

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลในการจำแนกกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคแผลเป็บติค และกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่เป็นโรคแผลเป็บติค ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์
- 2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคแผลเป็บติค
- 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแผลเป็บติค

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์

สตรีวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง สตรีที่มีอายุ 15-49 ปี เป็นสตรีวัยเจริญเติบโตเข้าสู่วัยหนุ่มสาวและวัยทำงาน หรือวัยที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพสูงสุดของวงจรชีวิต สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเอง ครอบครัว และสร้างสรรค์สังคมได้มากกว่าวัยอื่น ๆ (พรรณพิไล ศรีอากรณ, 2537)

สถานการณ์ทางด้านสุขภาพของสตรีมีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้นเรื่อยๆเมื่อเปรียบเทียบกับอดีตที่ผ่านมา โดยพิจารณาจากคัวบ่งชี้หลักๆ เช่นความยืนยาวของอายุขัยของสตรี อัตราตายของแม่และเด็กลดลง ภาวะทุพโภชนาการน้อยลง หรือการให้บริการสาธารณสุขของสตรีในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดมีอัตราสูงขึ้น อย่างไรก็ตามจะพบว่า แนวโน้มของปัญหาด้านสุขภาพสตรีจะมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากวิถีชีวิต (Life Style) ของสตรีเปลี่ยนแปลงไปมาก รวมทั้งโอกาสในการประกอบอาชีพกว้างมากขึ้น ตลอดจนการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคสูงขึ้น (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2538)

จากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมส่งผลกระทบต่อสุขภาพสตรีในเรื่องต่างๆ และเป็นปัญหาแก่สตรีหลายประการ (เพ็ญศรี พิรัชสนธิ, 2535) เช่น

1. การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของเศรษฐกิจ รายได้ของประเทศแต่เดิมมาจากภาคเกษตรกรรมเกือบทั้งหมด แต่ปัจจุบันมาจากภาคอุตสาหกรรมเป็นส่วนใหญ่ ทั้งยังมีจากค่านาณิซการและธุรกิจบริการด้วย อีกทั้งอัตราการขยายตัวของเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้มีความต้องการแรงงานเพิ่มขึ้น ซึ่งก็เป็นแรงงานจากสตรี อาชีพของสตรีจะมีความหลากหลายมาก

กว่าแต่ก่อน แต่ส่วนใหญ่สตรีอยู่ในแรงงานไร้ฝีมือ ค่าแรงงานต่ำ ชั่วโมงการทำงานยาวนาน และความเสี่ยงสูง การทำงานในลักษณะเช่นนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีการดำรงชีวิตของสตรี ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของสตรี

2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีผลกระทบต่อสตรีทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

2.1 การเปลี่ยนแปลงลักษณะชุมชนจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนเมืองมากขึ้น ครอบครัวในชุมชนเมือง มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย สตรีขาดที่พึ่งและแหล่งสนับสนุนทางจิตใจทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลง่าย

2.2 การย้ายถิ่นของประชากรเพิ่มสูงขึ้นทั้งเพื่อการแสวงหาอาชีพและเพื่อการศึกษา สตรีย้ายถิ่นมากกว่าชาย โดยเฉพาะสตรีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีและ 20-24 ปี เข้าไปสู่แรงงานในลักษณะต่างๆ ทำให้ลักษณะการดำเนินชีวิตของสตรีขาดการปกป้องคุ้มครองดังแต่ก่อน การย้ายถิ่นของประชากรส่งผลกระทบต่อสตรีทั้งทางตรงและทางอ้อม การต้องแยกครอบครัว ทำให้เกิดเรื่องชู้สาว การหย่าร้าง เด็กกำพร้า ลูกนอกสมรสเด็กถูกทอดทิ้ง ฯลฯ ครอบครัวที่ถูกทิ้งไว้ในชนบทมักยากจนลงกว่าเดิม ทำให้เด็กมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมเพิ่มขึ้น

2.3 การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของชายหญิงในสังคม สตรีต้องรับภาระทางเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้นกว่าแต่ก่อน สตรีต้องออกทำงานนอกบ้านมากขึ้น ภาระนี้ส่งผลกระทบต่อความเป็นแม่และการเป็นแม่ของสตรี การเปลี่ยนบทบาทของสตรีไปเช่นนี้ ทำให้บทบาทการดูแลบ้านและการเป็นแม่บ้านบกพร่องไปได้

2.4 ความรุนแรงในครอบครัว สตรีและเด็กเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหานี้มากกว่าคนอื่น จากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ครอบครัวอยู่ภายใต้ความกดดัน ความผูกพันรักไคร่ระหว่างสมาชิกครอบครัวน้อยลง สภาพจิตใจและอารมณ์ของสมาชิกครอบครัวอยู่ในภาวะตึงเครียดมากกว่าแต่ก่อน การพนันและการเสพยา เป็นปัจจัยร่วมที่พบได้เสมอเกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว รวมทั้งปัญหาชู้สาว หรือการมีสตรีอื่นหรือชายอื่นของพ่อบ้านและแม่บ้าน

จากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของสตรีไทยในระหว่าง ปี พ.ศ. 2525-2544 พบว่า ปัญหาสุขภาพสตรีไทยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัญหาสุขภาพพื้นฐานเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของสตรี ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับอาชีพ และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2536 อ้างถึงในกรองไค อุณหสูต และคณะ, 2539) จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพสตรี เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต ซึ่งมีผลกระทบภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของสตรี ไม่ว่าสตรีนั้นจะแต่งงานหรือไม่ก็ตาม ปัญหาด้านสุขภาพจึงเกิดขึ้นอย่างมากมายตามการ

เปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม และวิถีชีวิตของสตรีวัยเจริญพันธุ์นี้ต้องประสบกับปัญหาด้านต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน เป็นการที่หนักและค่อนข้างจะบีบคั้นสำหรับสตรี ในยุคปัจจุบัน มีผลทำให้สตรีเกิดภาวะเครียดทางด้านจิตใจมากขึ้น จนทำให้สตรีเหล่านี้มีปัญหาด้านสุขภาพตามมาเนื่องจากไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลย์เกิดอาการโรคแผลเป็บติคตามมาได้

2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคแผลเป็บติค

โรคแผลเป็บติค (Peptic ulcer) เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดโรคหนึ่งในประเทศไทย โรคแผลเป็บติคส่วนใหญ่จะหมายถึงแผลที่เกิดขึ้นที่กระเพาะอาหาร (Gastric ulcer) หรือแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenal ulcer) แต่ความจริงแล้วแผลที่พบบ่อยได้ทุกส่วนของลำไส้ที่สัมผัสกับน้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร (อุกฤษณ์ เปล่งวาณิช และอรพรรณ ชินะภัก, 2526 ; กิตติ จันทร์เลิศฤทธิ์, 2535) และโรคแผลเป็บติคยังรวมถึงโรคกระเพาะอาหารอักเสบเฉียบพลัน เรื้อรัง และแผลในกระเพาะอาหารที่เกิดในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติ (Stress ulcer) ด้วย (บุญ วนาสิน และคณะ, 2529)

2.2.1 พยาธิสภาพของโรคแผลเป็บติค

กระเพาะอาหารของมนุษย์ เป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ย่อยอาหาร และสิ่งสำคัญในการย่อยอาหาร คือน้ำย่อย ซึ่งมีหลายชนิดด้วยกัน แต่ที่สำคัญคือ

เปปซิน (Pepsin) มีหน้าที่ย่อยเนื้อหรือโปรตีน

กรดเกลือ (HCl) มีหน้าที่ช่วยให้เปปซินย่อยอาหารได้ดี

น้ำย่อยของกระเพาะอาหารซึ่งประกอบไปด้วยเปปซินและกรดเกลือนี้เป็นน้ำย่อยที่มีฤทธิ์กัดกร่อนแรง แต่จากการที่ร่างกายของคนเราไม่ได้รับอันตรายจากน้ำย่อยเพราะร่างกายมีระบบป้องกันตนเอง โดยสร้างน้ำเมือกมาปกคลุมผนังด้านในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กไว้ เพื่อมิให้กรดทำความระคายเคืองได้ เมื่อใดก็ตามที่มีการหลั่งกรดน้ำย่อยมากกว่า หรือร่างกายไม่สามารถสร้างน้ำเมือกมาปกคลุมผนังกระเพาะอาหารและลำไส้แล้ว จะเกิดอาการและพยาธิสภาพต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่า โรคแผลเป็บติค (บรรจบ ชุนทสวัสดิกุล, 2533 ; ฉัตรสุภา จันทร์ศิย์, 2526)

2.2.2 อาการของโรคแผลเป็บติค

ผู้ที่เป็บติคมีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ (Epigastric pain) มีอาการปวดท้องเรื้อรังเป็นๆ หายๆ (Chronicity) อาการปวดลดลงเมื่อได้รับประทานอาหาร นม หรือยาลดกรด ในระหว่างที่มีอาการเจ็บป่วยจะมีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ กำริบเป็นพักๆ (Periodicity) อาการปวดท้องมักจะปวดมากขึ้นหลังรับประทานอาหาร (Food aggravation) หรือมีอาการหลับไปแล้วคืนขึ้นมา

ก่อนถึงเวลานอนตามปกติแล้วมีอาการปวดท้อง (Nocturnal Symptom) (กิตติ จันทรเลิศฤทธิ์, 2535 ; นุสนธิ์ กลัดเจริญ, 2530 ; อุกฤษดิ์ เป่งวานิช และอรพรรณ ชินะภัก, 2526) และ Chunlertrith et al . , 1992 ได้ทำการศึกษาแยกกลุ่มโรคในผู้ป่วย Dyspepsia เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าเพื่อต้องการค้นหา อาการ อาการแสดงเฉพาะ ที่จะช่วยบอกถึงสาเหตุของผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาด้วยอาการ ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ จุกแน่นท้อง จากการศึกษาผู้ป่วยที่มาตรวจที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ด้วยอาการดังกล่าว จำนวน 208 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการซักประวัติตามแบบสอบถาม และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ Complete blood count, ตรวจอุจจาระ, ตรวจหน้าที่การทำงานของตับ, HBsAg, HbsAb Ultrasonography ของช่องท้องและต้องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาอาการเฉพาะหรือกลุ่มอาการที่จะช่วยแยกสาเหตุโดยใช้ Logistic model ในการศึกษาดังกล่าวได้ให้คำนิยามเบื้องต้นในการประเมินสำหรับทำนายการวินิจฉัยโรคในแต่ละกลุ่มโดยแบ่งเป็น Non-ulcer dyspepsia, Peptic ulcer, dyspepsia และ Hepatobiliary disease โดยกำหนดอาการที่สำคัญของโรคแผลเป็ปติก Greenlaw et al . , 1980(อ้างถึงใน Chunlertrith et al . , 1992) โดยมีอาการ 2 ใน 4 ข้อต่อไปนี้คือ

- 1) มีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ (Epigastric pain) อาการปวดท้องลดลง เมื่อได้รับประทานอาหาร นม หรือยาลดกรด
- 2) ในระหว่างที่มีอาการเจ็บป่วยจะมีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่กำเริบเป็นพักๆ (Periodicity)
- 3) อาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่มักจะปวดมากขึ้นหลังรับประทานอาหาร (Post prandial epigastric pain)
- 4) มีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่งัดขึ้นตอนกลางคืนหลังจากหลับไปแล้ว (Nocturnal epigastric pain)

พบว่าอาการเบื่ออาหารและอาการปวดที่ไม่เป็นเวลา จะช่วยแยกผู้ป่วย Non-ulcer dyspepsia ออกจากผู้ป่วย Peptic ulcer disease และผู้ป่วย Hepatobiliary disease ส่วน Peptic ulcer disease แยกออกจาก Hepatobiliary disease โดยอาศัยอาการปวดท้องก่อนอาหารหรือเวลาหิว และอาการปวดท้องตอนกลางคืน ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำอาการที่สำคัญของโรคแผลเป็ปติกดังกล่าวมาเป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคแผลเป็ปติก

2.2.3 สาเหตุการเกิดโรคแผลเป็ปติก

สาเหตุของการเกิดโรคแผลเป็ปติกยังไม่ทราบกันดี เชื่อว่าเกิดจากการเสียสมดุลระหว่างปัจจัยที่มีผลทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหาร (Aggressive factor) และปัจจัยป้องกันเยื่อบุกระเพาะอาหาร (Defensive factors)

ปัจจัยที่มีผลทำลายเยื่อกระเพาะอาหาร หรือปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดแผล หมายถึง กรดและเปปซิน และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการหลั่งกรด ได้แก่ จำนวนเซลล์ต่อมที่สร้างกรด (parietal cell mass) ปริมาณฮอร์โมนแกสตรินที่หลั่งจากส่วนปลายของกระเพาะอาหาร และการทำงานของเส้นประสาทวากัสที่ผิดปกติ (Vagal hyperactivity) ในผู้ป่วยที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ หรือเกิดภาวะทางอารมณ์ขึ้น

ปัจจัยที่มีผลป้องกันเยื่อกระเพาะอาหาร หรือปัจจัยที่ช่วยป้องกันการเกิดแผล ได้แก่ แกสตริคมิวโคซัล แบรริเออร์ (Gastric mucosal barrier) เมือก (Mucus) ที่สร้างจากเซลล์เยื่อกระเพาะอาหาร และกลไกควบคุมการหลั่งฮอร์โมนแกสตรินที่ลำไส้เล็ก ที่เรียกว่าคูโอดีนัลเบรก (Duodenal break)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคแผลเปปติก ได้แก่

1) ความเครียด เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคแผลเปปติก ในขณะที่เกิดความเครียด ต่อมที่ผลิตเมือกในผนังกระเพาะอาหารจะถูกทำลาย จึงไม่สามารถหลั่งเมือกออกมาปกป้องกระเพาะอาหารจากกรดในน้ำย่อยได้อย่างเพียงพอ ในขณะที่ความเครียดทำให้กระเพาะอาหารทำงานมากเกินไป แล้วก็จะหลั่งกรดซึ่งมีความเข้มข้นและมีปริมาณมากกว่าปกติออกมา

2) การรับประทานอาหารที่มีรสจัด เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด ทำให้ระคายเคืองต่อเยื่อของกระเพาะอาหารและลำไส้ และอาหารที่มีรสจัดมากเกินไปจะกระตุ้นให้กระเพาะอาหารผลิตกรดออกมามากเกินไปด้วย รวมทั้งการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เนื่องจากเมื่อถึงเวลาอาหาร น้ำย่อยจะถูกหลั่งออกมา แต่เมื่อไม่มีอาหารให้ย่อย น้ำย่อยที่มีฤทธิ์กัดกร่อนแรงก็จะทำความระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร

3) เครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ และเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม เช่น เป๊ปซี่ โคล่า จะมีคาเฟอีน ยาชาล้าง มีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ทำให้มีโอกาสเกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ได้มาก

4) การรับประทานยาบางชนิด เช่น ยาแก้ปวดพวกซาลิซิลเลท เช่น แอสไพริน อินโดเมธาซิน ฟินิลบูทาโซน ยาพอสเตียรอยด์ รวมทั้งยาชุดซึ่งมักจะมียาสเตียรอยด์ผสมอยู่ด้วย เพราะยาพวกนี้จะมีฤทธิ์ทำให้เกิดความระคายเคืองต่อเยื่อกระเพาะอาหารและเกิดแผลหรือกระเพาะทะลุได้

5) แอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ จะทำให้เกิดโรคแผลเปปติกได้ เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลโดยตรงต่อเยื่อหุ้มกระเพาะอาหาร จึงจะทำให้เกิดแผลหรือการอักเสบขึ้น

- 6) การสูบบุหรี่ เชื่อว่าบุหรี่กระตุ้นให้มีการหลั่งกรดน้ำย่อยมากขึ้น
- 7) พยาธิสภาพที่ผิดปกติของร่างกาย เช่น ไตวายเรื้อรัง ภาวะปอดอุดกั้น เรื้อรัง
ตับแข็ง มีฮอร์โมนพาราไธรอยด์ในเลือดมากกว่าปกติ มีเนื้องอกในตับอ่อน
- 8) การติดเชื้อ ได้แก่ *Helicobacter pylori* มีการตรวจพบเชื้อชนิดนี้ในเยื่อ
กระเพาะอาหารคนที่เป็แผลในกระเพาะอาหาร
- 9) ปัจจัยจากพันธุกรรม เช่น คนที่มีเลือดกรุ๊ปโอมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคน
เลือดกรุ๊ปอื่น ๆ

2.2.4 ภาวะแทรกซ้อน

อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาการซีดเนื่องจากเสียเลือดทีละน้อย ทำให้มีภาวะ
โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก กระเพาะอาหารหรือลำไส้ตีบตัน เลือดออกในกระเพาะอาหาร
อาจทำให้อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระดำหรือกระเพาะอาหารทะลุเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

2.2.5 การรักษา

หลักในการรักษาโรคแผลเป็บติค ก็จะต้องให้กระเพาะอาหารทำงานน้อยที่สุด
การรักษาโรคแผลเป็บติคทางเวชกรรมเป็นการรักษาโดยใช้ยา และต้องอาศัยการปฏิบัติตัวของ
ผู้ป่วยให้ถูกต้อง ในเรื่องการรับประทานอาหารไม่จัด และรับประทานอาหารให้เป็นเวลา งดสูบบุหรี่
งดดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่ระคายเคืองกระเพาะอาหารหรือกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดมาก หลีกเลี่ยง
ยาแอสไพริน ยาชาชุด และยาจำพวกสเตียรอยด์ต่าง ๆ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และลดความเครียด
ด้านจิตใจ (วิกิจ วีรานูวัศค์, 2531)

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคแผลเป็บติค แบ่งได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

- 1) ยาลดปริมาณกรดในกระเพาะอาหาร (Antisecretory agents) ได้แก่
anticholinergics, histamine H_2 -receptor antagonist, pirenzepine trimipramine และ omeprazole
- 2) ยาป้องกันเยื่อกระเพาะอาหาร (Cytoprotective agents) ได้แก่ carbenoxalone
colloidal bismuth, sucralfate และ ectraxate
- 3) ยาลดปริมาณกรดและป้องกันเยื่อกระเพาะอาหาร (Antisecretory
cytoprotective agents) ได้แก่ prostaglandin E_2

สำหรับการรักษาแผลเป็บติคติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ก็ควรจะใช้ยาปฏิชีวนะ
รักษาแผลร่วมไปกับการใช้ยาลดปริมาณกรด และเลือกพิจารณาการรักษาผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารด้วย
ยาปฏิชีวนะเป็นราย ๆ ไป (นุสนธิ์ กลัดเจริญ, 2530 อ้างถึงใน เกษียร กังคานนท์, 2539)

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแผลเป็บติค

สาเหตุของการเกิดโรคแผลเป็บติคนั้นมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยจากโรคต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การเป็นเนื้องอกเมตาโบลิซึมของร่างกาย และการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมตลอดลักษณะเฉพาะของสังคม เนื่องจากแต่ละท้องถิ่นมีสถานะความเป็นอยู่ ลักษณะอาหารที่รับประทาน และภาวะสิ่งแวดล้อมของประชากรในแต่ละแห่งแตกต่างกัน ทำให้มีผลต่อสาเหตุการเกิดโรคแผลเป็บติคที่แตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษารั้วนี้สนใจต้องการศึกษาตัวแปรด้านจิตสังคม ดังนี้

อายุ

ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารมักพบในช่วงอายุ 30-60 ปี ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยทำงาน จากการศึกษาของอรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหาร ที่มาขอรับการตรวจและรักษาที่ตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยในแผนกอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ หน่วยทางเดินอาหารของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามารักษ์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และยังคงมีอาการอยู่ในปัจจุบัน จำนวน 120 ราย พบผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุระหว่าง 21-40 ปี รองลงมาพบในช่วงอายุ 41-60 ปี

การศึกษาของธรรมบุญ วานิชพงษ์ และสมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (2533) ศึกษาผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเลที่ได้รับการรักษาที่วชิรพยาบาล 100 ราย ได้ทำการศึกษาย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2528 ถึง 31 ธันวาคม 2537 พบผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 33.7 ปี พิจารณ์ คำทอง (2536) ศึกษาผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเลที่รักษาทางศัลยกรรม เป็นการศึกษาย้อนหลัง 4 ปี พ.ศ. 2532-2535 ในผู้ป่วยจำนวน 288 ราย ที่รักษาแผลเป็บติคทะเลของโรงพยาบาลสุรินทร์ พบผู้ป่วยมากที่สุดในช่วงอายุ 40-59 ปี รองลงมาเป็นช่วงอายุ 30-39 ปี ประเสริฐ สุวรรณพานิช (2536) ศึกษาการผ่าตัดแผลเป็บติคทะเลในโรงพยาบาลสมุทรสงคราม จากการศึกษาย้อนหลังการรักษาผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเล 32 ราย ปี พ.ศ. 2529-2530 พบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุ 40-59 ปี

ชวลิต ภูมิพิทยากุล (2534) ศึกษาผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเล 642 ราย ในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2529 ถึง 2533 ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อายุที่พบมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 41-70 ปี ร้อยละ 57.94 วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน (2528) รายงานการศึกษาแผลเป็บติคทะเลที่ได้รับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ศึกษาย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2534 ถึงกันยายน 2537 จำนวน 180 ราย ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 40-59 ปี

สำหรับวันชัย วัฒนศัพท์ (2519) รายงานผู้ป่วยกระเพาะทะเลซึ่งพบและเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลประจำจังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เดือน มกราคม 2516 ถึง เดือนธันวาคม 2518 รวม 3 ปี

มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 408 คน อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30-60 ปี และนิติวัฒน์ รัตนานิคม (2539) ศึกษาผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุที่ได้รับการผ่าตัดจากแพทย์ของโรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2535 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2538 รวมทั้งสิ้น 146 ราย ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุระหว่าง 30-60 ปี

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคส่วนใหญ่เป็นกับบุคคลที่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งอยู่ในวัยของการก่อร่างสร้างตัว ต้องการสร้างหลักฐานสร้างครอบครัวให้เป็นปึกแผ่น ไม่อยากพลาดโอกาส พยายามต่อสู้ชีวิต ทำงานหนักหารຸ່ງหามค่า เพื่อดึงเงินทองมาใช้จ่ายและพักผ่อนน้อย

อาชีพ

ผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นพวกทำงานหนัก จากการศึกษาของหลายท่านพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรและรับจ้าง วันชัย วัฒนศัพท์ (2519) รายงานผู้ป่วยกระเพาะทะลุซึ่งพบและเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลประจำจังหวัดขอนแก่น มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นชาวนา เดือนที่พบมีผู้ป่วยมากที่สุดคือ ระหว่างเดือนตุลาคม พฤศจิกายน และธันวาคม

เฟื่องเพชร เกียรติเสวี (2523) รายงานการศึกษาของแพทย์ที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน อันเนื่องมาจากโรคกระเพาะอาหาร ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา รองลงมาคือทำไร่ และรับจ้างตามลำดับ มีผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มคนต่อฤดูหนาว ชาวนาต้องทำงานหนัก จึงมีอาการปวดหลัง ปวดข้อหรือไม่สบายมาก และทำงานไม่ได้ จึงซื้อยาตามบ้านกิน ซึ่งมักเป็นพวก Corticosteroid , Phenylbutazone , Indomethacin , Aspirin วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน (2528) รายงานการศึกษาแผลเป็บติคทะลุที่ได้รับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ศึกษาย้อนหลัง 3 ปี จำนวน 180 ราย พบมีอาชีพทำนามากที่สุด ร้อยละ 88.30 อาชีพที่ทำงานหนักคือชาวนา มีการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยอย่างผิดวิธี สุนทร ไทยสมศรี และชวนพิศ ธรรมานิชนนธ์ (2532) ศึกษาผู้ป่วยนอกฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 200 ราย ที่มารับการตรวจรักษาด้วยอาการปวดท้องที่ยังไม่ทราบสาเหตุ โดยการส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่าเป็นเกษตรกร ร้อยละ 47.50 รับราชการ ร้อยละ 14.50 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 13.50 ทำงานบ้านหรือคนที่เ็นแม่บ้าน รวมทั้งอยู่บ้านเฉย ๆ ร้อยละ 12.50

ธรรมบุญ วานิชะพงศ์ และสมเกียรติ วัฒนศิริชกุล (2533) ศึกษาผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาล 100 ราย พบเป็นกลุ่มอาชีพรับจ้างเป็นกรรมกรมีสูงถึง 57.00% รองลงมาเป็นกลุ่มที่ว่างงานเฝ้าบ้านมี 22.00% และกลุ่มอาชีพค้าขาย ข้าราชการมี 7.00% และ 6.00% ตามลำดับ ขวลิต ลิ้มปวิทยกุล (2534) ศึกษาผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ 642 ราย ในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2529 ถึง 2533 ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี พบมากในคนที่มือาชีพ

เกษตรกร ร้อยละ 75.89 อาชีพเกษตรกร เป็นโรคนี้มากกว่าอาชีพอื่นๆ เนื่องจากเกษตรกรมีอากาศ ปรวนแปรเมื่อยจากการทำงานมากกว่าอาชีพอื่นๆ จึงต้องซื้อยาแก้ปวดมารับประทานบ่อยๆ ทำให้ติด เป็นนิสัย วันไหนไม่ได้รับประทานยาแก้ปวด จะมีอาการอ่อนแรง ทำงานไม่ได้

ไพรรศพรณ์ เล็กอุทัย (2535) ศึกษาผู้ป่วยของกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสังวร จังหวัด สุโขทัย จำนวน 825 ราย ที่มารับการตรวจรักษาโดยการส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น มีอาชีพ เกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 65.21 ทำงานบ้านหรือคนที่เป็แม่บ้าน รวมทั้งอยู่บ้านเลข ๆ ร้อยละ 9.50 รับจ้างร้อยละ 9.40 พิจารณ์ คำทอง (2536) ศึกษาผู้ป่วยแผลเป็ปดิกทะเลที่รักษาทางศัลยกรรม เป็นการศึกษาย้อนหลัง 4 ปี ในผู้ป่วยจำนวน 288 ราย ที่รักษาแผลเป็ปดิกทะเลของ โรงพยาบาล สุรินทร์ อาชีพส่วนใหญ่ร้อยละ 90.00 เป็นพวกใช้แรงงาน

ประเสริฐ สุวรรณพานิช (2536) ศึกษาการผ่าตัดรักษาแผลเป็ปดิกทะเลในโรงพยาบาล สมุทรสงคราม จากการศึกษาย้อนหลังการรักษาผู้ป่วยแผลเป็ปดิกทะเล 32 ราย ปี พ.ศ. 2529-2530 พบอาชีพที่ทํ่าส่วนใหญ่เป็นพวกทำงานหนัก คือ อาชีพทำนํ้าตาลมะพร้าว และสุดาพรรณ ควรสถาพรทวี และคณะ (2535) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลใน กระเพาะอาหารโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้จากการตรวจพิเศษทางรังสี วิทยา หรือการตรวจด้วยการส่องกล้อง ที่มาขอรับบริการจากหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั่วไป และ คลินิก โรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่ เดือน มิถุนายน 2529 ถึงเมษายน 2530 จำนวน 150 ราย พบว่าอาชีพส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างรายวัน ร้อย ละ 28.67 และรับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและเอกชน ร้อยละ 22.00

ผู้ป่วยโรคแผลเป็ปดิกส่วนใหญ่มีอาชีพที่ต้องทำงานหนัก ต้องใช้แรงงาน และเครียดจาก เหตุการณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับสภาพการทำงาน

รายได้

คันศควรรษที่ 19 โรคแผลเป็ปดิกมักพบในผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจดี แต่การรักษาในระยะหลัง พบว่าเปลี่ยนแปลงไปทั้งในโรคแผลกระเพาะอาหารและแผลในลำไส้เล็ก Doll et al. , 1961 ; Newman et al. , (1961 อ้างถึงใน อุไร จันทรเมฆา, 2529) พบว่าผู้ที่เป็น Gastric ulcer มีความ สัมพันธ์กับผู้ที่มีสถานภาพสังคมต่ำ และจากการศึกษาผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารในประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้น้อย ฉัตรสุดา จันทรศิริ (2526) ได้ทำการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ ระหว่าง ความเครียด การรับประทานยาแก้ปวด ยาซูดกับการเกิดโรคกระเพาะอาหาร ทำการศึกษาที่ อำเภอเวียงเหนือ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ความเครียด ยาแก้ปวดและยาซูด มีความสัมพันธ์กับการ เกิดโรคกระเพาะอาหารในชนบท และผู้ป่วยมีรายได้น้อยอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

อุไร จันทรเมฆา (2529) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดใน ส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า รายได้เฉลี่ย ต่อครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ สุดาพรรณ ควรสถาพรทวี (2535) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร พบว่ามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ ในช่วง 1,000-3,000 บาท และอรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคแผลในกระเพาะที่มารับการตรวจและรักษาที่ตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยในแผนก อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ หน่วยทางเดินอาหารของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามารับดี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 120 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ตั้งแต่ 4,000 บาทลงไป

จึงเห็นได้ว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ปัญหาเกี่ยวกับค่าครองชีพต่าง ๆ ก็จะไม่ เกิดขึ้น ความวิตกกังวลต่อสภาพความเป็นอยู่ภายในครอบครัวก็จะไม่เกิดขึ้น (นราธร สรประสิทธิ์, 2529) นักจิตวิทยา อับราฮัม มาสโลว์ (อ้างถึงใน อรุณ รักธรรม, 2526) กล่าวถึงลำดับความต้องการ ของมนุษย์ทางด้านกายภาพซึ่งมนุษย์ต้องหาทางบำบัดเพื่อความอยู่รอด อันได้แก่ ความต้องการ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค เป็นต้น ถ้าหากมนุษย์ไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการเหล่านี้ ก็จะทำให้ขาดความสมดุลทั้งทางร่างกายและสิ่งแวดล้อมภายนอก เกิด ความเครียดขึ้นได้

ภาระครอบครัว

สุพัตรา เชาตวิงส์ ณ อยุธยา และคณะ (2526) กล่าวว่า ความเครียดทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมหรือสิ่งแวดล้อม มีสาเหตุมาจากสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ หน้าที่การงาน นอกจากนี้ สมภพ เรืองตระกูล กล่าวว่า ความเครียดชนิดต่าง ๆ อาจเป็นปัญหา ความยุ่งยากภายในบ้าน และการต้องมีการรับผิดชอบมากขึ้น

จากการศึกษาของ พรทิพย์ เกตุรานนท์ (2527) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของ พยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างได้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร 6 แห่ง จำนวน 497 คน โดยใช้การสุ่มตัว อย่างแบบมีระบบ ใช้แบบสอบถาม SCL 90 วัดความเครียดออกมาในรูปของอาการทางกายและทาง จิตรวม 9 อาการ พบว่า พยาบาลที่มีภาระครอบครัวต่างกันจะมีความเครียดต่างกัน โดยพยาบาลที่มี ภาระครอบครัวหนักจะมีความเครียดมากกว่าพยาบาลที่ภาระครอบครัวเบา ภาระปานกลางและไม่มี ภาระครอบครัว

พรทิพย์ วิโรจน์แสงอรุณ (2528) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลที่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 346 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้แบบสำรวจ ความเครียด HOS ที่วัดความเครียดออกมาในรูปของอาการทางกายเป็นส่วนใหญ่ พบว่าปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของพยาบาลมากที่สุด คือ ปัญหาในชีวิตประจำวันและการทาง
ครอบครัว

พรรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ (2529) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับ
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของอาจารย์พยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยใน
ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์ที่ปฏิบัติงานในคณะพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัย 4 แห่ง
คือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยสงขล
นครินทร์ จำนวน 273 คน โดยใช้แบบสอบถามความเครียดกับแบบสอบถามพฤติกรรมด้านความ
สัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผลการศึกษาพบว่า การครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคคล
โดยผู้ที่ไม่มีภาระในครอบครัวจะมีความเครียดน้อยที่สุด และผู้มีภาระครอบครัวมากจะมี
ความเครียดมากที่สุด

จะเห็นได้ว่า การดำเนินชีวิตของคน เมื่อเข้าสู่วัยหนุ่มสาวและวัยทำงาน ก้าวเข้าสู่การ
ประกอบอาชีพ สามารถหารายได้ด้วยตนเอง ความรับผิดชอบในตนเองก็เริ่มขึ้น นอกจากนี้บางคน
ยังต้องรับภาระในการเลี้ยงดูครอบครัว การสร้างฐานะ สร้างครอบครัวของตนเอง และอาจต้องดูแล
เลี้ยงดูญาติพี่น้องหรือคนอื่นอีกด้วย ประกอบกับถ้าต้องทำงานหนัก เวลาในการพักผ่อนน้อยลง
และการปฏิบัติงานที่ร่างกายต้องมีการปรับตัวตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดความเครียดได้
ง่าย นำไปสู่การเกิดโรคแผลเป็บติลได้

เหตุการณ์ในชีวิต

ร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่อยู่ร่วมกัน และจะต้องมีความสมดุล ในภาวะทางจิตสังคม
มนุษย์จึงจะสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นสุข หากมีสิ่งรบกวน (Stressor) ไม่ว่าจะเป็นสิ่ง
รบกวนที่เป็นกายภาพหรือสิ่งรบกวนทางจิตสังคม เมื่อไปกระทบต่อบุคคลนั้นคือกระทบต่อการ
ทำงานของร่างกายมนุษย์ จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีรวิทยาและพฤติกรรม

เหตุการณ์ในชีวิต (Life event) โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่ร้ายแรงของชีวิต (Life crisis) เป็นเหตุ
การณ์ที่เครียดของชีวิต (Stressful life event) เป็นตัวแปรหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจ และมีการศึกษาถึง
ผลกระทบที่มีต่อสุขภาพ ทั้งนี้เพราะเหตุการณ์ของชีวิต มีผลทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลง
แบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งต้องอาศัยการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปด้วยดี

การศึกษาเหตุการณ์ในชีวิต สืบเนื่องมาจากการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด (Stress) โดยในปี
ค.ศ. 1929 William B. Cannon นักสรีรวิทยาชาวอเมริกัน ได้ให้ข้อสังเกตว่าการเปลี่ยนแปลงของ
ร่างกายเกี่ยวข้องกับอารมณ์ (Goldberger and Breznitz, 1982) ต่อมา Selye (1956) ได้กล่าวถึง
ความเครียดว่าเป็นปฏิกิริยาของการปรับตัวโดยทั่วไปของสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งกระตุ้น (General
adaptation Syndrome) และในปี ค.ศ. 1971 Mason เสนอแนวความคิดว่าความเครียดเป็นการตอบ

สนองทั้งทางจิตวิทยาและชีววิทยาของสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งกระตุ้น และเชื่อว่าความเครียดเป็นการตอบสนองทั้งทางจิตวิทยาและชีววิทยาและสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดจึงมุ่งความสนใจไปที่ความสัมพันธ์ของความเครียดกับภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วย เนื่องจากมีรายงานว่า ความเจ็บป่วยมักเกิดขึ้นในระหว่างที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิต (Bieliauskas, 1982)

ในปี ค.ศ. 1966 Wolff แพทย์ทางระบบประสาทของ Cornell Medical Center ศึกษากระบวนการของการเจ็บป่วย สรุปว่า สุขภาพของมนุษย์มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความต้องการทางร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม และบุคคลจะไม่สามารถปรับตัวตามกลไกการปรับตัวตามปกติ ถ้าสิ่งแวดล้อมนั้นมีสภาพที่รุนแรง หรือมีความซับซ้อนอยู่เป็นเวลานาน ๆ ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมทดแทนต่างๆ โดยจะแสดงออกทางระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ระบบการไหลเวียนของโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบประสาท ต่อมต่างๆ และพฤติกรรมทางเพศ

เหตุการณ์ในชีวิตจะก่อให้เกิดแรงกดดันต่อภาวะจิตใจของบุคคล เป็นเสมือนตัวกระตุ้นหรือแหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และผลของเหตุการณ์เหล่านั้นมีอิทธิพลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต Muhlenkamp, Gress และ Flood (1975) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้มีอายุระหว่าง 30-60 ปีกับกลุ่มผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อทราบถึงความแตกต่างของการให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลสองกลุ่ม พบว่าทั้งสองกลุ่มจะให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ในชีวิตแต่ละเหตุการณ์ไม่แตกต่างกัน จะมีเพียงบางเหตุการณ์ซึ่งเป็นส่วนน้อยมากที่แตกต่างกัน Perznecker และ McNeil (1975) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้มีอายุระหว่าง 18-72 ปี ถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตกับการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปในทางบวก ทางลบหรือไม่แน่ใจ แล้วรวมคะแนนตามความรุนแรงของเหตุการณ์ทั้งหมด ส่วนการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายจะประเมินจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ และการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Belloc และคณะ (1971) ได้สำรวจภาวะสุขภาพกายและใจของกลุ่มที่อายุระหว่าง 30-70 ปี พบว่าผู้ที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจจากงาน เช่น การว่างงาน การถูกไล่ออก ความล้มเหลวในการทำงาน เป็นต้น ทำให้ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอกับการใช้จ่าย จะเป็นผู้มีปัญหาสุขภาพร่างกายที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอ หรือไม่ประสบปัญหาจากการทำงาน

ส่วนการศึกษาของ Briscoe และ Smith (1975) พบว่า การหย่าร้างจากคู่สมรสจะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์เศร้า โดยผลจากการศึกษาปรากฏว่า ผู้ป่วยที่หย่าร้างจะมีอารมณ์เศร้าจากการสูญเสียมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้หย่าร้าง

นอกจากนี้ Dohrenwen และ Dohrenwen (1984) ศึกษาโดยใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการศึกษาแบบกลุ่มควบคุม (case control) พบว่าเมื่อมีเหตุการณ์ในชีวิตเกิดขึ้นแล้ว ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติสู่ภาวะช็อค กล่าวคือ อุณหภูมิของร่างกายต่ำลง การหลั่งของน้ำย่อยมากผิดปกติ อวัยวะต่าง ๆ มีการทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ส่วน Tessler และ Mechanic (1978) ได้ศึกษาพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิต กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายซึ่งประเมินถึงความสามารถในการประกอบ กิจกรรมในชีวิตประจำวันร่วมกับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย

รวมทั้ง Paykel และ Tanner (1976) กล่าวว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของอารมณ์เศร้าที่ผิดปกติ โดยศึกษาจากผู้ป่วยหญิงที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าและมีอาการดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษาแล้วจำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบต้องเผชิญกับจำนวนเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ก่อนที่จะเกิดอาการกำเริบมากกว่าผู้ที่ไม่แสดงอาการกำเริบและเหตุการณ์ที่เผชิญโดยมากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

จากการศึกษาของหลายท่าน พบว่า การประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ การงาน ครอบครัว และสังคม มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางร่างกาย และพบว่ามีอิทธิพลต่อการทำงานของกระเพาะอาหาร ทำให้มีการหลั่งน้ำย่อยมากผิดปกติ

การรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัดเปรี้ยวจัด จะทำให้มีน้ำย่อยถูกหลั่งออกมามาก ทำให้ผนังกระเพาะถูกระคายเคืองและเป็นแผลได้ง่าย การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา การปล่อยให้ท้องว่างในเวลามื้ออาหาร กระเพาะอาหารที่ไม่มีอะไรอยู่เลขขณะที่คนเราหิวนั้นกลับจะทำให้มีการบีบตัวมากขึ้น (Hunger contraction) และมีการหลั่งกรดมากขึ้น เนื่องจากเมื่อถึงเวลาอาหารน้ำย่อยจะถูกหลั่งออกมา แต่เมื่อไม่มีอาหารให้ย่อย น้ำย่อยที่มีฤทธิ์กัดกร่อนแรงก็จะทำความระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร วิกิจ วีรานุกต์ และคณะ (อ้างถึงใน อุทฤษฎ์ ปลั่งวาณิช, 2528) ได้ทำการทดลองฉีดน้ำสกัดจากพริกให้เข้าไปในกระเพาะอาหารระหว่างการตรวจด้วยกล้องส่อง และสามารถจะแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่ามีการทำลายของเยื่อกระเพาะอาหาร โดยพบได้ตั้งแต่แดงและบวมไป

จนถึงเลือดออกมาสดๆ นอกจากพริกแล้วการรับประทานน้ำส้มพริกคองซึ่งผู้ประกอบการใช้กรดอย่างอื่นแทนกรดอะซิติกเช่นกรดกำมะถันเป็นต้น ความแรงของกรดนี้สูงมากถึงแม้จะเป็นจำนวนน้อยก็อาจสามารถลด pH ลงได้มากกว่ากรดอะซิติกมาก และ pH ต่ำๆเช่นนี้ก็จะรบกวนระคายเคืองกระเพาะอาหาร

สุนทร ไทยสมัคร และชวนพิศ ธรรมาณิชาพันธ์ (2532) ศึกษาผู้ป่วยนอกของฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา ที่มารับการตรวจรักษาด้วยอาการปวดท้องที่ยังไม่ทราบสาเหตุ โดยการส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้นิยมบริโภคอาหารรสจัด โดยมีพริกเป็นส่วนประกอบร้อยละ 66.67 ซึ่งพบว่า การบริโภคอาหารของคนภาคอีสานมักจะเป็นอาหารที่มีรสจัดเป็นส่วนใหญ่และรสเผ็ดมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไร จันทรเมฆา (2529) และเฟื่องเพชร เกียรติเสวี (2523) พบว่า การรับประทานอาหารรสจัดและไม่ตรงเวลา มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดทางส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร นอกจากนี้ จันนิช สิริวัฒนันต์ และคณะ (2532) พบว่า ผู้ป่วยที่มีเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารส่วนต้น รับประทานอาหารที่มีรสเผ็ดจัด ร้อยละ 11.00

อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารที่มาขอรับการตรวจและรักษาที่คัดตรวจโรคผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน แผนกอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ หน่วยทางเดินอาหารของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามารับดีและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และยังคงมีอาการอยู่ในปัจจุบัน จำนวน 120 ราย พบว่าร้อยละ 48.30 เคยหรือยังมีการรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ และร้อยละ 75.80 เคยหรือยังมีการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา

การรับประทานอาหารมากเกินไป ถ้าปริมาณอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อมีจำนวนมาก จะทำให้กระเพาะอาหารทำงานมากขึ้น ทั้งการหลั่งกรดและการเคลื่อนไหวในการย่อยอาหาร

การรับประทานอาหารไม่ถูกส่วนและไม่มีความสมดุลในแต่ละมื้อ การรับประทานอาหารประเภทใดประเภทหนึ่งมากเกินไป ล้วนแต่ทำให้เกิดปัญหาในการย่อยได้ทั้งสิ้น

การรับประทานอาหารประเภทแป้ง เช่น ขนมปัง ข้าวต้ม เล็ก ขนมพาย ข้าว มักกะโรนี อาหารจำพวกนี้มีฤทธิ์เป็นกรด หากรับประทานอาหารประเภทนี้มากเกินไปจะทำให้สมดุลของความเป็นกรดเป็นด่างในร่างกายเสียไป ทำให้มีกรดมากขึ้นอันเป็นเหตุให้เกิดการย่อยผิดปกติ

อาหารโปรตีนจำพวกเนื้อสัตว์ สามารถทำให้กรดในกระเพาะอาหารเป็นกลางได้ถึงแม้จะลดกรดได้ดีในตอนแรก แต่อาหารโปรตีนโดยตัวของมันเองก็เป็นกรด ดังนั้นหากรับประทานมากเกินไป จะกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดมากขึ้น ก็จะทำให้กรดในกระเพาะอาหารมากขึ้นด้วย



อาหารประเภทไขมันจะผ่านกระเพาะอาหาร (Gastric passage time) ช้าที่สุด ถ้ารับประทานอาหารที่มีไขมันสูงอาหารจะคงอยู่ในกระเพาะอาหารได้นาน ทำให้กระเพาะอาหารต้องทำงานมากขึ้น

การรับประทานอาหารแข็งๆเหนียวๆ เช่นอาหารเนื้อเหนียวๆ อาหารพืชผักที่มีไฟเบอร์แข็งและเหนียว อาหารเหล่านี้จะทำให้ลัทธิมิพิเคชั่นเป็นไปด้วยความยากลำบาก ใช้เวลานานทำให้กระเพาะอาหารต้องทำงานมากทั้งการบีบตัวและการหลั่งกรด รวมทั้งอาหารประเภทนี้จะกระตุ้น (Mechanical stimulation) ส่วนแอนทรมได้มากกว่า ทำให้มีการกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดออกมาเยอะและนานกว่าธรรมดา และการรับประทานอาหารเร็วเกินไปและเคี้ยวไม่ละเอียด ทำให้การย่อยเป็นไปไม่ได้ดี

ดังนั้นการรับประทานอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัดเปรี้ยวจัด การรับประทานอาหารจนอิ่มมากเกินไป การรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน การรับประทานอาหารพวกไขมันหรือรับประทานอาหารที่ย่อยยาก มีผลทำให้กระเพาะอาหารต้องทำงานหนัก มีการหลั่งกรดมากขึ้น ซึ่งจะไประคายเคืองกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดแผลได้

การใช้ยาแก้ปวดชนิดบรรจของและการใช้ยาชุด

แอสไพรินเป็นยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ซึ่งมีการใช้กันมากโดยเฉพาะในเรื่องของโรคกระดูกและข้อ และใช้ในเหตุผลอื่นๆ เช่น เป็นยาลดไข้ ใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดอุดตัน โดยเฉพาะหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดแผลเป็บติคแอสไพรินทำให้เกิดกระเพาะอาหารอักเสบและแผลเป็บติค ด้วยกลไกอย่างน้อย 2 ประการ คือทำลาย Gastric mucosal barrier และการสร้าง Prostaglandin ซึ่งเป็นตัวปกป้อง Mucosa จากการถูกทำลาย ในประเทศไทยมีการใช้แอสไพรินจำนวนมากในรูปยาของบรรเทาปวดหรือยาชุดต่างๆ การศึกษาของ ฉลาด อิทธิวัฒน์ และคณะ (2525) ศึกษาในท้องถิ่นที่อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ร้อยละ 8.5-9.00 ของประชากร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน มีการใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำ และมีแนวโน้มการเกิดแผลในกระเพาะสูงกว่าผู้ไม่ได้ใช้เป็นประจำสองเท่า อุไร จันทรเมฆา (2529) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีการตกเลือดในส่วนคั่นของระบบทางเดินอาหาร โดยการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดลดไข้มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ยาแก้ปวดลดไข้ที่นิยมใช้กันในปัจจุบันเป็นยาผสมสูตร เอ.ซี. (แอสไพริน คาเฟอีน) กลุ่มยาที่ผสมแอสไพรินสามารถทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหารได้โดยการทำลายแกสตริกมิวโคซัลแบรียอร์ โดยตรงร่วมกับการกระตุ้นให้หลั่งกรดมากขึ้น นอกจากนี้แอสไพรินยังมีผลต่อการทำงานของเกร็ดเลือด ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารได้

นาทีรัตน์ ตั้งขวิภา (2526) ได้ทำการตรวจวิเคราะห์ยาชุด พบว่า ยาชุดเกือบทุกชนิดมียาประเภท คอर्टิโคสเตียรอยด์ และร้อยละ 11.00 ของยาชุดที่ตรวจพบ มียาเฟนิลบูตาไโซนและเด็กซาเมทาโซนรวมอยู่ด้วยกัน ยาทั้ง 2 ประเภทช่วยระงับการอักเสบ การใช้ด้วยกันจะเสริมฤทธิ์กันเป็นโทษ ใช้ประจำจะเกิดแผลในกระเพาะอาหารและกระเพาะอาหารทะลุ ยาชุดแก้ปวด นอกจากมีเฟนิลบูตาไโซนและคอर्टิโคสเตียรอยด์ ยังผสมยาแก้ปวดหลายชนิดไว้ด้วยกัน เช่น เฟนิลบูตาไโซน และ เอ.ซี. แอสไพรีนและไคไฟโรน บางอย่างมีซ้ำ ๆ กัน 2, 3 เม็ดแต่ละคนละดี

เอนก ขวจิตติ (2527) ศึกษาสาเหตุการเกิดโรคของผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร พบว่า มีการใช้ยาแก้ปวดแก้ไ้เป็นสาเหตุอันดับหนึ่ง บุญ วนาสิน (2525) พบว่าผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 30.00 มีประวัติการรับประทานยาแก้ปวดมานาน วันชัย วัฒนศัพท์ (2519) พบว่า ผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ มีประวัติรับประทานยาแก้ปวดเป็นประจำร้อยละ 61.00 และสุนทร ไทสมักร และชวนพิศ ธรรมาณิชา นนท์ (2532) พบว่าผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารที่ตรวจด้วยการส่องตรวจกระเพาะ มีประวัติกินยาชุดร้อยละ 68.57 นอกจากนี้ได้มีผู้ศึกษาผู้ป่วยที่มีเลือดออกในรบบทางเดินอาหารส่วนต้น ผลการศึกษา พบว่า การรับประทานยาแก้ปวด แก้ไ้ ยาชุด ยาของ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น(จำเนียร สิริวัฒนันต์ และคณะ, 2532 ; กิตติ จันทรเลิศฤทธิ์, 2532 ; วิโรจน์ หมั่นคิดธรรม, 2534 ; ทิพัฒน์ ชุติชูเดช, 2529 ; สุนา อร่ามเรือง, 2531 ; ไพสรพณ์ เล็กอุทัย, 2535)

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

Palmer (1954) ได้ส่งกล้องผู้ป่วยชายหนุ่ม 34 ราย ที่มีอาการ Acute alcoholism อย่างรุนแรงหลังจากดื่มเหล้าครั้งสุดท้ายไป 6 ชั่วโมง ไม่พบลักษณะ Chronic alcoholism และอาการทางคลินิกของโรคอื่น มีกระเพาะปกติ 4 ราย อีก 30 ราย วินิจฉัยเป็น Acute exogenous gastritis เพราะเยื่อบวมแดงอักเสบมีจุดเลือดออกและเป็นฝ้าหนอง ตรวจซ้ำหลังจากหยุดดื่มแล้วประมาณ 7-20 วัน พบเยื่อบุปกติทุกราย ได้ส่งตรวจชิ้นเนื้อขณะที่มีอาการระคายเคืองปล้น 34 ราย ไม่พบผลตรวจทางชีววิทยาผิดปกติ พบเป็น erosion 20 ราย ได้ส่งตรวจชิ้นเนื้อซ้ำ 11 ราย หลังจากตรวจครั้งแรกแล้วหลังจากหยุดดื่ม 7-20 วัน พบ 9 รายกลับคืนสู่ภาวะปกติ มี 2 รายมีการอักเสบปานกลาง ผลการศึกษานี้สนับสนุนผลการทดลองของ Wofford และ Wolff (1943) พบว่าเยื่อบุกระเพาะอาหารบวมแดง หนา แข็ง และมีน้ำมาก หลังจากดื่มเหล้า 30 ซีซี. 90 ซีซี. ทาง Gastrostomy ช่วงเวลา 45 นาทีหลังจากให้เหล้าเป็นช่วงที่เกิดผลกระทบคือเยื่อบุมากที่สุด และหลังจากให้แล้ว 90 นาที กลับคืนสู่ภาวะปกติ การให้แอลกอฮอล์ 20, 50 และ 100% โดยครั้งที่บริเวณเยื่อบุกระเพาะขนาด 1 ตารางเซนติเมตรทำให้เกิด Erythema ภายใน 1 ชั่วโมงหลังให้

William (1956) ได้ทำการทดลองทั้งในหนูและคน โดยการให้แอลกอฮอล์ 50% จำนวน 5 ซีซี. ยี่ห้อ Scotch และ Irish Whisky หรืออินแก่หนู 6 ตัว พบว่าหลังให้ 30 นาทีเยื่อพื้นผิวบวมแดง 60 นาที เยื่อเกิด necrosis และหลังให้ 2 ชั่วโมง เกิด Frank erosion และ ulcer ขยายกว้างและลึก ในคนพบว่า การให้แอลกอฮอล์ 40% หรือมากกว่า มีการฉีกเยื่อ erosion และ ulcer คล้ายคลึงกับที่พบในหนู

Kelly et al . ,1995 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์และการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในผู้ป่วย 1004 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 2446 คน โดยควบคุมปัจจัยที่จะมีผลตัวอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การใช้ยา N-SAID และปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นของการเกิดเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เมื่อเปรียบเทียบจำนวนของการดื่มจาก 1-6 drink/สัปดาห์ ไปจนถึง >35 drink/สัปดาห์ ความสัมพันธ์เพิ่มจาก 0.8 เป็น 6.3 และความสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

สุนทร ไทสมักร และชวนพิศ ธรรมาณิชาพันธ์ (2532) พบว่าผู้ป่วยแผลในกระเพาะอาหารสูบบุหรี่และดื่มสุราร้อยละ 82.90 และวิโรจน์ หมั่นคิดธรรม (2534) พบว่า การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

การดื่มกาแฟและการดื่มน้ำอัดลม

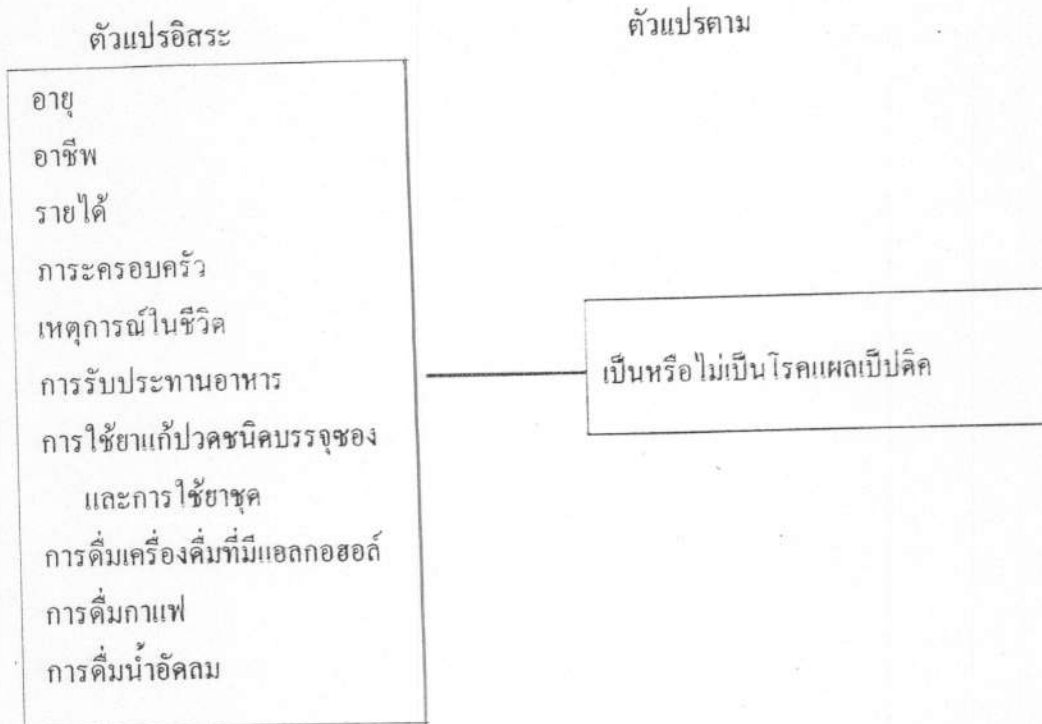
คาเฟอีนในกาแฟและเครื่องดื่ม ไม่เพียงแต่เป็นตัวกระตุ้นให้หลังกรดไฮโดรคลอริก (HCl) ยังเป็นตัวการสำคัญร่วมกับสิ่งกระตุ้นอื่น เช่น ฮีสตามีน แอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยแผลดูโอดินัมด้วย เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและเยื่อมีความไวมากขึ้น Roth (1944) ได้ทำการศึกษาเลือดออกในแผล พบว่าจะเกิดแผลหลังจากให้คาเฟอีน 300 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อเป็นเวลา 10 วัน ประมาณ 50% พบเยื่อบริเวณ Antrum Prepyloric และ Lesser curvature ผิดปกติ และการให้คาเฟอีนขนาด 80-250 มิลลิกรัม กระตุ้นให้หลังกรดได้ทั้งในคนและแมว เครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีนบรรจจะกระตุ้นการหลังกรดในคน การบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนบรรจุอยู่จำนวนมาก ทำให้เกิดแผลดูโอดินัมได้ในบุคคลที่ไม่มีประวัติเป็นแผลมาก่อน

Cohen et al . , (1971) ได้ศึกษาเกี่ยวกับคาเฟอีนและเพนด้า แกสตริน กระตุ้นให้หลังกรดในกระเพาะอาหาร โดยศึกษาจากอาสาสมัครที่มีสุขภาพดี 4 ราย ที่ไม่มีอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารเป็นชาย 2 ราย หญิง 2 ราย อายุเฉลี่ย 40 ปี ก่อนทำการตรวจทุกวิธี ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายต้องอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และใน 1 วัน จะทำการตรวจไม่เกิน 1 วิธี ทุกราย และใน 1 สัปดาห์ ไม่เกิน 2 วิธี ใส่สายยางชนิดทึบแสง 2 เท่า เข้าในกระเพาะอาหาร ปลอຍให้กระเพาะอาหารว่าง และดูดน้ำย่อยทุก 15 นาที ให้สารละลายทางเส้นโลหิตดำต่อเนื่องกัน และให้คาเฟอีน ก่อนให้คาเฟอีนประมาณ ½ ชั่วโมง เจาะเลือดเพื่อหาคาเฟอีนในพลาสมา และทำการเจาะซ้ำทุกครั้งชั่วโมง

วัดปริมาณน้ำย่อยในกระเพาะอาหารทุก 15 นาที พบว่าการให้คาเฟอีน เบนโซเอทขนาด 15 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ชั่วโมง ทางเส้นเลือดดำเกิน 1 ชั่วโมง ทำให้ปริมาณการหลั่งกรดมีค่าเฉลี่ย 1.97 Meq/15 นาที แตกต่างจากการไม่ให้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

Walker et al . , (1988) ศึกษาเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตและปัจจัยด้านจิตสังคมในบุรุษที่ป่วยด้วยโรคแผลเป็บติค ศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาแก้ปวดคลाइและยาต้านการอักเสบ รวมทั้งการดื่มกาแฟมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความเข้มข้นของเปปซินोजินในเลือดผู้ป่วย ($P < 0.005$) การสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตน การสูบบุหรี่ให้บอกจำนวนเฉลี่ยของบุหรี่ที่สูบบวนต่อวัน การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน drink ต่อสัปดาห์ การดื่มกาแฟจำนวนถ้วยต่อวัน และจำนวนของการใช้ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (เช่น แอสไพริน อะเซตามิโนเฟน อินโดเมธาซิน และยาต้านการอักเสบอื่นๆหรือคอร์ติโคสเตียรอยด์) จำนวนเม็ดต่อสัปดาห์ พบว่าปัจจัยต่างๆเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคแผลเป็บติค

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัย จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแผลเป็บติค และจากการเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจและสังคมที่ผลักดันให้สตรีต้องรับบทบาทมากขึ้น ตลอดจนชีวิตความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรด้านจิตสังคมต่าง ๆ ที่คาดว่าจะสามารถวิเคราะห์จำแนกระหว่างกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคแผลเป็บติค และกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่เป็นโรคแผลเป็บติค ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ ภาระครอบครัว เหตุการณ์ในชีวิต การรับประทานอาหาร การใช้ยาแก้ปวดชนิดบรรเทา และการใช้ยาชุด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มกาแฟ และการดื่มน้ำอัดลม ซึ่งสามารถแสดงเป็นกรอบแนวคิดไว้ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย