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 14.6) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาการก่อนผ่าตัดถุงน้ำดี (ร้อยละ 100) โดยอาการที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดท้องชายโครงขวาร้าวไปสะบัก (ร้อยละ 69.5) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (ร้อยละ 76.83)

ส่วนที่ 2 อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี

จากการติดตามอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 1 เดือน เพื่อประเมินการรับรู้อาการและการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ โดยจำแนกอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีออกเป็น 2 ด้าน คือ อาการทางด้านร่างกาย และอาการทางด้านจิตใจ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดี 1 เดือน จำแนกตามอาการและการรับรู้อาการและการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของ
อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ($n = 82$)

อาการ	ไม่มีอาการ		มีอาการ		การรับรู้การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน					
					เล็กน้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โดยรวม (Mean = 2.91, SD = 2.54, Min = 1 อาการ, Max = 5 อาการ)	19	23.2	63	76.8	-	-	-	-	-	-
ด้านร่างกาย (Mean = 2.39, SD = 1.98)										
-ท้องอืด	47	57.32	35	42.68	17	20.73	18	21.95	-	-
-แน่น อึดอัดท้อง	48	58.54	34	41.46	21	25.61	12	14.63	1	1.22
-ปวดท้องส่วนบน	59	72	23	28	16	19.51	7	8.54	-	-
-ท้องเสีย	70	85.37	12	14.63	9	10.98	3	3.66	-	-
-ความอยากอาหารลดลง	70	85.37	12	14.63	8	9.76	4	4.88	-	-
-น้ำหนักลดลง	71	86.59	11	13.41	10	12.22	1	1.22	-	-
-แสบร้อนทรวงอก	74	90.24	8	9.76	6	7.32	2	2.44	-	-
-ปวดท้องส่วนล่าง	77	93.90	5	6.10	3	3.66	2	2.44	-	-

ตารางที่ 4 (ต่อ)

อาการ	ไม่มีอาการ		มีอาการ		การรับรู้การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน					
					เล็กน้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
-อ่อนล้า/ ไม่มีแรง	80	97.56	2	2.44	2	2.44	-	-	-	-
-การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป	81	98.78	1	1.22	1	1.22	-	-	-	-
-เรอเปรี้ยว	81	98.78	1	1.22	-	-	1	1.22	-	-
-คลื่นไส้	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-อาเจียน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ด้านจิตใจ (Mean = 0.52, SD = 0.96)										
-รู้สึกวิตกกังวล	61	74.39	21	25.61	15	18.29	6	7.32	-	-
-รู้สึกรำคาญ	71	86.59	11	13.41	7	8.54	3	3.66	1	1.22

*ผู้ป่วยแต่ละคนที่มีอาการ มีอาการมากกว่า 1 อาการ

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังตัดถุงน้ำดี 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.8 ยังคงมีอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี โดยแต่ละคนมีอาการไม่เท่ากัน เฉลี่ยคนละ 1-5 อาการ โดยอาการด้านร่างกายที่พบมากที่สุด คือ อาการท้องอืด (ร้อยละ 42.68) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง (ร้อยละ 21.95) และรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 20.73) รองลงมาคือ อาการแน่น อึดอัดท้อง (ร้อยละ 41.46) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 25.61) และรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง (ร้อยละ 14.63) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันด้านร่างกายโดยรวม เท่ากับ 2.39 ($SD = 2.54$) ส่วนอาการทางด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25.61 รู้สึกวิตกกังวล และร้อยละ 13.41 รู้สึกรำคาญ ซึ่งทั้ง 2 อาการนั้นกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 18.29 และร้อยละ 8.54 ตามลำดับ) และรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง (ร้อยละ 7.32 และร้อยละ 3.66 ตามลำดับ) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันด้านจิตใจโดยรวม เท่ากับ 0.52 ($SD = 0.96$)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค และพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค และพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี จำแนกตามพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี จำแนกตามเพศ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีจำแนกตามคะแนนโดยรวม และพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีจำแนกตามเพศ ($n = 82$)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
การรับรู้ความเจ็บป่วย	37-185	60-125	91.3	14.90
ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค	0-16	8-16	14.09	1.9
พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี	0-64	26-58	48.76	8.74
เพศ				
หญิง	0-64	28-58	52.12	6.34
ชาย	0-64	26-58	45.71	9.28

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวม เท่ากับ 91.3 ($SD = 14.90$) คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีโดยรวม เท่ากับ 14.09 ($SD = 1.9$) คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีโดยรวม เท่ากับ 48.76 ($SD = 8.91$) โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีโดยรวม เท่ากับ 52.12 ($SD = 6.34$) และเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีโดยรวม เท่ากับ 45.71 ($SD = 9.28$)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ของ อายุ เพศ อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี โดยทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี โดยใช้สถิติ Point-biserial correlation แต่เนื่องจากตัวแปรด้านเพศนั้นเป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal scales) ในการวิเคราะห์สถิติ Point-biserial correlation ต้องปรับตัวแปรในระดับนาม

บัญญัติเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) ในการศึกษานี้กำหนดให้เพศหญิง มีค่าเท่ากับ 0 และเพศชาย มีค่าเท่ากับ 1 แล้วจึงนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์

สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) (ภาคผนวก จ) ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ อายุ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค เป็นตัวแปรระดับอันดับ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี เป็นตัวแปรระดับอันดับ

2. กลุ่มตัวอย่างได้จากวิธีการสุ่มจากประชากร

3. ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า อายุ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค และพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี มีการกระจายเป็นปกติ

4. ทำการทดสอบความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง (Test for linearity) และทำการทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) โดย Scatter plot พบว่า กราฟของอายุ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีมีลักษณะเป็น Linearity และ Homoscedasticity

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัด
 ถุงน้ำดี ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับพฤติกรรมบริโภคร่างกายหลังตัดถุงน้ำดี ($n = 82$)

ตัวแปร	พฤติกรรมบริโภคร่างกายหลังตัดถุงน้ำดี
อายุ	$r = .43^{**}$
เพศ	$r_{pb} = .34^{**}$
การรับรู้ความเจ็บป่วย	$r = .27^*$
อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี	$r = -.6^{**}$
ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค	$r = .41^{**}$

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

r_{pb} = Point biserial correlation

r = Pearson's product moment correlation

จากตารางที่ 6 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมบริโภคร่างกายหลังตัดถุงน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p < .01$) หมายความว่า อายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมบริโภคร่างกายหลังตัดถุงน้ำดีที่ดี

เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมบริโภคร่างกายหลังตัดถุงน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .34, p < .01$)

การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมบริโภคร่างกายหลังตัดถุงน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .05$) หมายความว่า หากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเจ็บป่วยว่าจะเกิดผลกระทบด้านลบต่อตนเองจะสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมบริโภคร่างกายหลังตัดถุงน้ำดีที่ดี

อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับพฤติกรรมบริโภคร่างกายหลังตัดถุงน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.6, p < .01$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมบริโภคร่างกายหลังตัดถุงน้ำดีที่ดีจะมีอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีน้อย

ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมบริโภคร่างกายหลังตัดถุงน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41, p < .01$) หมายความว่า ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคในระดับดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคร่างกายหลังตัดถุงน้ำดีในระดับดี

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับ พฤติกรรม บริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมเลียส (Meleis, 2010) มาเป็น กรอบแนวคิดในการอธิบายความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่ ได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องหรือผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ แผนก ศัลยกรรม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาล ชลบุรี และ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวนทั้งหมด 82 คน คัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการกำหนดระยะเวลา เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย 3) แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค 4) แบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี และ 5) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัด ถุงน้ำดี ซึ่งแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ .78 แบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี แบบสอบถามการรับรู้ ความเจ็บป่วย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79, .91 และ .79 ตามลำดับ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยให้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในส่วนของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย ในวันที่แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ และครั้งที่ 2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในวันที่ครบ 1 เดือนภายหลังตัดถุงน้ำดี ซึ่งผู้วิจัยสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค แบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัด ถุงน้ำดี และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม สำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation coefficients) และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

1.1 จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 42.79 ปี ($SD = 12.43$) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 32.9) รองลงมาคือ 41-50 ปี (ร้อยละ 19.5) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.6) มีภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วน (ร้อยละ 68.3) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้จัดการเกี่ยวกับอาหารที่บริโภคด้วยตนเอง (ร้อยละ 47.5) รองลงมาเป็นสามี/ ภรรยา (ร้อยละ 24.4) จัดการอาหารที่บริโภคให้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เริ่มกลับไปบริโภคอาหารเช่นเดิม 1-7 วัน (ร้อยละ 57.3) มีระยะเวลาเฉลี่ย 9.54 วัน ($SD = 6.55$)

1.2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาการก่อนผ่าตัดตัดถุงน้ำดี (ร้อยละ 100) โดยอาการที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดท้องชายโครงขวาไว้ไปสะบัก (ร้อยละ 69.5) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (ร้อยละ 76.83)

2. การรับรู้ถึงการเกิดอาการและการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ พบว่า ภายหลังตัดถุงน้ำดี 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.8 ยังคงมีอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี โดยอาการด้านร่างกายที่พบมากที่สุด คือ อาการท้องอืด (ร้อยละ 42.68) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง (ร้อยละ 21.95) และรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 20.73) รองลงมาคือ อาการแน่น อึดอัดท้อง (ร้อยละ 41.46) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 25.61) และรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง (ร้อยละ 14.63) ส่วนอาการทางด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25.61 รู้สึกวิตกกังวล และร้อยละ 13.41 รู้สึกรำคาญ ซึ่งทั้ง 2 อาการนั้นกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 18.29 และร้อยละ 8.54 ตามลำดับ) และรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง (ร้อยละ 7.32 และร้อยละ 3.66 ตามลำดับ)

4. คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวม เท่ากับ 91.3 ($SD = 14.90$) คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีโดยรวม เท่ากับ 14.09 ($SD = 1.9$) คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีโดยรวม เท่ากับ 48.76 ($SD = 8.91$) โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีดีกว่าเพศชาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 52.12 ($SD = 6.34$) และ 45.71 ($SD = 9.28$) ตามลำดับ

5. อายุ เพศ ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43$, $r_{rb} = .34$, และ $r = .41$, $p < .01$ ตามลำดับ)

6. การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27$, $p < .05$)

7. อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.6$, $p < .01$)

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ผู้ป่วยนี้วในถุงน้ำดีจะเป็นผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2550; พินิจ กุลละวณิช, 2551; พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554; สหธรรม สมินทรปัญญา, 2552; Almadovar, 2013; Gill & Gurmanpreet, 2016; Hoffman, 2013; Jessri & Rashidkhani, 2015; Pradhan et al., 2009; Shaffer, 2006; Stinton & Shaffer, 2012; Tuvayanon, Toskulkaio, Asdornwised, & Akaraviputh, 2011) ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มีผลในการเพิ่มการผลิตโคเลสเตอรอลและลดการผลิตน้ำดีทำให้น้ำดีที่หลั่งออกมาจากตับขาดความสมดุล มีโคเลสเตอรอลที่มีความเข้มข้นสูงเกิดการตกตะกอนได้ง่าย (Debruyne et al., 2012) นอกจากนี้เพศหญิงมีระบบการเผาผลาญในร่างกายน้อยกว่าเพศชายร้อยละ 5-10 ส่งผลให้มีไขมันสะสมในร่างกายมากกว่า (Stewart, 2014) ในวัยผู้ใหญ่จึงพบว่า เพศหญิงมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าเพศชาย (Tuvayanon et al., 2011) ด้วยเหตุดังกล่าวเพศหญิงจึงมีความเสี่ยงที่จะเป็นนี้วในถุงน้ำดีได้มากกว่าเพศชาย และทำให้เกิดการอักเสบ จึงนำมาสู่การผ่าตัดตัดถุงน้ำดีในเวลาต่อมา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 30.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Pradhan et al. (2009) ที่พบว่า ช่วงอายุที่พบผู้ป่วยที่มีนี้วในถุงน้ำดีมากที่สุด คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 32.5) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gill and Gurmanpreet (2016) ที่พบว่า ช่วงอายุที่พบผู้ป่วยที่มีนี้วในถุงน้ำดีมากที่สุด คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 32) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในวัยทำงานที่ต้องใช้ชีวิตเร่งรีบ จึงอาจไม่พิถีพิถันในการเลือกบริโภคอาหาร จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2550 ถึง 2553 พบว่า คนวัยทำงานมีการบริโภคอาหารจานด่วนหรือซื้ออาหารปรุงสำเร็จเพิ่มขึ้นจาก 1 ใน 3 คน เป็น 2 ใน 3 คน (สำนักงานสถิติ

แห่งชาติ, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ เครือมาศ มีเกษม (2554) ที่พบว่า คนในวัยทำงานมี พฤติกรรมบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป ด้วยวิถีชีวิตที่เร่งรีบในสังคมเมือง ทำให้คนกลุ่มนี้นิยม บริโภคอาหารจานด่วน หรืออาหารสำเร็จรูปมากขึ้น ซึ่งอาหารเหล่านี้เป็นอาหารที่มีไขมันและให้ พลังงานสูง จึงเป็นสาเหตุให้คนในวัยนี้เป็นโรคนิวในถุงน้ำดีได้มากขึ้น (Pitchumoni, 2010) นอกจากนี้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 18.3 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี แสดงให้ เห็นว่าอุบัติการณ์การเกิดนิวในถุงน้ำดีมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มประชากรที่อายุน้อย สอดคล้อง กับการศึกษาของ Gill and Gurmanpreet (2016) ที่พบว่า ร้อยละ 4 ของผู้ที่มีนิวในถุงน้ำดี มีอายุ ระหว่าง 11-20 ปี และร้อยละ 14 ของผู้ที่มีนิวในถุงน้ำดี มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ซึ่งเมื่อมีนิวเกิดขึ้น จะทำให้เกิดการอักเสบ และนำมาสู่การตัดถุงน้ำดีตั้งแต่อายุยังน้อย ซึ่งในกลุ่มที่อายุน้อยนี้เป็นกลุ่ม ที่ต้องการพลังงานและสารอาหารอื่นๆค่อนข้างสูง (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2559) ภายหลังได้รับการ ตัดถุงน้ำดีไปแล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องมีการควบคุมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ครอบคลุมทั้ง ประเภท ปริมาณ และความถี่ในการบริโภคอาหาร ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตและ ภาวะสุขภาพได้

2. อาการของผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบก่อนการตัดถุงน้ำดี การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการ ภายหลังตัดถุงน้ำดี 1 เดือน ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค และพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี ในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

2.1 อาการของผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบก่อนการตัดถุงน้ำดี

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีอาการก่อนผ่าตัดถุงน้ำดี โดยอาการที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดท้องชายโครงขวาไปสะบัก (ร้อยละ 69.5) ซึ่งอาการนี้มี สาเหตุมาจากนิวในถุงน้ำดีที่เคลื่อนตัวมาอุดตันที่ท่อซีสติก และมีการกั่งของน้ำดี ทำให้แรงดัน ภายในถุงน้ำดีสูงขึ้น จนเกิดการขยายตัวของถุงน้ำดี ส่งผลให้เยื่อถุงน้ำดีอ่อนแอ ร่วมกับน้ำดีที่ เข้มข้นสูงทำให้เกิดการระคายเคืองและทำลายผนังของถุงน้ำดี จึงเกิดการอักเสบและบวมของ ถุงน้ำดี จึงทำให้เกิดอาการปวดท้องใต้ชายโครงขวาได้ (Abraham et al., 2014; Ko & Lee, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gharde et al. (2013) ที่พบว่า อาการขณะที่มีถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่ พบมากที่สุดคือ อาการปวดท้องใต้ชายโครงขวา (ร้อยละ 52) นอกจากนี้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51.2 มีอาการแน่น อึดอัดท้อง ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า นิวที่เกิดขึ้นในถุงน้ำดีไป อุดตันที่ท่อซีสติก ทำให้น้ำดีไหลไปยังลำไส้ไม่สะดวก จึงทำให้การย่อยไขมันไม่มีประสิทธิภาพ จึงเกิดอาการแน่น อึดอัดท้อง อาการท้องอืดได้ (ไตรจักร ชันดู, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาที่ ผ่านมา ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันมีอาการท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง (Gharde et al., 2013; Mehrvarz et al., 2010; Mertens et al., 2009)

2.2 การรับรู้ความเจ็บป่วย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองว่า การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตตนเองในระดับปานกลาง (Mean = 91.3, SD = 14.90) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ทุกราย (ร้อยละ 100) มีประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยอาการ อุจจาระผิดปกติ หลังการได้รับการรักษาอาการอุจจาระผิดปกติด้วยยาปฏิชีวนะแล้ว ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลว่า การผ่าตัดตัดอุจจาระเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและอาการต่างๆที่เคยเกิดจะหายเป็นปกติ และมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีระดับการศึกษาสูง ได้ศึกษาทางอินเทอร์เน็ตว่า ภายหลังจากตัดอุจจาระจะหายเป็นปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้จะคงอยู่กับตัวเองชั่วคราวมากกว่าถาวร และการรักษาที่ได้รับมีประสิทธิภาพมากพอที่จะทำให้อาการและการเจ็บป่วยครั้งนี้หายขาดได้ นอกจากนี้ขณะที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล เพื่อเตรียมผ่าตัด แพทย์และพยาบาลได้ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารภายหลังตัดอุจจาระว่า จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค เพื่อป้องกันอาการไม่สบายและภาวะแทรกซ้อนภายหลังตัดอุจจาระที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังตัดอุจจาระนั้น ผู้ป่วยสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง และถ้าควบคุมพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ได้ ผู้ป่วยรู้ว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจะหมุนเวียนกันไปมีทั้งดีขึ้นและแย่ลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80.6 อยู่ในวัยทำงาน ถ้าต้องทำงานนอกบ้านจะทำให้เกิดความยุ่งยากในการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานาน ผู้ป่วยจะมีความเคยชินกับรสชาติอาหาร และชนิดของอาหารตามวิถีแบบเดิม (กฤติน ชุมแก้ว, 2557) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการบริโภคอาหารแบบเดิมจะเกิดผลกระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Katavic, Tanackovic, and Badurina (2016) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเจ็บป่วย

2.3 อาการภายหลังตัดอุจจาระ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากตัดอุจจาระไปแล้ว 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.8 ยังคงมีอาการภายหลังตัดอุจจาระ โดยแต่ละคนมีอาการไม่เท่ากัน เฉลี่ยคนละ 1-5 อาการ โดยอาการด้านร่างกายที่พบมากที่สุด คือ อาการท้องอืด (ร้อยละ 42.68) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง (ร้อยละ 21.95) และรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 20.73) รองลงมาคือ อาการแน่น อึดอัดท้อง (ร้อยละ 41.46) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 25.61) และรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง (ร้อยละ 14.63) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมี

ค่าเฉลี่ยการรับรู้การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันด้านร่างกายโดยรวม เท่ากับ 2.91 ($SD = 2.54$) ส่วนอาการทางด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25.61 รู้สึกวิตกกังวล และร้อยละ 13.41 รู้สึกรำคาญ ซึ่งทั้ง 2 อาการนั้นกลุ่มตัวอย่างรับรู้การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 18.29 และร้อยละ 8.54 ตามลำดับ) และรับรู้การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง (ร้อยละ 7.32 และร้อยละ 3.66 ตามลำดับ) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันด้านจิตใจโดยรวม เท่ากับ 0.52 ($SD = 0.96$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ภายหลังตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 6 สัปดาห์ อาการที่พบมากที่สุดคือ อาการท้องอืด และอาการแน่น อืดอืดท้อง (Mertens et al., 2009) ทั้งนี้ก็ปรายได้ว่า การที่ยังพบอาการเกี่ยวกับการย่อยอาหารผิดปกติภายหลังตัดถุงน้ำดี ได้แก่ อาการท้องอืด และอาการแน่น อืดอืดท้อง ใน 1 เดือนภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี เนื่องจาก ผู้ที่ถูกตัดถุงน้ำดีนั้นจะไม่มีแหล่งกักเก็บน้ำดีที่ทำให้น้ำดีเข้มข้น ส่งผลให้น้ำดีเจือจางตลอดเวลา น้ำดีที่ส่งไปยังลำไส้จึงย่อยไขมันไม่มีประสิทธิภาพ (Jensen, 2015)

นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลับไปบริโภคอาหารในลักษณะเดิมค่อนข้างเร็ว เฉลี่ย 9.54 วัน ($SD = 6.55$) ภายหลังผ่าตัดเท่านั้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมบริโภคเช่นเดิมหรือมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่สบายและความทุกข์ทรมานจากการย่อยอาหารที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น อาการท้องอืด อาการแน่น อืดอืดท้อง อาการท้องเสีย และอาการปวดท้อง (Jessri & Rashidkhani, 2015)

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี ใน 1-2 เดือนแรก ควรบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ ภายใตยสูง ลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ และเพิ่มจำนวนมื้ออาหาร (Yacoub, 2014) จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.8 ยังคงมีอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีมากกว่าการศึกษาที่ผ่านมาที่พบเพียงร้อยละ 40 (Jaunoo et al., 2010) และเมื่อต้องเผชิญกับอาการไม่สบายและความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับการย่อยอาหารทำให้ส่งผลต่อสภาพจิตใจ โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25.61 มีความรู้สึกวิตกกังวล และร้อยละ 13.41 รู้สึกรำคาญ และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีด้านจิตใจ เท่ากับ 0.52 ($SD = 0.96$) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกว่าอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ถ้าหากมีอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีทุกวันและเป็นเวลานาน จะทำให้รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน จนทำให้เกิดความไม่สบายทางด้านร่างกาย ส่งผลต่อภาวะสุขภาพในระยะยาวได้

2.4 ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค

ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีสามารถเลือกสรรอาหารที่ควรบริโภคหรือควรหลีกเลี่ยงได้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.09 ($SD = 1.9$) ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการเตรียมพร้อม โดยได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคภายหลังได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดี ซึ่งเป็นการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีของโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้งหมด โดยความรู้ดังกล่าวเป็นการให้คำแนะนำถึงประเภทของอาหารที่ควรบริโภคหรือควรหลีกเลี่ยง ปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารในแต่ละวัน และกลุ่มตัวอย่างยังได้รับการทบทวนความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคอีกครั้งจากแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนอกสัปดาห์ละครั้งในวันที่มาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์ภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี ด้วยเหตุซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาในระดับค่อนข้างสูงและสูง และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่ยังมีความกระตือรือร้น คล่องแคล่วในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตลอดเวลา อีกทั้งเป็นวัยที่ยังอยู่ในสังคมที่กว้างขวาง และโดยที่ปัจจุบัน สังคมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีที่มีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ใหญ่มีความสามารถใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นได้ดี (เดมทรีพพ์ จันเพชร, 2557) จากการสัมภาษณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดตัดถุงน้ำดีจากอินเทอร์เน็ต และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองกับคนอื่น ๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด และอาหารเฉพาะโรคภายหลังตัดถุงน้ำดีอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณารายด้านของความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคในด้านประเภทของอาหารที่ควรบริโภค หรือควรหลีกเลี่ยงในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ย 11.17 ($SD = 1.83$) คิดเป็นร้อยละ 85.92 แต่อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจผิดว่าภายหลังตัดถุงน้ำดีแล้วสามารถบริโภคอาหารได้ทุกชนิด ไม่จำกัด ร้อยละ 63.4 ทั้งนี้เนื่องจากบทความทางการแพทย์ที่เผยแพร่จะบอกว่า เมื่อตัดถุงน้ำดีไปแล้วอาการจะหายเป็นปกติ (สรราชย์ กาญจนลาภ, 2554) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าตนเองสามารถบริโภคอาหารได้ทุกชนิดเหมือนคนปกติ นอกจากนี้อีกร้อยละ 26.8 เข้าใจผิดว่าต้องบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง ซึ่งเป็นความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับอาหารที่ให้พลังงานสูงจะทำให้ฟื้นหายอย่างรวดเร็ว ประกอบกับอาหารเหล่านี้เป็นอาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภคอยู่ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเข้าใจผิดว่าสามารถบริโภคอาหารเหล่านี้ได้

2.5 พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 48.76, SD = 8.74$) ซึ่งผลลัพธ์ที่เป็นตัวชี้วัดของกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ผู้ป่วยสะท้อนออกมาให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ถูกต้องและเหมาะสมอยู่ในระดับดีนี้ อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 69.5) ซึ่งเมื่อได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประเภทของอาหารที่ควรบริโภคหรือควรหลีกเลี่ยง ปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารในแต่ละวันจากบุคลากรสาธารณสุข จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีความเข้าใจได้ดี และสามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสมในระดับดี สอดคล้องกับ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและความรู้จากแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ในระดับค่อนข้างสูงและสูง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกซื้ออาหารที่จะมาบริโภคได้อย่างเหมาะสมกับสถานะสุขภาพ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยถุงน้ำดีอีกเสบภายหลังตัดถุงน้ำดีได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยจึงมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารที่บ้าน ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีอยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณารายด้านของพฤติกรรมการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีด้านประเภทของอาหารที่ควรบริโภค หรือควรหลีกเลี่ยงในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ย 40.07 ($SD = 5.78$) คิดเป็นร้อยละ 71.55 แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วน โดยพบว่า ร้อยละ 69.51 บริโภคอาหารประเภทผัดหรือทอด ร้อยละ 48.78 บริโภคอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ ร้อยละ 47.56 บริโภคอาหารทะเล และร้อยละ 68.29 บริโภคขนมหวานหรืออาหารที่มีรสหวานจัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า 1-2 เดือนแรกภายหลังตัดถุงน้ำดี ควรบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ กากใยสูง พลังงานต่ำ (Yacoub, 2014) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานาน ผู้ป่วยจะมีความเคยชินกับรสชาติอาหาร และชนิดของอาหารตามวิถีแบบเดิม (กฤติน ชุมแก้ว, 2557) ประกอบกับอาหารเหล่านั้นเป็นอาหารที่มีจำหน่ายอยู่เป็นจำนวนมาก และหาซื้อได้ง่ายในชีวิตประจำวัน สะดวกรวดเร็ว จึงเป็นทางเลือกให้กลุ่มตัวอย่างเลือกบริโภคอาหารเหล่านั้น

ส่วนพฤติกรรมการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีด้านปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารในแต่ละวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีด้านปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารในแต่ละวันอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.17 ($SD = 7.07$) คิดเป็นร้อยละ 59.75 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีด้านปริมาณและความถี่

ในการบริโภคอาหารในแต่ละวัน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ คือ การเพิ่มมื้ออาหารเป็น 5-6 มื้อต่อวัน โดยพบว่า ร้อยละ 31.71 ของผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีไม่เคยเพิ่มมื้ออาหาร และร้อยละ 20.73 เพิ่มมื้ออาหาร 1-2 วันต่อสัปดาห์ และ ร้อยละ 24.39 เพิ่มมื้ออาหาร 3-4 วันต่อสัปดาห์ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม/บริษัทเอกชน (ร้อยละ 28) และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 28) ซึ่งมีเวลาในการพักบริโภคอาหารจำกัด ทำให้ตนเองไม่สามารถเพิ่มปริมาณมื้ออาหารในการบริโภคได้

ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

ผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .44, p < .01$) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ถูกต้องและเหมาะสมในระดับที่ดีขึ้น สามารถอธิบายภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) ที่กล่าวว่า อายุ เป็นปัจจัยเงื่อนไขส่วนบุคคล และเป็นตัวทำนายว่าการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น หรือกำลังจะเกิดขึ้นนั้นจะผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือมีความยากลำบาก ทั้งนี้เนื่องจากอายุจะเป็นตัวกำหนดคุณลักษณะ ประสิทธิภาพ ความสามารถในการจัดการและการตัดสินใจของบุคคล (วารุณี สันป่าแก้ว, 2557) ซึ่งการมีอายุที่มากขึ้นจะทำให้มีประสบการณ์ในการจัดการ และเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ จากการศึกษาของ ชีรวีร์ วราธรไพบูลย์ (2557) พบว่า ผู้บริโภคที่อายุมากขึ้นจะมีเหตุผลมากขึ้นในการเลือกบริโภคอาหาร โดยจะเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา มิตรเกษม (2548) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19, p < .01$) และการศึกษาของ สิริรัตน์ ติลาจรัส, จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์ และวรรณาสอนงเดช (2558) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Barak, Falahi, Keshteli, Yazdannik, and Esmailzadeh (2015) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีภาวะอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .34, p < .01$) โดยกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีเท่ากับ 52.12 ($SD = 6.34$) ขณะที่เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีเท่ากับ 45.71 ($SD = 9.28$) ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่าง

เพศหญิงมีพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีดีกว่าเพศชาย สามารถอธิบายภายใต้กรอบแนวคิด ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) ที่กล่าวว่า บุคคลจะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่าน หรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขส่วนบุคคลที่จะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น ซึ่งคือ เพศ ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงจะมีความสนใจที่จะดูแลสุขภาพร่างกาย และเลือกบริโภคอาหาร ที่มีประโยชน์ต่อร่างกายมากกว่าเพศชายซึ่งยังขาดการ ให้ความสนใจในด้านสุขภาพ ไม่สนใจในการเลือก บริโภคอาหาร (นวนิตย์ จันทร์ชุ่ม, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐกฤตา นันทะสิน (2558) ที่พบว่า เพศหญิงจะมีความสนใจที่จะดูแลสุขภาพร่างกาย และเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ ต่อร่างกายมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ด้วยเหตุที่บทบาทผู้หญิงมักเป็นผู้เลือกซื้ออาหารให้กับคนใน ครอบครัวทำให้สามารถเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของตนเองมากกว่าด้วย (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, 2550) จึงทำให้เพศหญิงมีพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีดีกว่าเพศชาย

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัด ถุงน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .05$) ซึ่งหมายถึง หากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความ เจ็บป่วยว่าจะเกิดผลกระทบด้านลบต่อตนเองก็จะมีสัมพันธ์กับการพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัด ถุงน้ำดีในระดับที่ดี จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยน ผ่าน (Meleis, 2010) ที่กล่าวว่า การประเมินตัดสินใจการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นว่ามีผลกระทบต่อชีวิต ตนเองในด้านบวก ด้านลบ หรือเป็นกลางๆ จะขึ้นอยู่กับทำให้ความหมายของบุคคล ซึ่งคือ การรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยเงื่อนไขส่วนบุคคลที่จะมีส่วนในการตัดสินใจปรับเปลี่ยน พฤติกรรมให้เข้ากับสภาวะสุขภาพใหม่ได้อย่างสมบูรณ์ สอดคล้องกับ Broadbent et al. (2006) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยจะแปรผันตามประสบการณ์เดิมที่บุคคลรับรู้ โดยจะเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมสุขภาพที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัสราวลัย ศีตีสาร (2556) ที่พบว่า การรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้ผู้ป่วย มีการดูแลตนเองโดยปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (Life style) ที่เหมาะสม เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข และสอดคล้องกับการศึกษาของ ผาสุก มั่นคง (2557) ที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .52, p < .01$)

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี พบว่า อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี 1 เดือนมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับพฤติกรรมบริโภค ภายหลังตัดถุงน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.6, p < .01$) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม

บริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีถูกต้องและเหมาะสมจะมีการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการ ภายหลังตัดถุงน้ำดีน้อย ทั้งนี้ก็ปรายได้ว่า ในผู้ที่ถูกตัดถุงน้ำดีนั้นจะไม่มีแหล่งกักเก็บน้ำดีที่ทำให้ น้ำดีเข้มข้น ส่งผลให้น้ำดีเจือจางตลอดเวลา น้ำดีที่ส่งไปยังลำไส้จึงย่อยไขมันไม่มีประสิทธิภาพ (Jensen, 2015) ดังนั้นหากผู้ป่วยบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะภายหลังตัดถุงน้ำดี เช่น บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการเกี่ยวกับการย่อยอาหาร เช่น อาการ ท้องอืด อาการแน่น อึดอัดท้อง (Jessri & Rashidkhani, 2015) ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ คือ การบริโภค อาหารประเภทผัดหรือทอด โดยร้อยละ 4.88 มีการบริโภคอาหารประเภทผัดหรือทอดทุกวัน ร้อยละ 14.63 บริโภคอาหาร 5-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 21.95 บริโภคอาหาร 3-4 วันต่อสัปดาห์ และ ร้อยละ 28.05 บริโภคอาหาร 1-2 วันต่อสัปดาห์ จึงทำให้ภายหลังตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.8 มีอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดอาการ ภายหลังตัดถุงน้ำดีมากกว่าการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบเพียงร้อยละ 40 (Jaunoo et al., 2010) ซึ่งจากการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 1-2 เดือนแรก ควรบริโภค อาหารที่มีไขมันต่ำ พลังงานต่ำ กากใยสูง ลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ และเพิ่มจำนวนมื้ออาหาร (Yacoub, 2014) จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการกลับไปบริโภคอาหาร เช่นเดิมค่อนข้างเร็ว และยังมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ยังมีพฤติกรรมบริโภคไม่ถูกต้องและเหมาะสม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับการย่อยอาหารที่ไม่มีประสิทธิภาพ

การรับรู้ถึงการเกิดอาการและการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการภายหลังตัด ถุงน้ำดีเป็นเงื่อนไขส่วนบุคคลตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) ที่จะช่วยสนับสนุนหรือ ขยับยั้งการเปลี่ยนผ่านไปสู่การมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mehrvarz et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีที่มี พฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้เกิดกลุ่มอาการผิดปกติที่เกี่ยวกับการย่อยอาหาร และ การศึกษาของ Masoumi et al. (2015) ที่พบว่า ผู้ที่มีกลุ่มอาการอาหารไม่ย่อยมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมบริโภคอาหารในแต่ละวัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Khodarahmi and Azadbakht (2016) พบว่า ผู้ที่มีกลุ่มอาการอาหารไม่ย่อย เช่น อาการท้องอืด อาการปวดท้องส่วนบน อาการ แสบร้อนทรวงอก มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ถ้ามีพฤติกรรมบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ถูกต้องและเหมาะสมก็จะไม่เกิดอาการ ภายหลังตัดถุงน้ำดี

การศึกษาคั้งนี้ยังพบว่า ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับ ปานกลางกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41, p < .01$)

หมายถึง ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีที่มีความรู้ ความเข้าใจถึงประเภทของอาหารที่ควรบริโภคหรือควรหลีกเลี่ยง ปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารในแต่ละวันเป็นอย่างดี จะมีพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ถูกต้องและเหมาะสมในระดับที่ดีตามไปด้วย อธิบายได้ว่า สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีได้คือ ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารภายหลังตัดถุงน้ำดีได้อย่างสมบูรณ์ สอดคล้องกับคำกล่าวของเมลิส (Meleis, 2010) ที่ว่า การเตรียมความพร้อมและความรู้ที่ดี เป็นวิธีที่จะจัดการกับสถานการณ์เปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นให้ดำเนินไปด้วยดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) พบว่า ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .37, p < .01$) และการศึกษาของ มะลิวรรณ สง่าลี (2550) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร จากผลการวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหาร หากผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคที่ครอบคลุมทั้งประเภทของอาหารที่ควรบริโภคหรือควรหลีกเลี่ยง ปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารในแต่ละวันเป็นอย่างดี ก็จะทำให้พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีดีขึ้น

ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐาน และกรอบแนวคิดการวิจัย กล่าวคือ อายุ เพศ การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี และความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบในระยะ 1 เดือนแรก ดังนั้น หากต้องการให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคแบบเดิมไปสู่การมีพฤติกรรมบริโภคแบบใหม่ ที่ถูกต้องและเหมาะสม จะต้องมีการประเมินหรือมีการเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีจะกลับไปดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารต่อที่บ้าน ด้วยการประเมินเพศ อายุ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคภายหลังตัดถุงน้ำดีนอกจากนี้พยาบาลควรมีการติดตามอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ถูกต้อง ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเอง และนำไปสู่พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีที่ถูกต้องและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาล หรือทีมสุขภาพควรคำนึงถึงเพศ อายุ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

1.2 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี ร้อยละ 76.8 ยังคงมีอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี เช่น อาการท้องอืด และอาการแน่น อึดอัดท้อง และยังไม่มีความสุขสบายก่อนข้างมาก ดังนั้นแพทย์และพยาบาลควรคำนึงและติดตามอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี เพื่อให้คำแนะนำในการจัดการกับอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ

1.3 พยาบาล หรือทีมสุขภาพ ต้องมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรคภายหลังตัดถุงน้ำดี แล้วส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยภายหลังตัดถุงน้ำดีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวปฏิบัติ โดยกำหนดนโยบายให้พยาบาลมีการจัด โปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยเน้นในเรื่องปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารในแต่ละวัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดการเกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนภายหลังตัดถุงน้ำดีได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญ สำหรับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมบริโภคในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดี เพื่อให้ทราบถึงความสามารถในการทำนายของปัจจัยต่างๆต่อพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

2. การศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาในช่วงเวลา 1 เดือนภายหลังได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดี อาจยังไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีทั้งหมดได้ เนื่องจากอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีสามารถพบได้ยาวนานจนถึงตลอดชีวิต ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาดูตามผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีในระยะยาวยิ่งขึ้น เช่น 3 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อให้ทราบถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดีทั้งหมดได้

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2550). *โรคอ้วนลงพุง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *โครงการสำรวจกิจกรรมทางกายระดับชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. แผ่นพับ.
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ถุงน้ำดีอักเสบ*. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผ่นพับ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *การทดสอบสมรรถภาพทางกายและการออกกำลังกาย: สำหรับประชาชนและชมรมสร้างสุขภาพ*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *จำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 75 โรค จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขที่ราชอาณาจักร*. เข้าถึงได้จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/BaseStat/tables /00000_Whole%20Kingdom/in-45-54.xls
- กฤษภพร แสงทรัพย์. (2556). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กฤติน ชุมแก้ว. (2557). *ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา*. *วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม)*, 35, 16-29.
- เกรือมาศ มีเกษม. (2554). *การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของบุคคลวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- จันทนา อึ้งชูศักดิ์. (2555). *น้ำตาล สุขภาพ และการจัดการด้านการบริโภคที่เหมาะสม*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- จิตติพร วิชิตธงไชย. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด และหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 27(4), 340-6.
- จินตนา สุวิทวัส. (2554). *ภาวะโภชนาการและบริโภคโลหิตของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ในแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ*. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 22-30.

- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จิตาภัทร์ รัตนนิธิพงศ์. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากร้านอาหารหาบเร่แผงลอยบนถนนสีลมของผู้บริโภคกลุ่มวัยทำงาน. สารนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการตลาด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ณัฐกานต์ นันทะสิน. (2558). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคและความภักดีต่ออาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารกระแสวัฒนธรรม*, 16(29), 1-16.
- ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก. (2552). พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวแผนกผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 24, 286-91.
- เดิมทรัพย์ จั่นเพชร. (2557). การพัฒนาตนเองของผู้ใหญ่. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(1), 17-23.
- ไตรจักร ชันคู. (2555). นิ้วในอุ้งน้ำดี. ใน อานนท์ โชติรสนิรมิต (บรรณาธิการ), *HBP Surgery* (หน้า 89-94). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โทษะสิษฐ์ อธิกะวะ. (2558). จัดการคอเลสเตอรอลให้อยู่หมัด (จิตตวิทย์ มโนสุจริตธรรม, แปล). กรุงเทพฯ: อินสปายร์.
- ธีรวิทย์ วราธรไพบูลย์. (2557). พฤติกรรมการบริโภค อาหารนิยมบริโภคกับอาหารเพื่อสุขภาพ. *วารสารปัญญาภิวัฒน์*, 5(2), 255-264.
- นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2548). การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาล ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นนทลี เผ่าสวัสดิ์. (2557). Gallstone and gallstone-related disease. ใน สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, ทวีศักดิ์ แทนวันดี และสถาพร มานัสสถิต (บรรณาธิการ), *Clinical practice in gastroenterology* (3rd ed.) (หน้า 250-260). กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- นวนิตย์ จันทรชุ่ม. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาอาหารและโภชนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. *KKU Research Journal of Humanities and Social Sciences*, 16(6), 749-758.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปฐญาภรณ์ ลาดูน, นภาพร มัชฌมางกูร และ อนันต์ มลารัตน์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 18(3), 160-169.
- ปทุม จงอ่อนกลาง. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประไพศรี สิริจักรวาล. (2552). *คู่มือธงโภชนาการ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ประภาส ขำมาก. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2(3), 74-91.
- ผาสุก มั่นคง. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2554). *โรคของตับ ถุงน้ำดี ท่อน้ำดี และตับอ่อน*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.
- พัฒนพงศ์ นาวิเจริญ. (2550). *นิ่วในถุงน้ำดี (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: คลินิกสุขภาพ.
- พินิจ กุลละวณิชย์. (2551). *108 กระบวนวิธี หลีกหนีโรคในช่องท้อง*. ฉะเชิงเทรา: ดับเบิลเอ ปรีน เอ็กเพรส.
- พิมพ์ใจ สิงคราช. (2557). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาธุรกิจเกษตร, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ภัทรพร บุรพกุลศศรี. (2549). การดูแลรักษาน้ำในถุงน้ำดีด้วยวิธีไม่ผ่าตัด. ใน *สุเทพ กลชาญวิทย์ (บรรณาธิการ), โรคทางเดินอาหารและการรักษา 3* (หน้า 74-89). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัสราวลัย ศีตีสาร. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 9(2), 120-136.
- มณีนรัตน์ ภาครูป, รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์ และรัชนีวรรณ รอส. (2550). สาเหตุและผลของความอ้วน: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาในผู้ใหญ่มีภาวะอ้วนในจังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 15(4), 37-49.
- มยุรี ปัญญาธิม. (2551). ผลของการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มะลิวรรณ สง่าลี. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนอาหารต่อความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และตัวแปรทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รสรินทร์ แก้วตา. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนิดา ราชมณี. (2557). ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. รายงานการวิจัย.
- วิศรา ตูยานนท์. (2553). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายออกจากห้องพักรักษาตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วคินี สมศิริ. (2554). ผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 3(3). 33-46.
- วารุณี สันป่าแก้ว. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21, 186-204.
- วิภาวรรณ อะสงค์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิราวรรณ จันทมูล. (2551). ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2551). การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริมา มิตรเกษม. (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2550). การจัดการและพฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพฯ : ซีระฟิล์มและไซเท็กซ์.
- สรรัชต์ กาญจนลาภ. (2554). นวัตกรรมระบบทางเดินน้ำดี. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 64(1), 39-45.
- สหธรรม สมิทรปัญญา. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อความยากในการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง. *ลำปางเวชสาร*, 30(3), 131-137.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส, จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์ และวรรณนา สนองเดช. (2558). การรับประทานอาหารการออกกำลังกาย และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ของคนไทยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำแนกโดยเพศ อายุ และระดับการศึกษา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(2), 56-70.

- สิริลักษณ์ วินิจชัย. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยพฤติกรรมกรรมการรับประทาน
อาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์,
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุบิน สุนันต์๊ะ. (2551). *พฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษา อำเภอฝาง จังหวัด
เชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2559). *อยากสุขภาพดี ต้องมี 3อ สำหรับวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิหมอ
ชาวบ้าน.
- สุวรรณา เขียงขุนทด, ชนิตา มัททวงกูร, กุลธิดา จันทร์เจริญ, เนตร หงษ์ไกรเลิศ, นารี รมย์นุกูล,
ฐิติมา อุดมศรี และ สมหญิง เหง้ามูล. (2555). *รายงานการวิจัยความรู้และพฤติกรรมการ
บริโภคอาหารของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม.
- โสภา หมู่ศิริ. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน
ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์,
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักงานประกันสังคม [สปส.]. (2556). *สปส. เผย 10 โรคร้าย จ่ายค่ารักษาแพงสุด*. เข้าถึง
ได้จาก <http://www.hfocus.org/content/2013/07/3980>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร
ของประชากร พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2556*.
กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2550). *ชุดความรู้สถิติ*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อรุณลดา นางแย้ม. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง*. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(3), 84-96.

- Abraham, S., Rivero, H. G., Erlikh, I. V., Griffith, L. F., & Kondamudi, V. K. (2014). Surgical and nonsurgical management of gallstones. *American Family Physician, 89*(10), 795-802.
- Afdhal, H. N. (2014). *Epidemiology of and risk factors for gallstones*. Retrieved from <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-and-risk-factors-for-gallstones>
- Almadovar, G. (2013). *The 4 f's of gallbladder disease*. Retrieved from <https://www.floridahospital.com/blog/4-fs-gallbladder-disease>
- Ata, N., Kucukazman, M., Yavuz, B., Bulus, H., Dal, K., Ertugrul, D. T., Yalcin, A. A., Polat, M., Varol, N., Akin, K. O., Karabag, A., & Nazligul, Y. (2011). Gallstone disease and the metabolic syndrome. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology, 25*(5), 274-276.
- Banim, P. J., Luben, R. N., Wareham, N. J., Sharp, S. J., Khaw, K. T., & Hart, A. R. (2010). Physical activity reduces the risk of symptomatic gallstones: A prospective cohort study. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology, 22*(8), 983-988.
- Barak, O., Elazary, R., Appelbaum, L., Rivkind, A., & Almogy, G. (2009). Conservative treatment for acute cholecystitis: Clinical and radiographic predictors of failure. *The Israel Medical Association journal, 11*, 739-743.
- Barak, F., Falahi, E., Keshteli, A. H., Yazdannik, A., & Esmailzadeh, A. (2015). Adherence to the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet in relation to obesity among Iranian female nurses. *Public Health Nutrition, 18*(4), 705-712.
- Bellows, C. F., Berger, D. H., & Crass, R. A. (2005). Management of gallstone. *American Family Physician, 72*, 637-642.
- Bloom, B. S. (1968). Learning of mastery. *Evaluation Comment, 1*(2), 29-62.
- Borade, G. (2011). *Diet after gallbladder removal*. Retrieved from <http://www.buzzle.com>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 631-637.
- Burns, N. & Grove, S. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed.). St. Louis: W. B. Saunders.
- Campanile, F. C., Pisano, N., Coccolini, F., Catena, F., Agresta, F., & Ansaloni, L. (2014). Acute cholecystitis: WSES position statement. *World Journal of Emergency Surgery, 9*, 1-6.

- Ciaula, A. D., Wang, D. Q., Bonfrate, L., & Portincasa, P. (2013). Current views on genetics and epigenetics of cholesterol gallstone disease. *Hindawi Publishing Corporation, 2013*, 1-10.
- Corr, P. (2012). Sonography of gangrenous cholecystitis. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock, 5*(1), 82-83.
- Cortes, V., Amigo, L., Zanlungo, S., Galgani, J., Robledo, F., Arrese, M., Bozinovic, F., & Nervi, F. (2015). Metabolic effects of cholecystectomy: Gallbladder ablation increases basal metabolic rate through g-protein coupled bile acid receptor gpbar1-dependent mechanisms in mice. *PLOS One, 10*(3), 1-15.
- Cuevas, A., Miquel, J. F., Reyes, M. S., Zanlungo, S., & Nervi, F. (2004). Diet as a risk factor for cholesterol gallstone disease. *The Journal of the American College of Nutrition, 23*, 187-196.
- Cutler, N. (2014). *The importance of bile flow and liver health*. Retrieved from <http://www.liversupport.com/the-importance-of-bile-flow-and-liver-health>
- Debruyne, L. K., Pinna, K., & Whitney, E. (2012). *Nutrition & Diet Therapy* (8th ed.). Belmont: Wadsworth.
- Down, S. K., Nolic, M., Abdulkarim, H., Skelton, N., Harris, A. N., & Koak, Y. (2010). Low ninety-day re-admission rates after emergency and elective laparoscopic cholecystectomy in a district general hospital. *The Annals of the Royal College of Surgeons of England, 92*, 307-310.
- Draper, R. (2013). *Gastrointestinal malabsorption*. Retrieved from <http://m.patient.media/pdf/2183.pdf?v=635967771248347925>
- Dudek, S. G. (2010). *Nutrition Essentials of Nursing Practice*. (7th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- El-Sereg, H. B., & Talley, N. J. (2003). Systematic review: Health-related quality of life in functional dyspepsia. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 18*, 387-393.
- Elwood, D. R. (2008). Cholecystitis. *Surgical Clinics of North America, 88*(6), 1241-1252.
- Evans, A. (2014). *Gallstones diet sheet*. Retrieved from <http://patient.info/health/gallstones-diet-Sheet>

- Everhart, E., & Ruhl, J. E. (2011). Gallstone disease is associated with increased mortality in the united states. *The American Journal of Gastroenterology*, *140*(2), 508-516.
- Gaby, A. R. (2009). Nutritional approaches to prevention and treatment of gallstones. *Alternative Medicine Review*, *14*(3), 258-267.
- Gharde, P., Muntode, P., Wagh, D., Swarnkar, M., Gode, D. S., Yeola, M., Meghe, R., & Taneja, Y. (2013). A study of abdominal symptoms and their outcome after cholecystectomy: Original article. *The Internet Journal of Surgery*, *30*(3), 1-5.
- Gill, H. S., & Gurmanpreet, G. (2016). Epidemiology of gallstone disease: A prospective study of 50 cases. *Scholars Academic Journal of Biosciences*, *4*(6), 502-506.
- Girometti, G., Brondani, G., Cereser, L., Como, G., Pin, M. D., Bazzocchi, M., & Zuliani, C. (2010). Post-cholecystectomy syndrome: Spectrum of biliary findings at magnetic resonance cholangiopancreatography. *The British Journal of Radiology*, *83*(2010), 351-361.
- Gomes, R. M., Mehta, N. T., Varik, V., & Doctor, N. H. (2013). No 72-hour pathological boundary for safe early laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: A clinicopathological study. *Annals of Gastroenterology*, *26*(4), 340-345.
- Gul, R., Dar, R. A., Sheikh, R. A., Salroo, N. A., Matoo, A. R., & Wani, S. H. (2013). Comparison of early and delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: Experience from a single center. *The North American Journal of Medical Sciences*, *5*(7), 414-418.
- Halldestam, I., Kullman, E., & Borch, K. (2008). Defined indications for elective cholecystectomy for gallstone disease. *British Journal of Surgery*, *95*(5), 620-6.
- Harish, B. (2014). A cross sectional study on causes and risk factors of gallstone disease among patients with symptomatic cholelithiasis. *International Journal of Nursing Research and Practice*, *1*(1), 20-24.
- Hoffman, R. (2013). *Gallbladder disease*. Retrieved from <http://drhoffman.com/article/gallbladder-disease-2>
- Hope, W. W. (2015). *Open cholecystectomy*. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/1582261-overview>

- Huffman, J. L., & Schenker, S. (2010). Acute acalculous cholecystitis: A review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 8(1), 15-22.
- Ignatavicius, D. D. (2013). Care of patients with problems of the biliary system and pancreases. In D. D. Ignatavicius, & M. L. Workman (eds.), *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (7th ed.) (pp.1317-1357). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Jaunoo, S. S., Mohandas, S., & Almond, L. M. (2010). Postcholecystectomy syndrome (PCS). *International Journal of Surgery*, 8, 15-17.
- Jensen, S. W. (2015). *Postcholecystectomy syndrome*. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/192761-overview#a5>
- Jessri, M., & Rashidkhani, B. (2015). Dietary patterns and risk of gallbladder disease: A hospital-based case-control study in adult women. *The Journal of Health, Population and Nutrition*, 33(1), 39-49.
- Kaloo, A. N., & Kantsevov, S. V. (2001). Gallstones and biliary disease. *Informatics in Primary Care*, 28, 591-606.
- Katavic, S. S., Tanackovic, S. F., & Badurina, B. (2016). Illness perception and information behaviour of patients with rare chronic diseases. *Information Research*, 21(1), 1-5.
- Keulemans, Y. C., Venneman, N. G., Gouma, D. J., & Henegouwen, G. P. (2001). New strategies for the treatment of gallstone disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 236, 87-90.
- Keus, F., Vries, J. D., Gooszen, H. G., & Laarhoven, C. J. (2010). Assessing factors influencing return back to work after cholecystectomy: A qualitative research. *BMC Gastroenterology*, 10, 1-7.
- Khodarahmi, M., & Azadbakht, L. (2016). Dietary fat intake and functional dyspepsia. *Advanced Biomedical Research*, 5(76), 1-6.
- Kim, G. H., Lee, H. D., Kim, M., Kim, K., Jeong, Y., Hong, Y. J., Kang, E. S., Han, J. H., Choi, J. W., & Park, S. M. (2014). Fate of dyspeptic or colonic symptoms after laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 20(2), 253-260.
- Knott, L. (2013). *Gallstones and cholecystitis*. Retrieved from <http://patient.info/doctor/gallstones-and-cholecystitis>

- Ko, C. W., & Lee, S. P. (2009). Gallstones. In T. Yamada (Ed.), *Textbook of gastroenterology*, (5th ed.) (pp. 1952-1977). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Lapidus, A., Akerlund, J. E., & Einarsson, C. (2006). Gallbladder bile composition in patients with crohn's disease. *World Journal of Gastroenterology*, 12(1), 70-74.
- Lee, L. W. (2015). *List of foods to avoid for cholecystitis*. Retrieved from <http://www.livestrong.com/article/540661-list-of-foods-to-avoid-for-cholecystitis>
- Mahadeva, S., Yadav, H., Rampa, S., & Goh, K. L. (2010). Risk factors associated with dyspepsia in a rural asian population and its Impact on quality of life. *The American Journal of Gastroenterology*, 105, 904-912.
- Marcellin, L. (2010). *Gallbladder problems and diabetes*. Retrieved from <http://www.everydayhealth.com/gallbladder/gallbladder-problems-and-diabetes.aspx>
- Marschall, H. U., & Einarsson, C. (2007). Gallstone disease. *Journal of Internal Medicine*, 261, 529-542.
- Masoumi, S. J., Mehrabani, D., Moradi, F., Zare, N., Firouzi, M. F., & Mazloom, Z. (2015). The prevalence of dyspepsia symptoms and its correlation with the quality of life among Qashqai Turkish migrating nomads in fars province, Southern Iran. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(2), 325-330.
- Mehrvarz, S. H., Fanaei, S. A., & Ziaee, S. A. (2010). The role of laparoscopic cholecystectomy in alleviating gastrointestinal symptoms. *International Journal of Medicine and Medical Sciences*, 2(5), 153-157.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Mertens, M. C., Roukema, J. A., Scholtes, V. P. W., & Vries, J. (2010). Risk assessment in cholelithiasis: Is cholecystectomy always to be preferred. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 14, 1271-1279.
- Mertens, M. C., Roukema, J. A., Scholtes, V. P. W., & Vries, J. (2011). Trait anxiety predicts outcome 6 weeks after cholecystectomy a prospective follow-up study. *Annals of Behavioral Medicine Journal*, 41, 264-269.

- Mertens, M. C., Vries, J. D., Scholtes, V. P. W., Jansen, P., & Roukema, J. A. (2009). Prospective 6 weeks follow-up post-cholecystectomy: The predictive value of pre-operative symptoms. *Journal of Gastrointestinal Surgery, 13*, 304-311.
- Mestral, C. D., Laupacis, A., Rotstein, O. D., Hoch, J. S., Haas, B., Gomez, D., Zagorski, B., & Nathens, A. B. (2013). Early cholecystectomy for acute cholecystitis: A population based retrospective cohort study of variation in practice. *Canadian Medical Association Journal, 1(2)*. 62-67.
- Mills, J. C., Stappenbeck, T. S., & Bunnett, N. W. (2014). Gastrointestinal disease. In S. J. McPhee, & G. D. Hammer (Eds.), *Pathophysiology of disease: An introduction to clinical medicine* (7th ed.) (pp. 323-372). New York: McGraw-Hill Medical.
- Miura, M., Takada, T., Kawarada, Y., Nimura, Y., Wada, K., Hirota, M., Nagino, M., Tsuyuguchi, T., Mayumi, T., Yoshida, M., Strasberg, S. M., Pitt, H. A., Belghiti, J., Santibanes, E. D., Gadacz, T. R., Gouma, D. J., Fan, S. T., Chen, M. F., Padbury, R. T., Bornman, P. C., Kim, S. W., Liau, K. H., Belli, G., & Dervenis, C. (2007). Flowcharts for the diagnosis and treatment of acute cholangitis and cholecystitis: tokyo guidelines. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery, 14*, 27-34.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*(1), 1-16.
- Mudami, S. R., & Rajagopal, M. V. (2007). *Fundamentals of foods, nutrition and diet therapy* (6th ed.). New Delhi: New Age International.
- Nakeeb, A., Comuzzie, A. G., Martin, L., Sonnenberg, G. E., Swartz-Basile, D., Kissebah, A. H., & Pitt, H. A. (2002). Gallstones: Genetics versus environment. *Annals of Surgery, 235*(6), 842-849.
- National Health Service [NHS]. (2015). *Dietary advice for people with gallstones*. Retrieved from <http://www.knowledge.scot.nhs.uk/taysidenutrition/family-nutrition.aspx>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2014). Costing statement: *Gallstone disease implementing the NICE guideline on gallstone disease (CG188)*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg188/resources/cg188-gallstone-disease-costing-statement2>

- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDK]. (2006). *Diet and gallstones*. Retrieved from http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/weight-control/dieting_gallstones/Documents/DietingandGallstones2002.pdf
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDK]. (2013). *Gallstones*. Retrieved from http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/digestive-diseases/gallstones/Documents/Gallstones_508.pdf
- Nikfarjam, M., Many, K., Fink, M. A., Hadj, A. K., Muralidharan, V., Starkey, G., Jones, R. M., & Christophi, C. (2012). Outcomes of patients with histologically proven acute acalculous cholecystitis. *Australia and New Zealand Journal of Surgery*, 82(12), 1-5.
- Nix, S. (2013). Gastrointestinal and accessory organ problems. *Williams' Basic Nutrition & Diet Therapy* (14th ed.). St. Louis Mo: Elsevier Mosby.
- Oddsottir, M., & Hunter, J. G. (2005). Gallbladder and the extrahepatic biliary system. In F. C. Brunnicardi, D. K. Anderson, T. R. Biliar, D. L. Dunn, J. G. Hunter, & R. E. Pullock (Eds.), *Schwartz's principle of surgery* (8th ed.) (pp 1187-1291). New York: McGraw-Hill.
- Panpimanmas, S., & Manmee, C. (2009). Risk factors for gallstone disease in a thai population. *Journal of Epidemiology*, 19(3), 116-121.
- Pellico, L. H. (2013). Nursing management: Patients with hepatic and biliary disorders. In E. Brooke (Eds.), *Focus on adult health: Medical-surgical nursing* (pp. 711-715). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pitchumoni, C. S. (2010). Increasing prevalence of gallstones; diagnostic and therapeutic options. *Medicine Update*, 20, 486-490.
- Portincasa, P., Ciaula, A. D., Bonfrate, L., & Wang, D. Q. (2012). Therapy of gallstone disease: What it was, what it is, what it will be. *The World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics*, 3(2), 7-20.
- Pradhan, S. B., Joshi, M. R., & Vaidya, A. (2009). Prevalence of different types of gallstone in the patients with cholelithiasis at Kathmandu Medical College, Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*, 7(3), 268-271.
- Radu, D., Georgescu, D., & Teodorescu, M. (2012). Diet and postcholecystectomy syndrome (PCS). *Journal of Agroalimentary Processes and Technologies*, 18(3), 219-222.

- Reed, J. B. (2010). *Low fat diet advice sheet*. Retrieved from <http://www.joannareed.co.uk/pdf/low-fat-dietsheet.pdf>
- Reshetnyak, V. I. (2012). Concept of the pathogenesis and treatment of cholelithiasis. *World Journal of Hepatology*, 4(2), 18-34.
- Roth, R. A. (2011). *Diet and gastrointestinal problem. Nutrition & Diet Therapy* (pp. 381-398). New York: Delmar.
- Sakran, I. F. (2011). An “early interval” (delayed urgent) laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: Evidence to support a safe surgical procedure. *Journal of the Faculty of Medicine Baghdad*, 53(2), 142-146.
- Saleema, L., Panpakdee, O., Arpanantikul, M., & Chai-Aroon, T. (2016). The influence of basic conditioning factors and self-care agency on self-care behaviors in thais with hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(1), 5-17.
- Sanders, G., & Kingsnorth, A. N. (2007). Gallstones. *Clinical Review*, 335, 295-299.
- Sanjay, P., Weerakoon, R., Shaikh, I. A., Bird, T., Paily, A., & Yalamarthy, S. (2010). A 5-year analysis of readmissions following elective laparoscopic cholecystectomy cohort study. *International Journal of Surgery*, 9, 52-54.
- Sartelli, M., & Trana, C. (2012). A focus on acute cholecystitis and acute cholangitis. *Journal of Acute Disease*, 77-81.
- Sauter, G. H., Moussavian, A. C., Meyer, G., Steitz, H. O., Parhofer, K. G., & Jungst, D. (2000). Bowel habits and bile acid metabolism in the months after cholecystectomy. *The American Journal of Gastroenterology*, 97(7), 1732-1735.
- Schmidt, M., Dumot, J. A., Soreide, O., & Sondena, K. (2012). Diagnosis and management of gallbladder calculus disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 47(11), 1257-1265.
- Sedlak, B., Lorenc, Z., Zaniewski, M., Krawczyk, W., Majewski, E., Kowalska, M., Skotnicka, U., Polasik, J. K., & Majewski, M. (2016). Quality of life and level of anxiety in patients after gallbladder surgery. *Journal of Surgery*, 12(1), 1-4.
- Siddiqui, A. A. (2015). *Gallbladder and bile duct disorders*. Retrieved from <http://www.merckmanuals.com/home/liver-and-gallbladder-disorders/gallbladder-and-bile-duct-disorders/cholecystitis>

- Shaffer, E. A. (2006). Epidemiology of gallbladder stone disease. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology Journal*, 20(6), 981-996.
- Shakespear, J. S., Shaaban, A. M., & Rezvani, M. (2010). CT findings of acute cholecystitis and its complications. *American Journal of Roentgenology*, 194, 1523-1529.
- Sharma, R., Kumar, A., Jha, N. K., Sacchan, S. G., Vidyarthi, A. S., & Sharma, S. R. (2012). Probing into the prevalence and factors of gallstones formation in jharkhand region in india. *International Journal of Applied Biology and Pharmaceutical Technology*, 3(3), 36-40.
- Sharma, R., & Tandon, R. K. (2013). Nutrition, dietary fibers, and cholelithiasis: Cholelithiasis and lipid lowering. In R. R. Watson, & V. R. Preedy (Eds.), *Bioactive food interventions for liver and gastrointestinal disease* (pp. 149-171). London: Academic Press.
- Shojaiefard, A., Esmailzadeh, M., Ghafouri, A., & Mehrabi, A. (2009). Various techniques for the surgical treatment of common bile duct stones: A meta review. *Gastroenterology Research and Practice*, 2009, 1-12.
- Stewart, A. (2014). *Influencing the metabolic rate*. Retrieved from <http://exumchiropractic.com/2014/06/10/influencing-the-metabolic-rate-by-dr-adam-stewart>
- Stinton, M. L., & Shaffer, E. A. (2012). Epidemiology of gallbladder disease: Cholelithiasis and cancer. *Gut and Liver*, 6(2), 172-187.
- Strasberg, S. M. (2008). Clinical practice: Acute calculous cholecystitis. *The New England Journal of Medicine*, 358(26), 2804-2811.
- Suhonen, R., Leino, K. H., & Valimaki, M. (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *The Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 283-92.
- Supe, A. (2011). Asymptomatic gallstones-revisited. *Tropical Gastroenterology*, 32(3), 196-203.
- Tamhankar, A. P., Mazari, F., Olubaniyi, J., Everitt, N., & Ravi, K. (2010). Postoperative symptoms, after-care, and return to routine activity after laparoscopic cholecystectomy. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 14, 484-489.
- Tsai, M. C., Chen, C. H., Lee, H. C., Lin, H. C., & Lee, C. Z. (2015). Increased risk of depressive disorder following cholecystectomy for gallstones. *PLOS ONE*, 10(6), 1-9.

- Tuvayanon, W., Toskulkao, T., Asdornwised, U., & Akaraviputh, T. (2011). Factors impacting readiness to discharge time from recovery room after laparoscopic cholecystectomy. *The Thai Journal of Surgery*, 32, 53-59.
- Tzovaras, G., Zacharoulis, D., Liakou, P., Theodoropoulos, T., Paroutoglou, G., & Hatzitheofilou, C. (2006). Timing of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: A prospective non randomized study. *World Journal of Gastroenterology*, 12(34), 5528-5531.
- Vogt, D. P. (2002). Gallbladder disease. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 69, 977-984.
- Volevach, L. V., Khismatullina, G., Uliamaeva, V. V., Gurev, R. D., & Kamalova, A. A. (2014). Characteristics of eating behavior in overweight young people with biliary tract diseases among bashkortostan population. *Journal of Clinical and Experimental Gastroenterology*, 11, 38-41.
- Wickham, E. (2013). *Foods & drinks not to consume with gallbladder problems*. Retrieved from <http://www.livestrong.com/article/522732-foods-drinks-not-to-consume-with-gallbladder-problems>
- Yacoub, J. (2014). *Diet after a cholecystectomy*. Retrieved from <http://www.livestrong.com/article/162697-diet-after-a-cholecystectomy>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคในผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

1. แพทย์หญิง ศิริัญญา ปัญญา ภาควิชาศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
2. รศ. ดร. พรรณวดี พุฒวัฒนะ โรงเรียนพยาบาลรามาชิปดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ. ดร. นพวรรณ เป็ยชื่อ โรงเรียนพยาบาลรามาชิปดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. พว. ญัฐพิมณฑ์ ภิรมย์เมือง ฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ฯ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาชิปดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาวธัญวรินทร์ ตั้งเสริมวงษ์ ฝ่ายโภชนาการ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาชิปดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

1. นายแพทย์ สมประสงค์ ทองมีสี กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลชลบุรี
2. แพทย์หญิง ศิริัญญา ปัญญา ภาควิชาศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
3. พว. จุรีพร บวรผดุงกิตติ กลุ่มภารกิจพยาบาล
โรงพยาบาลขอนแก่น
4. พว. วริศรา ตูยานนท์ หน่วยผ่าตัดช่องท้องและหลอดเลือด
งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช
5. ผศ. ดร. สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม โรงเรียนพยาบาลรามาชิปดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วย
ถุงน้ำดีอักเสบ

รหัสจริยธรรมการวิจัย 05-05-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนลินี เชยกลิ่นพุ่ม

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค และพฤติกรรมบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค กับพฤติกรรมบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องหรือผ่าตัดทางหน้าท้อง เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง โดยตอบแบบสอบถามของผู้วิจัยในวันที่แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15-20 นาที และตอบคำถามทางโทรศัพท์ ตามที่ผู้วิจัยซักถามตามแบบสัมภาษณ์ จำนวน 3 ชุด เรียงตามลำดับ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคในผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดี แบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ โดยจะสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทั้งหมด 1 ครั้ง คือ เมื่อครบ 1 เดือนภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี และการตอบแบบสัมภาษณ์นี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้นัดหมายวันและเวลากับท่านตามที่ท่านสะดวก

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ เพื่อทราบถึงอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี และพฤติกรรมบริโภคอาหารหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี และนำความรู้ที่ได้

ไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังตัดถุงน้ำดี เพื่อให้ผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ก็ได้ หรือแม้ว่าจะเข้าร่วมในการวิจัยแล้วก็สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และการให้บริการต่าง ๆ ที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยการให้ข้อมูลของท่านจะไม่มีภาระบัญชีหรือที่อยู่ของท่าน รวมถึงข้อมูลที่ให้ทั้งหมดจะนำมาใช้เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาว นลธิณี เชยกกลิ่นพุด หมายเลขโทรศัพท์ 089-402-2055 หรือที่ ผศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 084-073-1300

นางสาวนลธิณี เชยกกลิ่นพุด

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี
ในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

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

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยที่การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....นางสาวนลินี เขยกลิ่นพุด.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวนลธิณี เขยกลิ่นพุด)

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามเพื่องานวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี ในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ โดยแบ่งออกเป็น 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรคในผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง และตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ จึงจะเป็นคำตอบที่สมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง ที่ได้รับการอนุเคราะห์จากท่านในครั้งนี้

(นางสาวนลินี เชขกลิ่นพุด)

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดี กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความ หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. วันที่ได้รับการผ่าตัด
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. เพศ ชาย หญิง
4. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
สำหรับผู้ป่วยเป็นผู้บันทึก (ค่าดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/เมตร²)
5. สถานภาพสมรส
 โสด สมรส หย่าร้าง/ หม้าย/ แยกกันอยู่
6. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน คือ ระดับใด
 ไม่ได้เรียน ชั้นประถมศึกษา
 ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
 อนุปริญญา/ ปวส. ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี
7. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพใด
 รับจ้างทั่วไป ค้าขาย/ ประกอบธุรกิจส่วนตัว
 พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม/ บริษัทเอกชน
 เกษตรกรรม ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
 ไม่มีรายได้ อื่นๆ ระบุ.....
8. ท่านมีรายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน
9. ความพอเพียงของรายได้
 เพียงพอเหลือเก็บ เพียงพอไม่เหลือเก็บ ไม่เพียงพอ

10. ท่านมีโรคอื่นร่วมด้วยหรือไม่

ไม่มี

มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
 โรคไขมันในเลือดสูง โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ระบุ.....
 โรคไต โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ
 อื่นๆ ระบุ.....

11. บุคคลในครอบครัวที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับอาหารที่ท่านรับประทานในแต่ละวัน

บิดา/มารดา

สามี/ภรรยา

บุตร

ญาติพี่น้อง

ตนเอง

บุคคลอื่นๆ ระบุ.....

12. เบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยที่สามารถติดต่อได้

เบอร์มือถือ เบอร์บ้าน

13. ท่านมีอาการก่อนได้รับการตัดถุงน้ำดี หรือไม่

ไม่มี

มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- มีไข้ ปวดท้องชายโครงขวาไว้ไปสะบัก
 คลื่นไส้ อาเจียน
 แน่น อึดอัดท้อง ท้องอืด
 น้ำหนักลดลง อื่นๆ

14. ระยะเวลาที่ท่านเริ่มกลับไปบริโภคอาหารแบบปกติ คือ.....วัน ภายหลังจากได้รับการผ่าตัด

*หมายเหตุ: สำหรับคำถามข้อที่ 14 ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย

คำชี้แจง

กรุณาให้ความเห็นว่าท่าน เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยมากน้อยเพียงใด กับข้อความเกี่ยวกับความเจ็บป่วยข้างล่างดังต่อไปนี้ โดยใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่าน

	ความเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)
1	ความเจ็บป่วยของฉันจะหายในเวลาอันสั้น					
2	ความเจ็บป่วยของฉันอาจจะเป็นตลอดไปมากกว่าเป็นชั่วคราว					
3					
4					
5					
6					
...					
...					
...					
...					
...					
...					
...					
...					
...					
...					
...					
37	ความเจ็บป่วยที่ฉันเป็นทำให้ฉันรู้สึกหวาดกลัว					

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคในผู้ที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้ความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค ภายหลังจากได้รับการตัดถุงน้ำดี

ในฐานะที่ท่านได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 1 เดือน กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์โดย ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความเข้าใจของท่าน แต่ละข้อจะมีคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนั้นๆทั้งหมด

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในข้อนั้นๆทั้งหมด

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความในข้อนั้นๆใช่หรือไม่ใช่

ข้อ	คำถาม	คำตอบ			สำหรับ ผู้วิจัย
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	
	ภายหลังตัดถุงน้ำดี.....				
1	ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดไม่จำกัด เนื่องจากอาการของถุงน้ำดีอักเสบหายแล้ว				
2	ท่านไม่ควรรับประทานอาหารจานด่วน เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า เนื่องจากมีแป้งและไขมันสูง				
3				
4				
...				
...				
...				
...				
...				
...				
16	ท่านควรรับประทานอาหารให้น้อยลงในแต่ละมื้อ แต่เพิ่มจำนวนมื้อให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย				

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการบริโภคอาหารของท่านมากที่สุดและกรุณาตอบทุกข้อคำถาม โดยแต่ละข้อจะมีคำตอบ 5 ตัวเลือก คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	มีพฤติกรรมบริโภคนั้นทุกครั้ง/ทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	มีพฤติกรรมบริโภคนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	มีพฤติกรรมบริโภคนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	มีพฤติกรรมบริโภคนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคนั้นเลย

ข้อ	คำถาม	ท่านปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
		เป็น ประจำ (4)	บ่อย ครั้ง (3)	บาง ครั้ง (2)	นานๆ ครั้ง (1)	ไม่ เคย (0)	
การบริโภคอาหารหลังผ่าตัดตัดถุงน้ำดี ในช่วงระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา.....							
1	ท่านรับประทานอาหารประเภทผัดหรือทอด เช่น หมูทอด เนื้อทอด ไก่ทอด						
2	ท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ เช่น แกงเจียวหวาน มัสมั่น						
3						
...						
...						
...						
17	ท่านเพิ่มมื้ออาหารเป็น 5-6 มื้อต่อวัน						

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

คำชี้แจง:

แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบอาการภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 1 เดือน และอาการเหล่านั้นมีความทุกข์ทรมานหรือรบกวนเพียงใด

ขอให้ท่านบอกอาการดังกล่าว โดยทำเครื่องหมาย ✓ ถ้ามีอาการดังกล่าว และท่านได้รับความทุกข์ทรมานหรือรบกวนจากอาการเหล่านั้นมาก น้อยเพียงใด โดยแต่ละข้อจะมีคำตอบ 5 ตัวเลือก คือ

- คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดี
- คะแนน 1 หมายถึง มีอาการภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดีแต่รู้สึกว่าไม่เป็นปัญหารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน
- คะแนน 2 หมายถึง มีอาการภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดีและรู้สึกว่าปัญหารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันบ้างเล็กน้อย
- คะแนน 3 หมายถึง มีอาการภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดีและรู้สึกว่าปัญหารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันปานกลาง
- คะแนน 4 หมายถึง มีอาการภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดีและรู้สึกว่าปัญหารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมาก

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเหล่านี้ หรือไม่	มี	ไม่มี	ถ้า มี				
			อาการนั้นมีความทุกข์ทรมานหรือรบกวนเพียงใด				
			ไม่ (0)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
1) ปวดท้องส่วนบน							
2) ปวดท้องส่วนล่าง							
3)							
4)							
.....							
.....							
15) รู้สึกรำคาญ							

ภาคผนวก ง

ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย/ แบบรายงานจริยธรรมการวิจัย



คณะพยาบาลศาสตร์	-
มหาวิทยาลัยบูรพา	-
ที่ ๐๒๖๕๕	-
วันที่ ๒๑ ก.ค. ๒๕๕๙	-
เวลา ๑๐:๓๖	-

ขอคณะกรรมการ
 คณะพยาบาลศาสตร์
 อ. น. วิชาเอก
 อ. น. วิชาเอก
 อ. น. วิชาเอก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนตลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๓๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศร ๐๕๑๗.๐๒/๐๕๕๓๕
 วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 อ้างถึง หนังสือที่ ศร ๖๖๐๗/๐๙๗๗ ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย : นางสาวณิณี เขยกลิ่นพุ่ม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ : “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายใต้ตดองน้ำดื่มในผู้ป่วยดื่มน้ำดื่อก่สเบ” โดยมี ผศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ : แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : นางสาวศรินรัตน์ ศรีประสงค์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล (หลักสูตรนานาชาติ และหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ) โครงการร่วมระหว่างคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๕๑ เรื่อง “การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังออกจากโรงพยาบาล (FUNCTIONAL STATUS MODEL : AN EMPIRICAL TEST AMONG DISCHARGE ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS)” ซึ่งมี ศ.ดร.สมจิต หนูเจริญกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ นางสาวณิณี เขยกลิ่นพุ่ม ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล (หลักสูตรนานาชาติ และหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ) โครงการร่วมระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมีการละเมิดเกิดขึ้นข้าพเจ้ายินยอมให้คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตามกฎหมาย อนึ่ง คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และ

แบบฟอร์ม พย.ม. ๐๑๔ มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตร
บัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และขอให้ดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัย
ดังกล่าวข้างต้น จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด โดยส่งนามัติส่งจ่าย ป.ณ. ศิริราช ในนาม

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

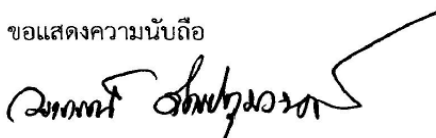
เลขที่ ๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒-๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ ศาลายา ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.

เรียน คณบดี

ด้วยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ตอบอนุญาต
ให้นางสาวลิณี เขยกลีนพุม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขา ผู้ใหญ่ ใช้เครื่องมือวิจัย คือแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย
ของนางสาวศรินรัตน์ ศรีประสงค์ โดยขอให้ดำเนินการชำระค่าบริการ
ขอใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวข้างต้น จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)
ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ดังรายละเอียดข้างต้น

๑. จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควรสำเนาแจ้งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตฯ (รศ.ดร.วรรณณี)

ประธานหลักสูตรฯ ผู้ใหญ่ (ผศ.ดร.นฤมล ปทุมรักษ์) งานบัณฑิตฯ (คุณพรณนิภา) ทราบ
และอาจารย์ที่ปรึกษา (ผศ.ดร.นิภาวรรณ) เพื่อแจ้งนิสิต (นางสาวลิณี เขยกลีนพุม) ทราบต่อไป

ทว/อภามพทบ ๖

ทว

๑๖ ก.ค. ๕๙



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ

Factors Related to Eating Behavior after Cholecystectomy among Patients with Cholecystitis

ชื่อนิสิต นางสาวนลินี เขยกลิ่นพูน

รหัสประจำตัวนิสิต 57910176

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 05 - 05 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดี แบบส่องกล้องหรือผ่าตัดทางช่องท้อง จำนวนทั้งหมด

ไม่เกิน 82 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และที่บ้านของผู้ป่วย

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 10 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วิชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ส่วนราชการ ศูนย์ส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี โทร.๑๐๔๗

ที่ ขบ ๐๐๓๒.๑๐๒.๓/๐๕๗

วันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืองานวิจัย

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๑๕๐ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ ลงวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๙ เรื่อง ขออนุญาตให้บัณฑิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย โดย นางสาวลลิตี เขยกลินพุด บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โครงการวิจัย “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ” นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี ขออนุญาตให้หน่วยงานของท่านอนุญาตให้ นางสาวลลิตี เขยกลินพุด เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ระหว่างวันที่ ๒๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๑๕ ราย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย

Nave

(นางสาวอุษา ศิริบุญฤทธิ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี

ทพ.ไพฑูริ
วช. H.R.D. ปท.ม.
ไพฑูริ
๒๓๓๘๙.



อัครลักษณ์โรงพยาบาลชลบุรี
“ชื่อสัตย์ รับผิดชอบ มีน้ำใจ”



ที่ ขบ ๐๐๓๒.๑/ ๒๕๕๙

โรงพยาบาลชลบุรี
๖๙ หมู่ ๒ ถนนสุขุมวิท
ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง
จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐

๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัย

เรียน นางสาวนลินี เชยก์กลิ่นพุด

ตามที่ นางสาวนลินี เชยก์กลิ่นพุด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ” (Factors Related To Eating Behavior After Cholecystectomy Among Patients With Cholecystitis) นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย ประชุมเมื่อวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ณ ห้องประชุมมูลนิธิ ชั้น ๒ พิจารณาแล้วเห็นชอบควรสนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยตามขอบเขตที่กำหนดได้ โดยจะต้องดำเนินการดังนี้

๑. รายงานความก้าวหน้าทุก ๖ เดือน
๒. ขอให้นำเอกสารที่ใช้ในการเก็บข้อมูล, เอกสารชี้แจงอาสาสมัครและใบยินยอมมาประทับตรา
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายชุตินิธ ตาบ - องค์กริย)
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี

กลุ่มงานส่งเสริมวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการ

โทร. ๐ ๓๘๔๓ ๑๐๔๗

E-mail : cbhresearch@gmail.com



เอกสารเลขที่ ๖๖ / ๒๕๕๙

รหัสวิจัย ๘๗/๕๙/๐/๑

ใบรับรองโครงการวิจัย

โดย คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี

โครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดี
Factors Related To Eating Behavior After Cholecystectomy Among
Patients With Cholecystitis

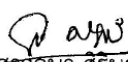
ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางสาวนลินี เชยกลิ่นพุด

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ๘

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้

ลงนาม

ลงนาม


(นางสาวอุษา ศิริบุญฤทธิ์)



ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

(นายสุติเดช ตาบ - อภกรักษ์)

วันที่รับรอง : ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี
วันหมดอายุ : ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- ๑) โครงการวิจัย
- ๒) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- ๓) ผู้วิจัย
- ๔) แบบสอบถาม
- ๕) ใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยของอาสาสมัคร

กำหนดการส่งรายงานความคืบหน้าการวิจัย


ทุก ๓ เดือน ทุก ๖ เดือน

ฉบับที่ 14/2559



หนังสือรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

1. ชื่อโครงการวิจัย: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ
2. ผู้วิจัยหลัก: นางสาวลิณี เชยกลิ่นพุด
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้
 - () อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
 - () อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข
 - () รอกพิจารณาหรือยังไม่พิจารณา
 - () ไม่อนุมัติ
4. วันที่ให้การรับรอง : 11 ก.ค. 2559


 ลงนาม.....
 (แพทย์หญิงจุฑาทิพย์ นิรุตติรักษ์)
 ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย


 ลงนาม.....
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ชัยเวช นุชประยูร)
 ผู้ช่วยเลขาธิการสภากาชาดไทย รักษาการในตำแหน่ง
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

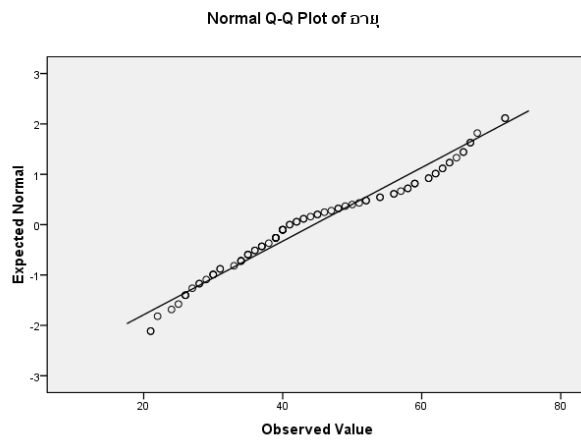
ภาคผนวก จ
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ทดสอบการกระจายแบบปกติของตัวแปรแต่ละตัว (Normal distribution)

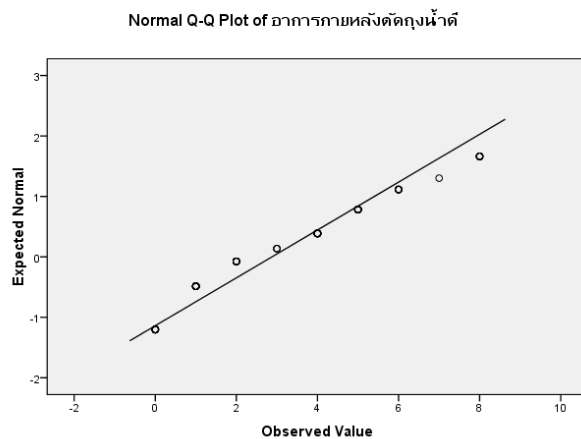
ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายแบบปกติ ดังภาพที่ 2-6

อายุ



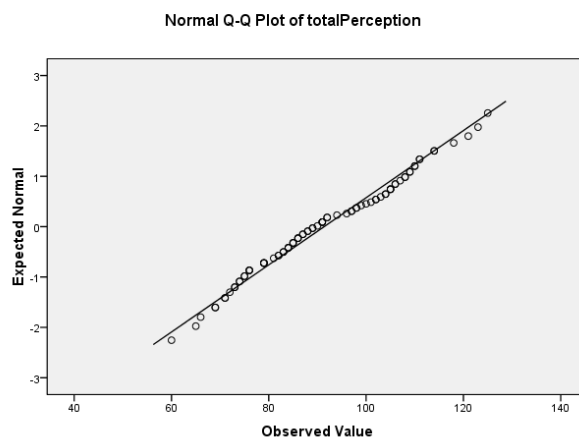
ภาพที่ 2 การกระจายแบบปกติของอายุ

อาการภายหลังตัดถุงน้ำดี



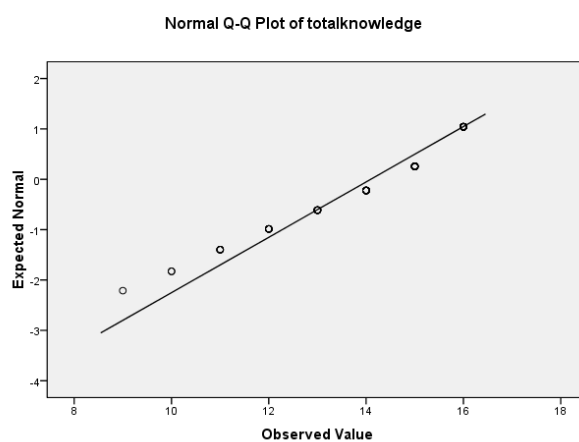
ภาพที่ 3 การกระจายแบบปกติของอาการภายหลังตัดถุงน้ำดี

การรับรู้ความเจ็บป่วย



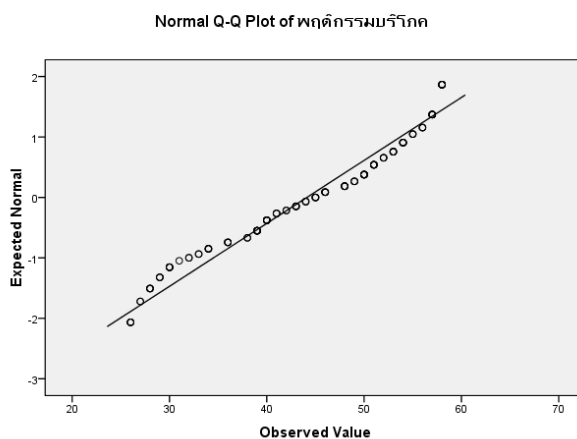
ภาพที่ 4 การกระจายแบบปกติของการรับรู้ความเจ็บป่วย

ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค



ภาพที่ 5 การกระจายแบบปกติของความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค

พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี



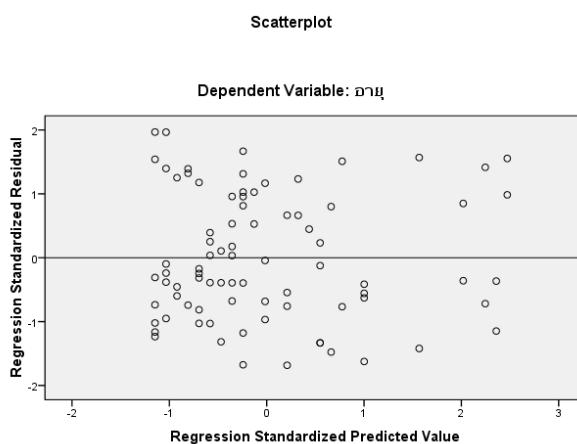
ภาพที่ 6 การกระจายแบบปกติของพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

ทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) และ ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

เมื่อพิจารณาภาพการกระจาย (Scatter plot) ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พบว่ามีการกระจายความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ดังภาพที่

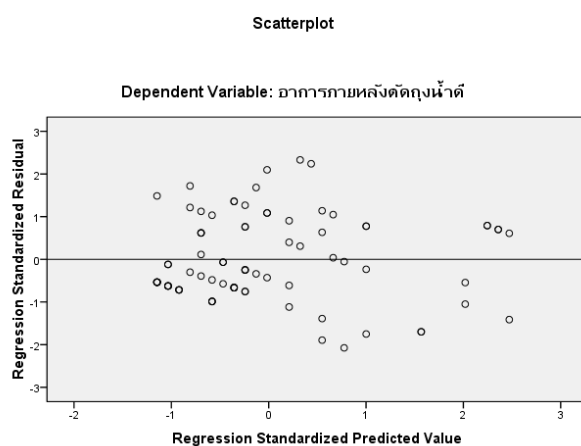
7-10

อายุกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี



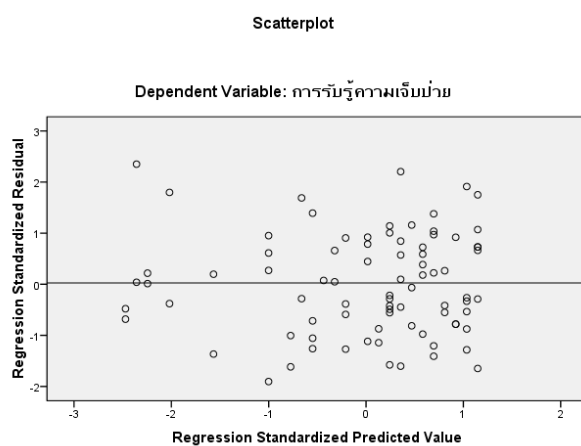
ภาพที่ 7 การกระจายความแปรปรวนของอายุกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

อาการภายหลังตัดถุงน้ำดีกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี



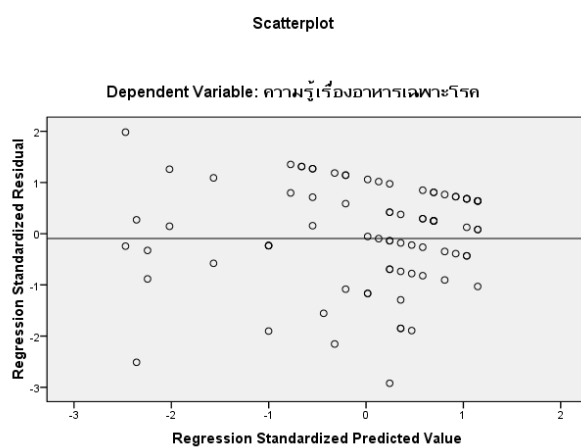
ภาพที่ 8 การกระจายความแปรปรวนของอาการภายหลังตัดถุงน้ำดีกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

การรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี



ภาพที่ 9 การกระจายความแปรปรวนของการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคกับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี



ภาพที่ 10 การกระจายความแปรปรวนของความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคกับพฤติกรรมบริโภค ภายหลังตัดถุงน้ำดี

ภาคผนวก จ
การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การรับรู้ความเจ็บป่วย

การรับรู้ความเจ็บป่วย จำแนกตามองค์ประกอบต่างๆ ได้แก่ ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย วงจรของการเจ็บป่วย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วย การควบคุมอาการด้วยตนเอง การควบคุมอาการด้วยการรักษา ความเข้าใจสภาพความเจ็บป่วย และการตอบสนองด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้ความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 82$)

การรับรู้ความเจ็บป่วย	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mean%</i>
ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย	6-30	6-20	12.62	2.84	42.00
วงจรของการเจ็บป่วย	4-20	8-20	12.87	2.42	64.35
ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วย	6-30	9-28	16.40	4.26	54.67
การควบคุมอาการด้วยตนเอง	6-30	6-20	12.77	2.94	42.56
การควบคุมอาการด้วยการรักษา	5-25	5-19	9.93	2.55	39.72
ความเข้าใจสภาพความเจ็บป่วย	5-25	5-20	13.78	2.99	55.12
การตอบสนองด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย	5-25	5-25	12.93	4.84	51.72
คะแนนรวม	37-185	60-125	91.3	14.90	49.35

ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค

ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคภายหลังได้รับการตัดถุงน้ำดีจำแนกตามคะแนนโดยรวมรายด้าน และรายข้อของความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยถุงน้ำดีอีกเสบภายหลังตัดถุงน้ำดี ดังแสดงในตารางที่ 8-9

ตารางที่ 8 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนความรู้เรื่อง
อาหารเฉพาะโรค จำแนกตามคะแนนโดยรวมและรายด้าน ($n = 82$)

คะแนนความรู้เรื่องอาหาร เฉพาะโรค	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean%
ด้านประเภทของอาหารที่ควร บริโภค หรือ ควรหลีกเลี่ยง	0-13	8-13	11.17	1.84	85.92
ด้านปริมาณและความถี่ในการ บริโภคอาหารในแต่ละวัน	0-3	1-3	2.7	.51	90.33
รวม	0-16	8-16	14.09	1.9	88.06

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละ ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องเกี่ยวกับความรู้เรื่องอาหาร
เฉพาะโรค จำแนกตามรายชื่อ ($n = 82$)

ข้อ	ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค	จำนวนคนที่ ตอบถูกต้อง	ร้อยละ
	ประเภทของอาหารที่ควรบริโภค หรือ ควรหลีกเลี่ยง		
1	ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดไม่จำกัด เนื่องจากอาการของถุงน้ำดีอักเสบหายแล้ว	30	36.6
2	ท่านไม่ควรรับประทานอาหารจานด่วน เช่น แซมเบอร์เกอร์ พิซซ่า เนื่องจากมีแป้งและไขมันสูง	75	91.5
3	ท่านควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวกะเพราไก่ไข่ดาว ข้าวมันไก่	60	73.2
4	ท่านไม่ควรรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมัน หนังหมู หนังเป็ด หนังไก่ เนื่องจากมีโคเลสเตอรอลและไขมันสูง	77	93.9
5	ท่านควรเลือกการประกอบอาหาร โดยการนึ่ง ต้ม อบ แทน การผัด หรือทอด	79	96.3
6	ท่านควรรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ไขมันต่ำหรือเนื้อสัตว์ที่ไม่ ติดมัน เช่น ปลา ไก่ หมูสันใน เนื่องจากเป็นอาหารย่อยง่าย และมีไขมันต่ำ	81	98.8

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อ	ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค	จำนวนคนที่ตอบถูกต้อง	ร้อยละ
7	ท่านควรใช้น้ำมันพืช ได้แก่ น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันเมล็ดทานตะวัน ในการประกอบอาหาร แทนน้ำมันหมู	62	75.6
8	ท่านควรหลีกเลี่ยงอาหารทอดทุกชนิดและอาหารอบที่มีไขมันมาก เช่น ปาท่องโก๋ มันทอด หมูทอด เค้ก พาย ลูกกั๊ก	79	96.3
9	ท่านสามารถรับประทานขนมหวาน ผลไม้เชื่อม เช่น มันเชื่อม ก้วยเชื่อม ได้ไม่จำกัด	75	91.5
10	ท่านสามารถรับประทานขนมหรืออาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบได้ไม่จำกัด	76	92.7
11	การรับประทานเมล็ดถั่ว หรือน้ำอัดลม จะทำให้เกิดแก๊สและแน่นอึดอึดท้อง	67	81.7
12	ท่านสามารถดื่มชา กาแฟ โอวัลติน ได้ไม่จำกัด	75	91.5
13	ท่านควรรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น ปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารในแต่ละวัน	80	97.6
14	การรับประทานผักและผลไม้ จะช่วยเกี่ยวกับการย่อยและการดูดซึมได้	82	100
15	ท่านต้องปรับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันอาการไม่สบาย เช่น ท้องอืด แน่นท้อง เป็นต้น	73	89
16	ท่านควรรับประทานอาหารให้น้อยลงในแต่ละมื้อแต่เพิ่มจำนวนมื้อให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	66	80.5

พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี

พฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีไปแล้ว 1 เดือน จำแนกตามคะแนนโดยรวมรายด้าน และรายชื่อของผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบภายหลังตัดถุงน้ำดี ดังแสดงในตาราง ที่ 10-11

ตารางที่ 10 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนพฤติกรรม
บริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดี จำแนกตามคะแนน โดยรวมและรายด้าน ($n = 82$)

คะแนนพฤติกรรมบริโภค ภายหลังตัดถุงน้ำดี	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
ด้านประเภทของอาหารที่ควร บริโภค หรือ ควรหลีกเลี่ยง	0-56	20-50	40.07	5.78
ด้านปริมาณและความถี่ในการ บริโภคอาหารในแต่ละวัน	0-12	3-12	7.17	7.07
รวม	0-64	26-58	48.76	8.74

ตารางที่ 11 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีของ
กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ ($n = 82$)

คำถาม	การปฏิบัติ (คน) (ร้อยละ)					<i>M</i>	<i>SD</i>
	ประจำ (4)	บ่อย ครั้ง (3)	บาง ครั้ง (2)	นานๆ ครั้ง (1)	ไม่เคย (0)		
ประเภทของอาหารที่ควรบริโภค หรือ ควรหลีกเลี่ยง							
1. ท่านรับประทานอาหาร ประเภทผัด หรือทอด เช่น หมูทอด เนื้อทอด ไช้ทอด	4 (4.88)	12 (14.63)	18 (21.95)	23 (28.05)	25 (30.49)	1.35	1.2
2. ท่านรับประทานอาหารที่มี ส่วนผสมของกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน มัสมั่น	1 (1.22)	4 (4.88)	8 (9.76)	27 (32.93)	42 (51.22)	.72	.92
3. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก หอยนางรม กุ้ง ปู	0 (0)	8 (9.76)	10 (12.2)	21 (25.61)	43 (52.43)	.79	1
4. ท่านรับประทานอาหารจาน ด่วน เช่น ไก่ทอด พิซซ่า ไส้กรอก	1 (1.22)	2 (2.44)	7 (8.54)	11 (13.41)	61 (74.39)	.43	.85

ตารางที่ 12 (ต่อ)

คำถาม	การปฏิบัติ (คน) (ร้อยละ)					M	SD
	ประจำ	บ่อย	บาง	นานๆ	ไม่เคย		
	(4)	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	(0)		
5. ท่านเลือกซื้ออาหารหรือขนมขบเคี้ยวที่มีป้ายแสดงว่าไขมันต่ำ	7 (8.54)	24 (29.27)	24 (29.27)	17 (20.73)	10 (12.2)	2.01	1.16
6. ท่านเลือกรับประทานเนื้อปลา หรือเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน	46 (56.1)	21 (25.61)	9 (10.98)	4 (4.88)	2 (2.44)	3.28	1.01
7. ท่านรับประทานขนมขบเคี้ยวระหว่างมื้อ	5 (6.1)	1 (1.22)	6 (7.32)	27 (32.93)	43 (52.44)	.76	1.07
8. ท่านรับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์	1 (1.22)	7 (8.54)	10 (12.2)	12 (14.63)	52 (63.41)	.70	1.06
9. ท่านรับประทานผักหรือผลไม้สด	52 (63.41)	21 (25.61)	4 (4.88)	3 (3.66)	0 (0)	3.29	.88
10. ท่านรับประทานขนมหวานหรืออาหารที่มีรสหวานจัด	1 (1.22)	9 (10.98)	7 (8.54)	39 (47.56)	26 (31.71)	1.02	.98
11. ท่านเลือกรับประทานข้าวกล้อง ธัญพืช ขนมปัง โฮลวีท	16 (19.51)	21 (25.61)	23 (28.05)	13 (15.85)	9 (10.98)	2.27	1.26
12. ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภทนม และผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ	16 (19.51)	28 (34.15)	22 (26.83)	11 (13.41)	5 (6.1)	2.48	1.14
13. ท่านดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม	4 (4.88)	6 (7.32)	12 (14.63)	24 (29.27)	36 (43.9)	1	1.16
14. ท่านรับประทานอาหารรสเผ็ดจัด	1 (1.22)	3 (3.66)	10 (12.2)	37 (45.12)	31 (37.8)	.89	.86
15. ท่านลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อให้น้อยลง	22 (26.83)	21 (25.61)	24 (29.27)	6 (7.32)	9 (10.98)	2.5	1.27

ตารางที่ 12 (ต่อ)

คำถาม	การปฏิบัติ (คน) (ร้อยละ)					<i>M</i>	<i>SD</i>
	ประจำ	บ่อย	บาง	นานๆ	ไม่เคย		
	(4)	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	(0)		
16. ท่านรับประทานอาหาร ปริมาณมากจนรู้สึกว่ามันท้อง	0 (0)	8 (9.76)	12 (14.63)	27 (32.93)	35 (42.68)	.91	.98
17. ท่านเพิ่มมื้ออาหารเป็น 5-6 มื้อ ต่อวัน	6 (7.32)	13 (15.85)	20 (24.39)	17 (20.73)	26 (31.71)	1.46	1.29