



ปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคแผลเป็บติค ณ โรงพยาบาลจำปาสัก ประเทศสาธารณรัฐ ประชาธิปไตย ประชาชนลาว*

จันทร์ศรี พรหมพิทักษ์ พย.ม.**

ดลวิวัฒน์ แสนโสม PhD***

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Case-control study เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลเป็บติค ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจำปาสัก ประเทศ ส.ป.ล. ลาว ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน สิงหาคม ถึงเดือน ตุลาคม 2561 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วย PUD และกลุ่มผู้ป่วย Non-PUD กลุ่มละ 48 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงเชิงนิเวศวิทยา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด PUD โดยใช้ simple และ multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลเป็บติคมี 3 ระดับ คือ 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ การติดเชื้อ H. pylori (OR=4.88, 95% CI: 1.87-12.73, p=.001) การใช้ยา NSAIDs (OR=107.81, 95% CI: 12.64-919.11, p<0.001) การดื่มแอลกอฮอล์ (OR=31.61, 95% CI: 3.38-295.66, P=.002) และการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา (OR=45.22, 95% CI: 4.84-422.05, p=.001) 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การมีเพื่อนสนิทที่ยอมรับประทานเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (OR=7.37, 95% CI: 1.47-36.87, p=.01) และการมีครอบครัวไม่มีข้อห้ามในการดื่มแอลกอฮอล์ (OR= 3.98, 95% CI: 1.24-12.21, p=.02) และ 3) ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและกฎหมาย ได้แก่ การซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังเวลา 16.00 น (OR=5.02, 95% CI: 1.42-17.72, p=.01) การป้องกันเกิด PUD อย่างมีประสิทธิภาพจึงควรดำเนินการให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 3 ระดับนี้

คำสำคัญ: ปัจจัยเชิงนิเวศวิทยา โรคแผลเป็บติค ปัจจัยเสี่ยง

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Ecological Factors Associated with Peptic Ulcer Disease at Champasak Hospital, LAO PDR*

Chansy Phomphuthak M.N.S.**

Donwivat Saensom PhD***

Abstract

This case-control study was conducted to identify factors associated with peptic ulcer disease (PUD) among Lao's patients admitted at Champasak Hospital, Lao PDR during August - October 2018. Sample consisted of 96 female and male patients aged 18 and over. Subjects were divided into 2 groups. Cases were 48 patients with PUD and controls were 48 patients without PUD (Non-PUD). Data were collected from medical record reviews and PUD ecological risk factors questionnaire. Descriptive statistics were used to summarize PUD risk factors and simple and multiple logistic regressions were used to identify factors associated with PUD. Results revealed that there were 3 groups of factors associated with PUD. 1) Personal factors included *H. pylori* infection (OR= 4.88, 95% CI: 1.87-12.73, $p=.001$), NSAIDs use (OR= 107.81, 95% CI: 12.64-919.11, $p<0.001$), alcoholic beverages consumption (OR= 31.61, 95% CI: 3.38-295.66, $p=.002$), and frequent meal-skipping (OR= 45.22, 95% CI: 4.84-422.05, $p=.001$). 2) Interpersonal factors included friends' acceptance of alcohol-drinking behavior (OR=7.37, 95% CI: 1.47-36.87, $p=.01$) and family approval of alcohol-drinking (OR= 3.98, 95% CI: 1.24-12.21, $p=.02$). 3) Socio-cultural and legal factor included buying alcohol beverages after 4 pm. (OR=5.02, 95% CI: 1.42-17.72, $p=.01$). As a result, effective PUD prevention needs to target these 3 levels of risk factors.

Keywords: ecological factors, peptic ulcer disease, risk factors

*Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Student of Master of Nursing Science in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



บทนำ

โรคแผลเป็บติค (Peptic ulcer disease: PUD) เป็นแผลที่เกิดจากการทำลายหรือเกิดแผลบริเวณหลอดอาหารส่วนล่างและเยื่อบุกระเพาะอาหาร (Stomach) ซึ่งเรียกว่าโรคแผลในกระเพาะอาหาร (Gastric ulcer: GU) หรือแผลที่เยื่อบุลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum ulcer: DU)¹ PUD เป็นโรคที่พบได้บ่อย มีอุบัติการณ์และความชุกของโรคในทั่วโลก พบอัตราการเกิด PUD ในแต่ละปีเฉลี่ยร้อยละ 0.12-1.5² และในช่วงหนึ่งของชีวิตของคนทั่วไปจะมีโอกาสเป็นโรคนี้ประมาณร้อยละ 10-20 โดยจะพบ DU มากกว่า และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2-4 เท่า DU มักจะพบในผู้ที่มียาอายุเฉลี่ย 30-55 ปี ส่วน GU พบในผู้ที่มียาอายุเฉลี่ย 55-70 ปี แต่ทั้งสองประเภทสามารถพบได้ในทุกวัย³ เนื่องจาก PUD เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นๆ หายๆ เมื่อเป็นแล้วจะกลายเป็นปัญหาเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ 1) ภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร พบประมาณร้อยละ 12 และในรายที่เสียเลือดมากอาจเป็นอันตรายทำให้เสียชีวิตได้^{3,4} โดยมีอัตราตายสูงถึง ร้อยละ 10⁵ 2) กระเพาะอาหารทะลุ ซึ่งเกิดจากการที่แผลลุกลามผ่านชั้น Serosa เกิดรอยทะลุสู่ช่องท้อง⁶ และพบแผล DU ทะลุมากกว่าแผล GU 7-10 เท่า โดยมีอัตราการตายจากแผล DU ทะลุ ร้อยละ 2-10⁵ นอกจากนี้ยังเกิดแผลลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียง เช่น ตับอ่อน ทางเดินน้ำดี และตับ 3) กระเพาะอาหารหรือลำไส้อุดตัน พบร้อยละ 2¹ นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยยังเป็นผลทำให้เพิ่มภาระหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพและโรงพยาบาลในการดูแลรักษา และจากอาการของโรคที่เป็นมากขึ้นทำให้ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.22⁷ วัน ซึ่งมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด 3.56 วัน

โรงพยาบาลจำปาสัก ประเทศ ส.ป.ป. ลาว พบผู้ป่วยที่เป็น PUD ในระหว่างปี ค.ศ. 2014-2016 จำนวน 224, 266 และ 305 ราย ตามลำดับ และจากการทบทวนเวชระเบียนโรงพยาบาลจำปาสัก พบจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5-7 วัน ใช้ค่ารักษาเฉลี่ยในแต่ละครั้ง 7,000-10,000 บาท ซึ่งเมื่อเทียบกับรายได้ของประชาชนลาวถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง จากบริบทของประเทศ ส.ป.ป. ลาว พบว่า สิ่งแวดล้อมทางสังคมมีส่วนสำคัญที่ทำให้

บุคคลเกิดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเกิด PUD เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ที่จะพบทั่วไปในประเทศ ส.ป.ป. ลาว เนื่องจากสังคมลาวมักจะยอมรับการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นงานบุญ งานแต่งงาน งานแสดงความยินดี งานเลี้ยงวันเกิด งานขึ้นบ้านใหม่ งานเทศกาลต่างๆ และตามประเพณีฮีตสิบสองคองสิบสี่ ก็จะมีการสังสรรค์ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ร่วมด้วยจนถือว่าเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ นอกจากนี้การดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ยังเป็นช่องทางการเข้าถึงสังคมและเป็นการแสดงถึงการยอมรับกัน และแสดงความรักกัน บางครั้งการสูบบุหรี่จะถูกมองในเชิงบวกเนื่องจากผู้สูบบุหรี่สามารถนำไปใช้เพื่อสร้างสัมพันธที่ดีในสังคม⁸ นอกจากนี้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ก็สามารถหาซื้อได้ง่ายตามร้านสะดวกซื้อทั่วไป ใครซื้อก็ได้โดยไม่จำกัดอายุ และสามารถซื้อได้ทุกเวลา ซึ่งผิดต่อระเบียบกฎหมายว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มาตราที่ 53-56 และกฎหมายการควบคุมยาสูบมาตรา 48-50 ของ ส.ป.ป. ลาว สิ่งเหล่านี้ได้หล่อหลอมและเอื้อให้มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มากขึ้น จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนหนึ่งเกิดจากการเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย และการได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ และโอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มักดื่มในโอกาสงานเลี้ยงสังสรรค์ระหว่างเพื่อน ร้อยละ 60.8 รองลงมาคือโอกาสเทศกาลต่างๆ ร้อยละ 27.3⁹

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคแผลเป็บติคครอบคลุมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคแผลเป็บติคโดยตรง และยังรวมถึงปัจจัยที่ทำให้บุคคลนั้นๆ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคแผลเป็บติคเพิ่มขึ้น มากกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งสามารถจำแนกปัจจัยเหล่านี้ตามกรอบแนวคิดของโมเดลเชิงนิเวศวิทยาได้เป็น 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและกฎหมาย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค ในเดือนมกราคม 2560 ที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจำปาสัก ส.ป.ป. ลาว จำนวน 10 ราย เป็นเพศชาย 7 ราย เพศหญิง 3 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรม 1) รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา 7 ราย เช่น ไม่รับประทานอาหารเช้า เนื่องจากต้องรีบไปทำงาน จะรับประทานอาหารเฉพาะอาหารเที่ยง 2) ดื่มสุราและสูบบุหรี่ จำนวน 7 ราย เนื่องจากมีความเชื่อและ



ความเคยชินว่าเป็นพฤติกรรมที่ปกติ ใครๆก็ทำ 3) มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 7 ราย เมื่อไม่สบายหรือมีอาการปวดจะซื้อยาตามร้านขายยากินเอง เช่น ยาพาราเซตามอล ยาชุด ยาลูกกลอน ยาปั่นงู ยาแก้ปวดหาย โดยไม่ไปพบแพทย์ เพราะมีรายได้น้อยและระยะทางในการไปพบแพทย์ไกล ไม่สะดวกในการเดินทาง และยังเชื่อว่าเวลาไปพบแพทย์แล้วได้ยาไปกินก็ไม่หายเท่ากับไปซื้อยามากินเอง 4) ไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง จำนวน 2 ราย เพราะเชื่อว่าเมื่อไม่มีอาการปวดท้องก็ไม่จำเป็นต้องกินยาและจะกินยาเฉพาะเวลามีอาการ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยทุกคนมีความเครียดเนื่องจากต้องหารายได้เข้าครอบครัวและไม่สามารถตอบสนองความต้องการครอบครัวได้ และผู้ป่วยจำนวน 7 ราย มีวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยการปรึกษาญาติหรือบุคคลใกล้ชิด แต่มีผู้ป่วยเพศชาย จำนวน 2 ราย ที่ดื่มสุราและสูบบุหรี่ เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียดและผู้ป่วยเพศชายจำนวน 3 ราย ดื่มสุราและสูบบุหรี่เนื่องจากเป็นค่านิยมและเป็นประเพณีทางสังคมที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น งานสังสรรค์ต่างๆ ส่วนการสูบบุหรี่เชื่อว่าทำให้ผ่อนคลายความเครียดและเป็นความเคยชิน ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการเกิดแผลเปปติคมีความสอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพและความเชื่อของผู้ป่วย และยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากปัจจัยส่วนบุคคล นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับโรคแผลเปปติคส่วนใหญ่จะทำการศึกษเฉพาะปัจจัยด้านบุคคล แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่ไม่ได้สนใจศึกษา เช่น ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม และกฎหมายที่อาจเพิ่มความเสี่ยงให้บุคคลเกิดแผลเปปติคได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาเพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทุกด้านที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคแผลเปปติคในโรงพยาบาลจำปาสัก ส.ป.ป.ลาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคแผลเปปติคของผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลจำปาสัก ส.ป.ป.ลาว

กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคแผลเปปติคเป็นโรกระบบทางเดินอาหารที่เกิดจากหลายปัจจัย การศึกษาค้นคว้านี้ได้ประยุกต์ใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Ecological model) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคแผลเปปติค เนื่องจาก

โมเดลเชิงนิเวศวิทยามีฐานคิดสำคัญที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ทางสังคมและวัฒนธรรมที่บุคคลอยู่อาศัย ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะถูกกำหนดหรือได้รับอิทธิพลจากพหุปัจจัยในหลายระดับ (multiple levels of influence) ในระบบนิเวศนั้นๆ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยที่เป็นลักษณะภายในบุคคลของตัวบุคคลเอง และปัจจัยที่มาจากสิ่งแวดล้อมของบุคคล ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล องค์กรและชุมชนที่อยู่อาศัย ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมของกลุ่ม และกฎหมายและนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้อง ตามมุมมองของโมเดลเชิงนิเวศวิทยา สิ่งแวดล้อมแต่ละด้านจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อพฤติกรรมและสุขภาพของบุคคล และปัจจัยแต่ละระดับเหล่านี้ก็มีการปฏิสัมพันธ์ต่อกันในแต่ละระดับหรืออิทธิพลจากพหุปัจจัยเหล่านั้นยังมีผลต่อกันและกันด้วย (interaction across different levels)¹⁰

โมเดลเชิงนิเวศวิทยาสามารถใช้จำแนกปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคแผลเปปติค เป็น 3 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชนเผ่า ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุคคลได้แก่ การติดเชื้อ *H. pylori* การใช้ยา NSAIDs การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านเพื่อนและแรงกดดันจากเพื่อน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรคแผลเปปติค เช่น การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญในการเพิ่มหรือลดปัจจัยเสี่ยงให้คนในครอบครัว จากการปลูกฝังความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมการเลียนแบบตาม ก็อาจส่งผลให้บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมเหล่านี้และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผลเปปติค 3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและกฎหมาย เป็นปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดแผล เช่น วัฒนธรรมการต้อนรับเพื่อน หรือแขกที่มาเยี่ยมเยียนด้วยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อแสดงถึงความรักและความเคารพ การดื่มแอลกอฮอล์ในโอกาสต่างๆ ทั้งงานบุญ งานแต่งงาน งานแสดงความยินดี งานเลี้ยงวันเกิด งานขึ้นบ้านใหม่ งานเทศกาลต่างๆ ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ในวาระเหล่านี้เป็นสิ่งที่สังคมยอมรับได้ ส่วนปัจจัยด้านกฎหมายที่ส่งเสริมหรือป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดแผลเปปติค ได้แก่ กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมบุหรี่และแอลกอฮอล์ ดังนั้น การควบคุมและบังคับใช้กฎหมายจึงเป็น



ปัจจัยหนึ่งที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดแผลเป็บติค เป็นต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Case-control study กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลจำปาสัก ส.ป.ป.ลาว ในระหว่าง เดือน สิงหาคม ถึงเดือน ตุลาคม 2561 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย PUD ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารจากแพทย์ โรงพยาบาลจำปาสัก ส.ป.ป.ลาว จำนวน 48 ราย และกลุ่มควบคุม non-PUD ที่มารับการรักษาด้วยโรคอื่น จำนวน 48 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่องตามคุณสมบัติ (Consecutive sampling) โดยผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกของกลุ่มผู้ป่วย PUD และ non-PUD หนดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Bernard¹¹ โดยกำหนดสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วย PUD กับกลุ่มควบคุม non-PUD ด้วยอัตรา 1:1 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 96 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงเชิงนิเวศวิทยาของการเกิดแผลเป็บติค ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดของ Ecological Model แบบประเมินนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลด้าน เพศ อายุ ชนเผ่า การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการเป็น PUD การวินิจฉัยปัจจุบันว่าเป็น PUD ผลการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ตำแหน่งของแผลในกระเพาะอาหาร และการได้รับการตรวจหาเชื้อ *H. pylori*

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงเชิงนิเวศวิทยา ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วยคำถามจำนวน 38 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับการติดเชื้อ *H. pylori* การใช้ยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด และลักษณะนิสัยในการบริโภคอาหาร 2) ปัจจัยระหว่างบุคคลประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อเกี่ยวกับปัจจัยด้านเพื่อนและแรงกดดันจากเพื่อนในการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยด้าน

ครอบครัวในการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ และ 3) ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและกฎหมาย ประกอบด้วยคำถามจำนวน 17 ข้อ เกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผลเป็บติคและปัจจัยด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดแผลเป็บติค เมื่อรวมคะแนนแบบสอบถาม คะแนนน้อยแสดงถึงการมีความเสี่ยงต่ำ และคะแนนมากมีความเสี่ยงสูง

แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงเชิงนิเวศวิทยาของการเกิดแผลเป็บติคได้รับการประเมินความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI=0.82 ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือประเมินโดยตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ Cronbach's alpha coefficient=0.87 และ test-retest reliability (stability) ได้ reliability coefficient =0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากที่ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ ส.ป.ป. ลาว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยสอบถามเป็นรายบุคคล โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำปาสัก ส.ป.ป. ลาว เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยแนะนำตัวเองต่อหัวหน้าและพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลจำปาสัก เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือและการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยในเวรเข้าผู้วิจัยและพยาบาลประจำการจะร่วมกันคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าแล้วดำเนินการเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและสร้างสัมพันธภาพโดยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้แนะนำผู้วิจัย รับสมัครผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัยโดยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือก รวมทั้งแจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายหลังการส่องกล้อง ในวันที่ 1 ในกลุ่มผู้ป่วย PUD ส่วนกลุ่ม non-PUD เก็บข้อมูลภายหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในวันที่ 2 ตามเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก และผู้ป่วยไม่มีอาการอยู่ในระยะวิกฤต โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้ฟังก่อน แล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเขียนคำตอบลงในแบบสอบถามอีกชุดหนึ่งด้วยตนเอง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง และความเข้าใจที่



ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย การตอบแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาประมาณ 25-30 นาที ต่อผู้ป่วย 1 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม สถิติสำเร็จรูป (SPSS for windows) ข้อมูลแจกแจง ค่าความถี่และความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผล เป็ปติคดำเนินการวิเคราะห์ใน 2 ขั้นตอนคือ Univariate analysis โดยใช้ simple logistic regression และ Multivariate analysis โดยใช้ multiple logistic regression

การพิทักษ์สิทธิ โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย ขอนแก่น และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของ ส.ป.ป ลาว

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาที่สัมพันธ์กับการเกิด โรคแผลเป็ปติค ณ โรงพยาบาลจำปาสัก ประเทศ สปป.ลาว ในกลุ่มผู้ป่วยโรคแผลเป็ปติค (Case) จำนวน 48 ราย และ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (Control) คือผู้ป่วยด้วยโรคอื่นที่ไม่ใช่ แผลเป็ปติคจำนวน 48 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม PUD ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.8) มีอายุเฉลี่ย 52 ปี (SD=9.41 ปี) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพการเกษตร (ร้อยละ 52.1) มีรายได้โดยเฉลี่ยน้อยกว่า 1.000.000 กีบต่อเดือน (ร้อยละ 54.2) มีส่วนใหญเคยได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 75) และมีประวัติเป็นโรคแผลเป็ปติค (ร้อยละ 27.1) ซึ่งในกลุ่ม

นี้ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* (ร้อยละ 60.4) ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่ม Non- PUD ส่วนใหญ่เป็นเพศ ชาย (ร้อยละ 60.4) มีอายุเฉลี่ย 52 ปี (SD=9.41 ปี) ประกอบ อาชีพการเกษตร (ร้อยละ 58.3) มีรายได้โดยเฉลี่ยมากกว่า 1.000.000 กีบต่อเดือน (ร้อยละ 75) ส่วนใหญ่เคยได้เรียน หนังสือ (ร้อยละ 85.4) และไม่มีประวัติเป็นโรคแผลเป็ปติค (ร้อยละ 10.4) โดยในกลุ่มนี้เคยได้รับการตรวจเชื้อ *H. pylori* เพียงร้อยละ 22.9

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด PUD อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคือ รพ.จำปาสัก ประเทศ สปป.ลาวมี 3 ระดับ คือ (ตารางที่ 1)

1. ด้านบุคคล ได้แก่ การติดเชื้อ *H. pylori* (OR= 4.88, 95% CI: 1.87-12.73, $p = .001$) การใช้ยา NSAIDs (OR= 107.81, 95% CI: 12.64-919.11, $p < 0.001$) การดื่ม แอลกอฮอล์ (OR= 31.61, 95% CI: 3.38-295.66, $p = .002$) การรับประทานอาหารในแต่ละมื้อไม่ตรงเวลา (OR= 45.22, 95% CI: 4.84-422.05, $p = .001$)

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การมีเพื่อนสนิทที่ ยอมรับต่อการดื่มแอลกอฮอล์ (OR=7.37, 95% CI: 1.47- 36.87, $p = .01$) ครอบครัวไม่มีข้อห้ามในการดื่มแอลกอฮอล์ (OR= 3.98, 95% CI: 1.24-12.21, $p = .02$) 9

3. ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและกฎหมาย ได้แก่ การซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังเวลา 16.00 น. (OR=5.02, 95% CI: 1.42-17.72, $p = .01$)



ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลเป็บติค

ปัจจัย	Case (n=48) จำนวน (ร้อยละ)	Control (n=48) จำนวน(ร้อยละ)	OR _{adj} (95%CI)	P
การติดเชื้อ H. pylori				
ไม่ติดเชื้อ	19(39.6)	37(77.1)	4.88	Reference
ติดเชื้อ	29(60.4)	11(22.9)	(1.87-12.73)	.001*
การใช้ยา NSAIDs				
ไม่ใช้	8(16.7)	44(91.7)	107.81	Reference
ใช้	40(83.3)	4(8.3)	(12.64-919.11)	<0.001*
การดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน				
ไม่ดื่ม	7(14.6)	35(72.9)	31.61	Reference
ดื่ม	41(85.4)	13(27.1)	(3.38-295.66)	.002*
การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา				
ไม่ใช้	2(4.2)	43(89.6)	45.22	Reference
ใช้	46(95.8)	5(10.4)	(4.84-422.05)	.001*
ความคิดเห็นของเพื่อนต่อการดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ยอมรับ	7(14.6)	27(58.7)	7.37	Reference
ยอมรับ	41(85.4)	19(41.3)	(1.47-36.87)	.01*
ครอบครัวมีการห้ามในการดื่มแอลกอฮอล์				
มี	31(64.6)	16(33.3)	3.98	Reference
ไม่มี	17(35.4)	32(66.7)	(1.24-12.21)	.02*
ช่วงเวลาที่มักไปซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
08.00-16.00 น	8(16.7)	20(41.7)	5.02	Reference
หลัง 16.00 น	40(83.3)	28(58.3)	(1.42-17.72)	.01*

การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด PUD มี 3 ระดับคือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและกฎหมาย ผู้ป่วยกลุ่มที่มีการติดเชื้อ H. pylori มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลเป็บติคมากกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ H. pylori 4.88 เท่า ซึ่งเชื้อ H. pylori สามารถเคลื่อนไหวในเมือกที่เหนียวมากได้และสร้าง urease ซึ่งเปลี่ยนเป็นแอมโมเนียทำให้เกิดสภาพเป็นด่างรอบตัวเชื้อ จึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นกรดได้ และตัวเชื้อยังสามารถสร้าง protease มาทำลาย glycoprotein ของเมือกในกระเพาะอาหารและสร้างสารพิษทำลายเซลล์เยื่อบุ มีผลให้เมือกบางลง เยื่อบุจึงถูกทำลายได้ง่ายและอาจเกิดแผล ถ้ามีปัจจัยเสริมอื่นๆ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา

ระบาดวิทยาของการเกิดแผลเป็บติคในประเทศจีน จากการสำรวจประชากรจำนวน 3,153 ราย พบว่า มีเชื้อ H.pylori ถึงร้อยละ 73.3 และเมื่อแยกเฉพาะแผลเป็บติค จะพบว่า ติดเชื้อถึงร้อยละ 92.6 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ติดเชื้อ H. pylori มีโอกาสเกิดแผลเป็บติคเพิ่มขึ้น 6.77 เท่า¹²

กลุ่มที่ใช้ยา NSAIDs สัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดแผลเป็บติค 107.81 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใช่ยา เพราะ NSAIDs มีฤทธิ์ในการทำลายเยื่อบุทางเดินอาหาร โดยระคายเคืองเยื่อบุ mucosa กัดการสร้าง prostaglandin ในกระเพาะอาหาร ลดการไหลเวียนเลือดของเยื่อบุ กระเพาะอาหารและรบกวนกระบวนการซ่อมแซมเยื่อบุทางเดินอาหาร¹³ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา NSAIDs มีความเสี่ยงต่อการเกิด



โรคแผลเป็บติค 4 เท่า¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการแผลเป็บติคในผู้ป่วยที่เป็นแผลในกระเพาะอาหารพบว่าการใช้ยา NSAID เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร โดยพบว่าร้อยละ 75.5 ของการเกิดโรคแผลเป็บติคสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs¹⁵

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลเป็บติคมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 31.61 เท่า โดยแอลกอฮอล์ในระดับต่ำจะกระตุ้นให้มีการหลั่งกรด ซึ่งการออกฤทธิ์ที่เยื่อบุกระเพาะอาหารตามการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (cholinergic system) และออกฤทธิ์โดยตรงที่เยื่อบุกระเพาะอาหารให้มีการหลั่งสาร cyclic AMP และ histamine ในขณะที่แอลกอฮอล์ความเข้มข้นสูงไม่มีฤทธิ์ในการกระตุ้นการหลั่งกรดและน้ำย่อยเหมือนในแอลกอฮอล์ความเข้มข้นต่ำ โดยยังไม่ทราบเหตุผลที่ชัดเจน¹⁶ การเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุกระเพาะอาหารขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม โดยการดื่ม 40% แอลกอฮอล์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดและส่งผลทำให้เกิดเยื่อบุกระเพาะอาหารอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มตั้งแต่ 30 นาที และมากที่สุดที่ 60 นาที ในเวลา 24 ชั่วโมง และเมื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ติดต่อกันเป็นเวลานาน จะส่งผลทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ อันเป็นสาเหตุให้เกิดโรคแผลเป็บติคได้¹⁷ สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลเป็บติคใน Konkuk University Medical Center ประเทศเกาหลี ที่พบว่าผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคจำนวน 12,852 ราย มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นร้อยละ 58.7 และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแผลในกระเพาะอาหารที่มีอัตราการฟื้นฟุต่ำกว่าผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึง 1.25 เท่า¹⁸

การรับประทานอาหารในแต่ละมื้อไม่ตรงเวลาเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด PUD ในการศึกษาในกลุ่มที่รับประทานอาหารในแต่ละมื้อไม่ตรงเวลาเสี่ยงที่จะเกิดแผลเป็บติคมากกว่ากลุ่มที่รับประทานอาหารในแต่ละมื้อตรงเวลา 45.22 เท่า การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาเป็นสาเหตุทำให้เกิด PUD เนื่องจากถึงเวลารับประทานอาหารน้ำย่อยจะถูกหลั่งออกมา แต่เมื่อไม่มีอาหารให้ย่อยน้ำย่อยที่มีฤทธิ์เป็นกรดรุนแรงก็จะทำความระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร จนเกิดโรคแผลเป็บติคในที่สุด¹⁹ และการรับประทานก่อนเข้านอนทำให้มีการเกิดในกระเพาะอาหารหลังมากกว่าปกติ จึงมีผลให้

เกิดแผลเป็บติคได้²⁰ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคที่มาใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าร้อยละ 51.61 รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ร้อยละ 74.19 รับประทานอาหารที่เหนียว ย่อยยากเป็นประจำ และร้อยละ 72.58 รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ซึ่งบุคคลที่รับประทานอาหารเหล่านี้เสี่ยงต่อการเกิดโรคแผลเป็บติคมากกว่าในคนที่รับประทานอาหารรสจืด และย่อยง่ายถึง 2.5 เท่า²¹

การมีเพื่อนสนิทและครอบครัวยอมรับต่อการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด PUD กลุ่มที่มีเพื่อนสนิทยอมรับการดื่มแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อการเกิดแผลเป็บติคมากกว่ากลุ่มที่ไม่ยอมรับ 7.37 เท่า และกลุ่มที่ครอบครัวไม่มีการห้ามในการดื่มแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อการเกิดแผลเป็บติคมากกว่ากลุ่มที่ครอบครัวมีการห้ามในการดื่มแอลกอฮอล์ 3.98 เท่า เนื่องจากครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งที่สนับสนุนให้คนในครอบครัวเลียนแบบและดื่มแอลกอฮอล์ตาม ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาที่พบว่าเยาวชนคนใดที่บิดา มารดา และพี่น้องในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ เยาวชนคนนั้นมักมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเช่นเดียวกันถึงร้อยละ 85²² และจากการสำรวจองค์ความรู้และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากรไทยเกือบ 2,000 ราย ช่วงอายุระหว่าง 15-25 ปี ทั่วประเทศ พบว่าพ่อแม่และคนในครอบครัวเป็นผู้ให้ทดลองดื่ม โดยเยาวชนระบุว่าความอยากลองเป็นเหตุจูงใจในการดื่มครั้งแรกมากที่สุด เบียร์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุด รองลงมา คือ สเปย์ไวน์คูลเลอร์ ซึ่งเข้าใจว่าเป็นน้ำผลไม้ไม่ใช่เหล้า ซึ่งเกิดจากการสนับสนุนของคนในครอบครัวถึงร้อยละ 45²³ นอกจากนี้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีสาเหตุจากการอยากรู้ อยากลอง และการคล้อยตามกลุ่มเพื่อน²⁴

นอกจากนี้ การซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังเวลา 16.01 น. เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด PUD สำหรับประชาชนลาว โดย กลุ่มที่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังเวลา 16.01 น. เสี่ยงต่อการเกิดแผลเป็บติคมากกว่ากลุ่มที่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เวลา 08.00-16.00 น. 5.02 เท่า ทั้งนี้ ประเทศไทย ส.ป.ป. ลาวเป็นประเทศที่มีชนบทธรรมเนียมประเพณีและค่านิยมที่เอื้อต่อการมีโอกาสรื่นเริงสังสรรค์ ซึ่งกิจกรรมหลักมักจะมีการดื่มแอลกอฮอล์ เสมือนว่าสังคมลาวยอมรับ



การดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน จึงพบว่ามีการดื่มแอลกอฮอล์ในทุกโอกาสเฉลิมฉลอง เช่น ในงานบุญ งานแต่งงาน งานแสดงความยินดี งานเลี้ยงวันเกิด งานขึ้นบ้านใหม่ งานเทศกาลต่างๆ และงานตามประเพณี ฮีตสิบสองคองสิบสี่ ล้วนมีการสังสรรค์ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย ทำให้เยาวชนที่เติบโตมาในสังคมที่มีค่านิยมดังกล่าว มีความเข้าใจว่าการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่สังคมยอมรับ ประกอบกับเยาวชนที่เป็นวัยกำลังอยากรู้อยากลอง และถูกชักจูงได้ง่ายจากเพื่อน จึงทำให้วัยรุ่นลาวมีการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ต่อเนื่องถึงสูวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ประชาชนลาวยังมีค่านิยมในการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อแก้ปัญหาและผ่อนคลายความเครียด และยังเชื่อว่าพฤติกรรมที่ร่วมดื่มแอลกอฮอล์เป็นการแสดงถึงการยอมรับกันและแสดงความรักต่อกันอีกด้วย⁷ ถึงแม้ว่า ส.ป.ป. ลาว มีกฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ แต่การบังคับใช้กฎหมายแอลกอฮอล์ยังกระทำไม่ได้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรมและประเพณีของลาวดังกล่าว ทำให้สามารถหาซื้อแอลกอฮอล์ได้ง่ายตามร้านสะดวกซื้อหรือร้านขายของชำทั่วไป และสามารถซื้อได้ตลอดเวลา ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนหนึ่งเกิดจากการเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย และการได้รับอิทธิพลจากแหล่งสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ และโอกาสในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มักดื่มในโอกาสงานเลี้ยงสังสรรค์ระหว่างเพื่อน ร้อยละ 60.8

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด PUD มี 3 ระดับคือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและกฎหมาย โดยปัจจัยระดับบุคคลที่มีผลมากที่สุดทำให้เกิด PUD ในประชาชนลาว คือ การใช้ยา NSAIDs ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรเน้นเรื่องการซื้อยากลุ่มนี้มารับประทานเอง และหากจำเป็นต้องใช้ยาควรแนะนำให้ใช้อย่างถูกต้องและสมเหตุผล ในส่วนของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ควรดำเนินการปรับพฤติกรรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงในการเกิด PUD ควรสร้างนโยบายสาธารณะในระดับชุมชนณรงค์ให้ลด ละ เลิกการบริโภค

แอลกอฮอล์นอกจากนี้ควรดำเนินการให้ความรู้ และปรับพฤติกรรมเพื่อรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ และตรงเวลา ตลอดจนหลีกเลี่ยงหรือลดการรับประทานอาหารหมักดอง และอาหารที่มีรสจัด ในส่วนปัจจัยระหว่างบุคคลนั้น ควรณรงค์ให้กลุ่มที่มีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์ ให้เลิกดื่มแอลกอฮอล์ สร้างความตระหนักรู้ให้เห็นถึงผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ สร้างค่านิยมในกลุ่มเพื่อนในการลด ละ เลิกดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนในครอบครัว ควรสร้างค่านิยมครอบครัวในการลด ละ เลิกแอลกอฮอล์เพื่อไม่ให้เป็นแบบอย่างและสนับสนุนเยาวชนในการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ และควรมีข้อห้ามหรือ ฝาระวังการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัว ในด้านสังคม วัฒนธรรมและกฎหมาย ควรณรงค์ให้มีการบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการซื้อ-ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในด้านช่วงเวลาซื้อขาย และการจำกัดอายุของผู้ซื้ออย่างเคร่งครัด ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรพัฒนาโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อการเกิด PUD โดยคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงทั้งระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับสังคม วัฒนธรรมและกฎหมาย และในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อการเกิด PUD ที่มีองค์ประกอบของโปรแกรมครบทั้ง 3 ระดับและขยายผลการดำเนินการสู่สถานบริการและชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศแห่งประเทศไทย (Thailand international cooperation Agency; TICA) ที่ให้ทุนสนับสนุนตลอดการศึกษาในครั้งนี้

References

1. Ounnapirok L, Wirojatan V, Thongchareon W, Leelahakul V, Khumtawee P. Pathophysiology for nurse. 7th ed. Bangkok: Boonsirirakpim; 2007.
2. Sung J.JY, Kuipers EJ, EL-Serag HB. Systematic review: the global incidence and prevalence of peptic ulcer disease. Alimentary Pharmacology & Therapeutics 2009; 29: 939-946.
3. Achananuphab S. Essential of Clinical Diagnosis. 5th ed. Bangkok: Folkdoctorthailand; 2010.



4. Raksaken N, Caring for Patients with Upper Gastrointestinal Hemorrhage: The Roles of Nurses in Prevention of Bleeding and Repeated Bleeding. *Journal of Nursing and Health Care* 2019; 37(3): 13-19.
5. Jitmitrapharb S, Navichareon P. Textbook of Surgery. 11th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2010.
6. RimSrithong S, Thanchira S, Phatiprachak S. Pathophysiology for nurse 2. 4th ed. Bangkok: Samchareon panich printing; 2007.
7. Boonlop A, Artsali P, Saiyood B. A Study length of stay in Hospital, patients with upper gastricintestinal bleeding at Medical Ward 2, Srisakate Hospital. (n.d.)
8. Junmool B, Pornchaikate Au Yeong A, Yuttatri P. Brief intervention for smoking reduction or cessation in adults: Evidence-Based Nursing. *J Pub Health Nurse* 2013; 27(1): 61-73.
9. Buason R, Ratchadapunnathikul C. Alcohol consumption behavior of bachelor degree students in the Bangkok Area. *Rama Nurse Journal* 2012; 18(2): 259-271.
10. Mc Leroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotionprograms. *Health education quarterly* 1988; 15(10): 77-351.
11. Bernard R. Fundamentals of biostatistics (5th ed.) Duxbury: Thomson learning 2000; 384-385.
12. Li Z. et al. Epidemiology of Peptic Ulcer Disease: Endoscopic Results of the Systematic Investigation of Gastrointestinal Disease in China. *The American Journal of Gastroenterology* 2010; 105: 2570-2577.
13. Wallace JL, How do NSAIDs cause ulcer disease?. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2000; 14(1): 147-159.
14. Wolfe, M.M., Lichtenstein, D.R. Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Engl J Med* 1999; 340: 99-1888.
15. Katunge ML. Factors associated with peptic ulcers among adult patients attending St. Michael digestive diseases and medical care in upper hill, Nairobi County. Research project submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Bachelor of Science in food, nutrition and dietetics of the University of Nairobi; 2013.
16. Chari S, Teyssen S, Singer MV. Alcohol and gastric acid secretion in humans. *Gut* 1993; 34: 843-847.
17. Kudmala J. The relationship between alcohol and helicobacter pylori infection in gastric and duodenal ulcer patients. A thesis for the degree of master of science, Naresuan university; 2004.
18. Lee SP, Sung IK, Kim JH, Lee SY, Park HS, Shim CS. Risk factors for the presence of symptoms in peptic ulcer disease. *Clinical Endoscopy* 2016: 1-7.
19. Mitros FA, Rubin E. Clinicopathologic foundation of medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
20. Duangsang J. Effect of information providing based on the health belief model on health behaviors among persons with chronic peptic ulcer. A thesis for the degree of master of nursing science, Chiang Mai university; 2008.
21. Kadeneam K. Food consumption behavior of peptic ulcer patients Nakornping hospital. A thesis for the degree of master of science, Chiang Mai university; 2002.
22. Stephenson AL, et al. Family Characteristics and adolescents substance use. *Adolescence* 1996; 31(121): 59-76.
23. Hutaphaedy, B. et al. Alcohol consumption behavior of Thai adolescents: A survey of knowledge, situation, and factors influenced to alcohol consumption behavior. Bangkok : Thai Health Promotion Foundation; 2004.
24. Saiyuet N, Chaisena Dallas J, Nabkesom C, Factors Associated with Intention to Alcohol Avoidance among Vocational Students. *Journal of Nursing and Health Care* 2018; 36(4): 120-127.