

แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วยโรคหืด

ประกาย หมายมั่น^{1*}, กรแก้ว จันทภาษา²

บทคัดย่อ

แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วยโรคหืด

ประกาย หมายมั่น^{1*}, กรแก้ว จันทภาษา²

ว. เกษตรศาสตร์อีสาน 2554; 7(1) : 39-51

Received : 24 January 2011

Accepted : 18 April 2011

บทนำ: แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเป็นองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย วัฒนธรรมประเพณี ประสพการณ์และสามารถใช้เป็นแนวทางตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะอธิบายแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วย **เครื่องมือและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล:** ใช้วิธีการเก็บข้อมูล 2 วิธี คือ การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย 21 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย 12 คน ระหว่างเดือนพฤษภาคม – กันยายน 2553 **ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเรียกโรคหืดตามภาษาในท้องถิ่นและตามอาการแสดง ผู้ป่วยเชื่อว่าโรคหืดเกิดจากการที่ปอดไม่แข็งแรง มลพิษและความชื้น อาการแสดงของโรคหืด ที่ผู้ป่วยอธิบาย ได้แก่ ไอ เสดด เหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจมีเสียง หายใจไม่สะดวก หอบเหนื่อยและพูดไม่เต็มประโยค เนื่องจากผู้ป่วยเชื่อว่าโรคหืดมีอาจทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการรักษาของผู้ป่วยจึงมีทั้งการรักษาในโรงพยาบาลและการแสวงหาวิธีการทางเลือกอื่นสำหรับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยนั้นพบว่า ผู้ป่วยบางรายใช้ยาตามแพทย์สั่งเนื่องจากกลัวอาการหืดกำเริบ แต่มีผู้ป่วยบางรายที่ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมก่อนทำงานและก่อนนอนเพื่อป้องกันอาการหืดกำเริบ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายกอดหีบน้ำร้อนหรือฝังไฟเวลามีอาการหืดกำเริบแทนการใช้ยา **สรุปผลการศึกษา:** ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยอาศัยความเชื่อและประสบการณ์ที่เป็นโรคหืดของตนเองและผู้ป่วยอื่นในการสร้างแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของโรคหืด แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำหรือความรู้เชิงวิชาการทางการแพทย์เมื่อมารับบริการจากโรงพยาบาลแล้ว

คำสำคัญ: แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย, โรคหืด

Abstract

The Explanatory Model of Asthma in Perspective of Patients

Prakai Maimon^{1*}, Kornkaew Chanthapasa²

IJPS, 2011; 7(1) : 39-51

Introduction: The Explanatory Model can be used to conceptualize health care systems, disease and illness that can be related to health belief, culture, experience and health behavior. The main objective of this study was to determine the explanatory model of asthma for the perspective of patients. Method: For process of data

¹ ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ 33270

² คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

* ติดต่อผู้พิมพ์ : โทรศัพท์ 0 4560 6088 9, Fax 0 4560 6170, E-mail: p_maimon@hotmail.com

¹ Pharmaceutical Secion, Wanghin Hospital, Sisaket.

² Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University. 40002

* Corresponding author : Tel: 0 4560 6088 9, Fax: 0 4560 6170, E-mail: p_maimon@hotmail.com

collection, this study used a qualitative method. A purposive sampling technique was used to select 21 asthma patients and 12 caregivers from May to September 2010. In-depth interviews and focus group discussions were used to elicit data from key informants. **Result:** Patients and caregivers use asthma symptoms to name asthma disease in local language. Patients belief that weakness of the lungs, pollutants and humidity cause asthma. Patients describe asthma symptom such as coughing, stingy phlegm, wheezing, breathlessness, chest tightness, and difficulty speaking. Patients belief that asthma causes death so they have health-seeking behavior for treatment both mainstream and alternative medicine. Some patients hold hot stones or sit beside an open fire for relief as an alternative treatment without using medication. **Conclusion:** The explanatory model of asthma from the patient's perspective is based on experience and belief, although they all got information about the disease from health care providers.

Keywords: Explanatory models, Asthma

บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดหรือหอบเหนื่อย เกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับสารภูมิแพ้และอาการเหล่านี้อาจจะหายไปได้เอง หรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม โรคหืดพบได้ในคนทุกวัย ที่พบบ่อยได้แก่ วัยเด็กและวัยหนุ่มสาว แต่โรคนี้อาจจะเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกกับผู้สูงอายุก็ได้ (The Thoracic Society of Thailand, 2004) ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาโรคหืดมีแนวโน้มสูงขึ้นในหลายประเทศ จากสถิติของผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยพบว่าความชุก (Prevalence) ของการเกิดโรคหืดของผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2544 คือร้อยละ 5 (Bureau of Policy and Strategy, 2007) ในปี พ.ศ. 2539 มีอัตราป่วย 140.57 ต่อแสนประชากร และเพิ่มเป็น 164.26 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2543 (Sirimai, 2006) ในอดีตเนื่องจากแพทย์ยังไม่เข้าใจพยาธิกำเนิดของโรคหืด ทำให้ไม่สามารถบรรลुวัตถุประสงค์เป้าหมายได้ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยส่วนมากต้องไปเสาะแสวงหาวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน ซึ่งทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนมากมายจากการรักษา ในปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการรักษาโรคหืดในลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหืดได้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเครื่องมือหลักที่ใช้เป็นแบบในการรักษาผู้ป่วยโรคหืดคือ GINA Guideline ในระบบบริการผู้ป่วยโรคหืดนั้นมีการกำหนดเป้าหมายในการรักษา ระดับความรุนแรงของโรคหืด รายการยาที่ใช้ รวมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละขั้นตอนในการรักษา แต่จากรายงานการวิจัยเกี่ยวกับคลินิกโรคหืด พบว่าการพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคหืดโดยเน้นการปรับเปลี่ยนการรักษาให้มีความเป็น สหวิชาชีพมากขึ้น มีการใช้ยาตาม GINA Guideline ยังไม่สามารถควบคุมหรือดูแลผู้ป่วยบางกลุ่มได้ (Nagmai, 2007; Jitsaree, 2008;

Bojarus *et al.*, 2008; Duangdee, 2007) สำหรับปัญหาที่ทำให้การรักษาโรคหืดไม่เป็นไปตามเป้าหมายนั้นเกิดจาก 2 สาเหตุหลัก คือ แนวทางการรักษาโรคหืดและตัวผู้ป่วยเอง สาเหตุที่เกิดจากตัวผู้ป่วย เช่น ปัญหาการเข้าถึงยา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยารักษาโรค และการรักษาในทางเลือกอื่นที่อาจมีผลต่อโรคหืด (Global Initiative for Asthma, 2008) สำหรับปัญหาเกี่ยวกับยานั้นส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะยาพ่นเทคนิคพิเศษ (Boonyarat, 1994) เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยและการรักษา เช่น การใช้ยาพ่นเป็นสิ่งที่เลวร้ายหรือไม่ดีสำหรับวัฒนธรรมตะวันออก ในขณะที่ยาชนิดรับประทานเป็นสิ่งที่ดี ทำให้การยอมรับหรือความร่วมมือในการใช้ยาพ่นอยู่ในระดับต่ำในสังคมเหล่านี้ (Chapman *et al.*, 2000)

แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory model) เป็นองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย วัฒนธรรม ประเพณี ประสพการณ์และสามารถใช้เป็นแนวทางตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ (Kleinman, 1980) ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีมุมมองเกี่ยวกับโรคแตกต่างกัน (Helman, 1990) โดยบุคลากรทางการแพทย์จะรับรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งเป็นอาการหรือความผิดปกติของร่างกายที่สามารถตรวจวัดได้ มีหลักฐานทางคลินิกที่ชัดเจน มีลักษณะอาการที่สามารถสังเกตได้ สำหรับผู้ป่วยจะรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness) ซึ่งเป็นอาการป่วยที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้และตอบสนองได้ แต่อาจไม่มีหลักฐานทางคลินิกที่ยืนยันได้ หากบุคลากรทางการแพทย์ทราบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้หรือมีแบบแผนการเจ็บป่วยอย่างไรแล้ว จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการรักษาโรคหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายได้ โดยบางครั้งในการรักษาโรคของผู้ป่วยอาจเป็นทางเลือกอื่นที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยา (Scherman and Löwhagen, 2004)

จากปัญหาความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยาของผู้ป่วยที่ส่งผลให้การรักษาโรคหืดยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยมุมมองการรับรู้หรือความเชื่อที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ผู้ป่วยหลายคนเลือกที่จะไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ เนื่องจากพวกเขามีความเชื่อว่าไม่มีความจำเป็นในการใช้ยาหรือกลัวอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น (Horne and Weinman, 1999) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Adams ซึ่งพบว่าถ้าผู้ป่วยโรคหืดไม่ยอมรับการเจ็บป่วยก็จะไม่ยอมรับการรักษา (Adams *et al.*, 1997) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วยโรคหืด เพื่อทำความเข้าใจกับระบบวิธีคิด การให้ความหมายต่ออาการเจ็บป่วย วิธีรักษาของผู้ป่วย และนำไปใช้ ในการพัฒนากระบวนการรักษาโรคหืดให้เป็นบริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยจากแพทย์ผู้รักษาและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และผู้ดูแลผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย บุคคลที่ติดตามหรือพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลหรือบุคคลในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัย โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกคนมีภูมิลำเนาในอำเภอมะนัง จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นชุมชนชนบท ประชาชนมีแนวทางในการเฝ้าระวังความเจ็บป่วยในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัย การซื้อยาใช้เอง การใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ทุกคนเคยเข้าใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยเฉพาะเมื่อมีอาการหืดกำเริบจนต้องได้รับยาพ่นชนิด solution สูดพ่นจาก Nebulizer แต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยยังคงมีการแสวงหาวิธีการรักษาอื่นเพิ่มเติมจากการใช้ยาที่ได้จากโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้และวิธีรวบรวมข้อมูล

การสนทนากลุ่ม ใช้ในการค้นหาประเด็นสำคัญ คำที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยใช้ในการสื่อสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและตรวจสอบแนวคำถามที่กำหนดขึ้นว่ามีความครอบคลุมเหมาะสมหรือไม่ เพื่อนำไปกำหนดแนวคำถาม

ของการสัมภาษณ์เชิงลึกต่อไป ผู้วิจัยทำการนัดผู้ให้ข้อมูลสำคัญเข้าร่วมการสนทนากลุ่มที่โรงพยาบาลวังหิน

การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหืดและผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อทราบข้อมูลเชิงลึกในประเด็นการรับรู้ การให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดและการรับรู้เกี่ยวกับยา โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่โรงพยาบาลและที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการถอดเทปออกมาเป็นบทสนทนาอย่างละเอียดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและตีความหมายในรูปของการวิเคราะห์เนื้อหาโดยวิเคราะห์เกี่ยวกับประเด็นการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหืดสาเหตุ อาการแสดง การรักษาและป้องกันโรค การใช้ยาและการแสวงหาการรักษาอื่น

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย

1.1 กลุ่มผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด 21 ราย ในจำนวนนี้ได้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มจำนวน 7 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (14 ราย คิดเป็นร้อยละ 67) ผู้ป่วยเด็ก (อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี) 6 รายและผู้ป่วยผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป) 15 ราย ส่วนใหญ่สมรสแล้วและมีอาชีพเกษตรกรกรรมสำหรับการศึกษามีมัธยมศึกษาร้อยละ 86 ทุกรายมีสิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จึงไม่ต้องจ่ายเงินเวลามารักษาโรคหืดที่โรงพยาบาล ระยะเวลาที่เป็นโรคหืดมากกว่า 10 ปีขึ้นไปจำนวน 9 ราย มีประวัติการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 10 ราย และได้รับการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 1 ราย

1.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด 12 ราย ทุกรายเป็นเพศหญิงและสมรสแล้ว ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรมและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีเพียง 1 รายที่จบปริญญาตรีและมีอาชีพรับราชการ ทุกคนมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นมารดาผู้ป่วยโรคหืด (10 ราย)

2. แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดของผู้ป่วย

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโดยอาศัยโครงสร้างคำถามหลักเกี่ยวกับแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย โดยเน้นใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสามารถบอกเล่ามุมมองและประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับชื่อโรค สาเหตุ อาการแสดง การรักษาและป้องกันโรค การเข้ายาและการแสวงหาการรักษาอื่น ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ชื่อของโรคหืด ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย จะมีชื่อเรียกโรคหืดที่แตกต่างกันไป ส่วนใหญ่จะเรียกชื่อโรคตามคนที่บอกว่าเป็นโรคหืดครั้งแรก เช่น เรียกว่า “โรคหอบ” เป็นชื่อโรคที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลแล้วได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย 21 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วย 12 ราย จะสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ว่าเป็นโรคหอบหรือมีอาการหอบ เรียกว่า “โรคหลอดลมตีบ” และ “โรคภูมิแพ้” ดังตัวอย่างจากผู้ป่วยรายหนึ่ง (หญิงไทยคู่ อายุ 60 ปี) กล่าวว่า “เออ เขาเรียกหลอดลมตีบ ครั้งแรกที่เรามาเป็น ไปหาหมอที่ไหน อยู่ กทม. ก็ไปหาหมอ เขาบอกว่าเป็นภูมิแพ้ เราก็บอกว่าเป็นภูมิแพ้อะไร มันจะภูมิแพ้จัง” นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุเรียกโรคหืดว่า “ชะเยื่อ” ซึ่งเป็นชื่อเรียกโรคหืดตามภาษาท้องถิ่นอีสาน และเป็นอาการแสดงป่วยของแมว เนื่องจากอาการของโรคหืดคล้ายกับอาการของแมวป่วย

2.2 สาเหตุของโรคหืด ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจะใช้ประสบการณ์ของตนเองในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหืด โดยเชื่อว่าโรคหืดที่เป็นในเด็กเล็กไม่ใช่โรคเรื้อรังสามารถหายได้ หากโตขึ้นแล้วยังมีอาการหืดกำเริบอีกโรคจะพัฒนาเป็นโรคหืดเรื้อรังตลอดชีวิต

สาเหตุที่ทำให้เป็นโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

1) กรรมพันธุ์ เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เป็นโรคหืดได้ในมุมมองของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคหืดมาก่อน ร่วมกับการได้รับการสอบถามเกี่ยวกับประวัติครอบครัวจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่ากรรมพันธุ์เป็นสาเหตุของโรคหืด ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง (หญิงไทยคู่ อายุ 49 ปี) กล่าวว่า “คิดว่าเป็นตามกรรมพันธุ์ เขาบอกว่าโรคชะเยื่อเป็นตามกรรมพันธุ์ ตามแนวตายายเป็น แม่ก็เป็น” แต่ยังมีผู้ป่วยบางคนที่ไม่แน่ใจว่ากรรมพันธุ์เป็นสาเหตุของโรคหืดหรือไม่ เนื่องจากไม่มีประวัติว่าในครอบครัวเป็นโรคหืด แม้ว่ามีเครือญาติเป็นโรคหืดแต่ผู้ป่วยบางคนก็ไม่เชื่อโดยให้เหตุผลว่าหากเกี่ยวกับกรรมพันธุ์แล้วจะต้องเป็นโรคหืดตั้งแต่เกิด

2) สภาพร่างกายของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนเชื่อว่าสภาพร่างกายเป็นสาเหตุของการเป็นโรคหืด โดยคนที่สร้างกายแข็งแรงสมบูรณ์จะไม่เป็นโรคหืด คนที่ร่างกายอ่อนแอ รับประทานอาหารไม่เพียงพอจะมีแนวโน้มเป็นโรคหืดได้ มีผู้ป่วยจำนวน 5 รายที่เชื่อว่าการเสื่อมสภาพของร่างกายเป็นสาเหตุของโรคหืด โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะให้ข้อมูลว่าในตอนเด็กพ่อแม่หรือตนเองเคยเป็นโรคหืดมาก่อน แล้วอาการป่วยหายไปในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายแข็งแรง มีการออกกำลังกาย เมื่ออายุมากขึ้นอาการหอบหืดกลับมากำเริบอีกครั้ง ทำให้ต้องมารักษาตัวที่โรงพยาบาลอีก

3) เป็นโรคภูมิแพ้หรือแพ้สารก่อภูมิแพ้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีลูกเป็นภูมิแพ้ เช่น เป็นผื่นคัน เป็นหวัดบ่อย มีน้ำมูกไหล เชื่อว่าโรคภูมิแพ้เป็นสาเหตุของโรคหืดได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเรียกโรคหืดว่า “โรคภูมิแพ้” ผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายจะมีความกังวลกับภาวะโรคภูมิแพ้ที่เป็นมากกว่าโรคหืด ซึ่งความกังวลนี้มักจะสัมพันธ์กับยาที่ผู้ป่วยต้องการเวลามารักษาที่โรงพยาบาล ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง (หญิงไทยคู่ อายุ 40 ปี) กล่าวว่า “กะบ่รู้คือกันว่าเป็นเพราะอิหยังแต่ก่อนกะบ่เป็นดอก แต่คิดว่าแพ้ฝุ่นเพราะอยู่ ใกล้โรงสีข้าว แต่ก่อนเป็นคนเฝ้าโรงสี ทำงานมา 3-4 ปี ก็รู้สึกแน่นหน้าอก คิดว่าต้องหอบแน่ ๆ ก็จนไปไม่ไหวกะมาหาหมอกะแมนอิหลี...”

4) การได้รับสารเคมีหรือสารพิษจากการประกอบอาชีพ มีผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนเชื่อว่าการสัมผัสสารเคมีหรือสารพิษ เช่น การใส่ปุ๋ยเคมี การฉีดยากำจัดแมลงศัตรูพืชหรือหญ้าในการทำไร่ทำนา รวมทั้งการดื่มน้ำฝนที่ปนเปื้อนสารเคมีเป็นสาเหตุของโรคหืดได้ แต่มีผู้ป่วย 2 รายที่ไม่เชื่อว่าสารเคมีหรือสารพิษเป็นสาเหตุของโรคหืด เนื่องจากตนเองป่วยเป็นโรคหืดหรือมีผู้ป่วยโรคหืดก่อนที่จะมีการใช้สารเคมีแล้ว

5) พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตน มีผู้ป่วย 1 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วย 1 ราย เชื่อว่าพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ดี ไม่รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และการเลือกรับประทานเป็นสาเหตุของโรคหืด ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีลูกหลายคนจะมีการสังเกตพฤติกรรมมารับประทานของลูก ๆ พบว่าลูกที่ป่วยเป็นโรคหืดมักจะเลือกรับประทานอาหารไม่สามารถรับประทานอาหารพื้นบ้านได้ นอกจากนี้การนอนเปิดพัดลมหรือเครื่องปรับอากาศ การนอนไม่หลับหรือไม่ใส่เสื้อผ้า เป็นพฤติกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยส่วนหนึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคหืด

6) การอักเสบของหลอดลม มีผู้ดูแลผู้ป่วยเพียง 1 รายเท่านั้นที่เชื่อว่าโรคหืดเกิดจากการอักเสบของหลอดลม ดังนั้นเมื่อลูกมีอาการหืดกำเริบจึงให้พ่นยารักษาอาการอักเสบ (Budesonide MDI) แต่ผู้ดูแลผู้ป่วยเองก็ไม่เชื่อว่าการอักเสบของหลอดลมเป็นสาเหตุหลักของโรคหืด เนื่องจากครั้งแรกที่พาลูกไปโรงพยาบาลมีความเชื่อว่าลูกเป็นภูมิแพ้ เมื่อได้ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับยารักษาโรคจึงมีมุมมองเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหืดเปลี่ยนไป สำหรับผู้ป่วยทั้ง 21 ราย ไม่ได้กล่าวถึงการอักเสบของหลอดลมว่าเป็นสาเหตุของโรคหืด

7) การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และการคลอด มีผู้ดูแลผู้ป่วย 3 ราย ที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์มีผลต่อการเป็นโรคหืดของลูก โดยผู้ดูแลผู้ป่วย 2 ราย ซึ่งมีลูกมากกว่า 1 คน ให้ข้อมูลว่าตอนตั้งครรภ์ลูกคนที่หนึ่งเป็นโรคหืดนั้นมีการเจ็บป่วย อ่อนเพลีย หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่วนการตั้งครรภ์ลูกคนอื่นไม่มีอาการดังกล่าวและลูกคนอื่นไม่ป่วยเป็นโรคหืด ดังตัวอย่างหญิงไทย อายุ 27 ปี เล่าว่า “มันสิเป็นไปได้กับคุณหมอ ตอนท้องนี้แม่สิเป็นหวัดบ่อย มันสิมีผลกระทบต่อลูกในครรภ์เฮาบ่ บ่ได้ป่วยเป็นแต่หวัด มันสิเป็นภาวะแทรกซ้อนบ่ เพราะว่าหมอนอนมัยเพิ่นว่าภาวะครรภ์แทรกซ้อน เพิ่นลงให้ เป็นหวัด แต่กะบ่ถึงกับไข้” นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเชื่อว่าการเกิดปัญหาตอนคลอด และการที่ลูกไม่ได้กินนมแม่หรือกินนมแม่น้อยอาจมีผลทำให้ลูกป่วยเป็นโรคหืดได้ โดยทุกคนให้ความเห็นว่าการที่ลูกไม่ได้กินนมแม่นั้นทำให้การสร้างภูมิคุ้มกันของลูกน้อยมีผลทำให้เกิดโรคภูมิแพ้ได้ง่ายกว่าคนอื่น

2.3 อาการแสดงและระดับความรุนแรงของโรคหืด

1) อาการแสดงทางร่างกาย

1.1) อาการไอ มีเสมหะเหนียว/มีก้อนอุดที่คอ เป็นอาการแสดงที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยทุกรายเชื่อว่าเป็นอาการนำไปสู่การเป็นหอบหืด ลักษณะอาการไอของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกัน บางคนเชื่อว่าการไอที่มีเสมหะจะไม่มีการหอบ แต่การไอแห้ง ๆ แต่มีลักษณะเหมือนมีเสมหะเหนียวหรือมีก้อนอุดที่คอ ทำให้หายใจลำบากจะทำให้หอบได้ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง (หญิงไทยคู่ อายุ 65 ปี) เล่าว่า “เวลามันหอบขึ้นมันจะแน่นหน้าอก สะกะมาตั้นฮุดคอ นี่ละคะ มีเสมหะสีเหลือง ขากจ้งได้กะบ่ออก คือจ้งคุณหมอเห็นนั่นละ กะออกมาแล้วกะเป็นเหนียว ๆ เอามือกวาดออกก่อน” มีผู้ดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งเชื่อว่าเวลาอาการหืดกำเริบจะมีเสมหะติดในปอด เนื่องจากเคยผู้ดูแลผู้ป่วยได้ยินแพทย์พูดว่า

“เหลือนิดเดียวเหลือนิดติดปอดนิดเดียวก็จะหายแล้ว” ซึ่งเขาเชื่อว่าสิ่งที่ติดปอดนิดเดียวนั้นคือเสมหะ ดังนั้นจึงสอนลูกที่ป่วยเป็นโรคหืดให้รู้จักวิธีขากเสมหะเมื่อมีอาการไอ

1.2) แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ผู้ป่วยทุกรายมีอาการแน่นหน้าอก หายใจลำบากเมื่อมีอาการหืดกำเริบ ซึ่งผู้ป่วยมีวิธีการอธิบายลักษณะอาการดังกล่าวที่ต่างกันไป ผู้ป่วยเด็กเรียกว่า “หายใจฝืดหรือหายใจติดขัด” และเชื่อว่าเป็นอาการที่เกิดจากหลอดลมตีบ ส่วนผู้ป่วยอายุ 40 ปี ขึ้นไปเรียกลักษณะดังกล่าวว่า “หายใจบ่อึม หายใจบ่อดิต หายใจฝืด หายใจตึบ หายใจบ่ฮอดท้อง” และเชื่อว่าเป็นอาการที่เกิดจากปอดตีบ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง (ชาย อายุ 56 ปี) อธิบายว่า “ปอดข้างหลังสิแน่น ปอดบ่ทำงาน คือปอดมันสิตีบเข้า คนปกติปอดสิ โป่งบับ โป่งบับ (ขยายแล้วหุบ ทำท่ามือพองยุบ) ถ้าเขาเป็นหอบมันสิหนีบเข้าไปเลย แน่นติดแน่นขึ้น หายใจคือบ่อึม หายใจบ่เต็ม” ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้อธิบายลักษณะดังกล่าวได้ชัดเจนมากนัก ซึ่งอาจเกิดจากไม่เคยเกิดอาการ มีเพียงการสังเกตอาการของผู้ป่วยคนอื่นจึงสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคหืดจะมีอาการคล้ายคนหายใจยากเท่านั้น

1.3) หายใจมีเสียงหวีด การหายใจมีเสียงดังเป็นอาการแสดงที่ผู้ป่วยทุกรายและผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคนเชื่อว่าเป็นอาการของโรคหอบหืดที่ชัดเจนที่สุด เสียงหายใจของคนที่เป็นโรคหืดเป็นที่มาของชื่อ “ชะยื่อ” ซึ่งเป็นชื่อเรียกโรคหืดของคนอีสานสมัยเก่า เสียงหายใจของผู้ป่วยโรคหืดมีหลายเสียงขึ้นอยู่กับที่ได้ยินของแต่ละคน ได้แก่ ฮึดฮัด ฮึดฮัด แอ็ก ขอดขอด ก๊อดก๊อด กัดกัด หวัด ฮึด แซ่ว เป็นต้น

1.4) คอบวม ชีงโครงบุ่ม หน้าอกยุบ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนสังเกตอาการหอบกำเริบจากรอยบวมบริเวณคอ ไหล่บารา ชีงโครง ยอดอก ซึ่งสามารถสังเกตอาการนี้ได้ทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ โดยผู้ป่วยอธิบายว่าเป็นลักษณะที่เห็นได้ง่าย หากพบว่าใครมีลักษณะแบบนี้ก็รู้ว่าเป็นโรคหืด นอกจากนี้ ยังมีอาการแสดงอื่น ๆ ที่บ่งบอกถึงอาการหืดกำเริบหรือเป็นอาการนำก่อนมีการกำเริบ เช่น มีไข้ต่ำ เป็นหวัดไม่มีน้ำมูก ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งให้เล่าว่า หากลูกเป็นหวัดมีน้ำมูกจะไม่หอบ ถ้าไม่มีน้ำมูกจะมีอาการหอบเนื่องจากน้ำมูกอยู่ในปอด ส่วนอาการไข้ ไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับอาการโรคหืดและมีไข้ มีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่เชื่อว่าหากตนเองเป็นไข้ตัวร้อน ซึ่งผู้ป่วยเรียกว่า “ถือดิงไข้” จะมีการหืดกำเริบทุกครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยคนอื่นมีอาการกำเริบโดยไม่มีการไข้ (ไข้ในภาษาผู้ดูแลผู้ป่วยคืออาการป่วยที่มีอาการตัวร้อน)

2) พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ ผู้ป่วยเด็ก ถ้าเป็นเด็กเล็กจะงอแง ร้องไห้ ถ้าเป็นเด็กโตจะมีอาการ ชีม หงอย ไม่ร่าเริง ไม่พูดคุยกับใคร ส่วนผู้ป่วยผู้ใหญ่จะมี อาการเหนื่อย ไม่หิว อายากอยู่เฉย ๆ ไม่ต้องการพูดคุยกับใครเนื่องจากกลัวว่าเวลาพูดแล้วจะเสียเวลาหายใจ ส่วน ลักษณะการนอนของผู้ป่วยโรคหืดก็มีความแตกต่างระหว่าง ผู้ป่วยที่เป็นเด็กกับผู้ใหญ่ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ทุกคนจะบอกว่าหาก อาการหอบกำเริบได้จะไม่สามารถนอนราบได้ ต้องลุกขึ้นนั่ง เอนหลังประมาณ 45 องศา หรือนั่งก้มหน้ากับโต๊ะ ส่วนเด็ก จะนอนกระสับกระส่ายหรือนอนตะแคง ซึ่งหากถามเด็กว่า เวลาหอบนอนได้หรือไม่ เด็กมักจะตอบว่านอนได้

3) การแบ่งระดับความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยแบ่งระดับ ความรุนแรงของโรคหืดตามความจำเป็นหรือผลของการ ใช้ยา การวินิจฉัยโรคและการพิจารณาให้การรักษาของ บุคลากรทางการแพทย์ หากผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลได้พ่น ยาแล้วรับยากลับบ้าน ผู้ป่วยเชื่อว่าอาการโรคหืดรุนแรง ระดับปานกลาง แต่ถ้าต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือต้องฉีดยา พ่นยาตลอด เป็นอาการรุนแรงมาก ยิ่งถ้า ถูกส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลในระดับสูงขึ้นแสดงตนเองมี อาการรุนแรงมากที่สุด ดังตัวอย่างผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง เป็น โรคหืดมานาน 11 ปี เล่าว่า “มือที่เป็นหนักกะบ่ได้เอ็ดจั่งได้ นะคุณหมอ มันเป็นหลาย มันเป็นบ่เซาเลย บัดมันอัดมา มันหันใจบ่ได้ มันกะเป็นมันกะอัดขึ้นเอาชื่อ ๆ กะว่าจะของ คีอสิบ่อดละ เฟ้นส่งเข้าเมือง มือนั้นหายใจบ่ได้เลย ทาวเลย (เอามือไขว่คว้าไปทั่ว) ทาวคือใจสิขาด ทาวไปทั่วเลย”

2.4 เป้าหมายและความคาดหวังในการรักษาโรคหืด ผู้ป่วยทุกรายมีความคาดหวังอยากให้ตนเองหาย จากโรคหืด ในขณะเดียวกัน ก็ไม่เชื่อว่าตนเองจะหายได้ โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยเป็นโรคหืดมานาน เนื่องจากผู้ป่วยแสวงหา วิธีการหลายวิธีแล้ว แม้ว่าอาการจะเริ่มดีขึ้น (บุคลากรทางการแพทย์เรียกว่าสามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบได้) แต่ก็ ไม่หายขาด สำหรับผู้ป่วยที่เป็นเด็ก ผู้ปกครองจะได้รับข้อมูล จากแพทย์ว่าเด็กบางคนอาจหายได้ เนื่องจากอาการหอบที่ เด็กเป็นนั้นอาจไม่ใช่อาการของโรคหอบหืดแต่เป็นอาการ ของโรคที่มีลักษณะคล้ายกัน ซึ่งอาการเหล่านี้อาจหายได้ เมื่อเด็กโตขึ้น แต่ผู้ปกครองเองก็ไม่มั่นใจว่าลูกที่เป็นโรค หืดจะหายได้ เนื่องจากเด็กมีอาการหืดกำเริบบ่อย ต้องพา มารักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ดังตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยราย หนึ่งที่มีลูกอายุ 9 ปี เป็นโรคหอบหืดนาน 4 ปี เล่าว่า “แต่ กะได้ยินคนอื่นเขาเว้าอยู่ว่าใหญ่ขึ้นอาจสิหาย แต่กะบ่เห็น

หาย กะเห็นเป็นตลอดคิดว่าคือสิบ่หาย บ่ซงสิหายหรือกะมัน คล้าย ๆ เป็นโรคประจำโตละ คิดว่าคือสิบ่หาย เป็นยามได้ กะหอบมาจั่งซี้ละ” ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยก็มีวิธีการสังเกต อาการของผู้ป่วยโรคหืด โดยลักษณะของผู้ป่วยที่มีอาการ ดีขึ้น ได้แก่ ทำงานได้ ไม่หอบ ไม่เหนื่อย ไม่ไอ สามารถ รับประทานอาหารได้ หากเป็นเด็กจะร่าเริง เล่นได้ ไม่งอแง ซึ่งเป็นลักษณะที่ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เหมือนคน ปกติในเป้าหมายการรักษาโรคหืดของบุคลากรทางการแพทย์

2.5 การรักษาโรคหืด การใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยา

1) การรักษาโรคหืดในโรงพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคนมีวิธีการสังเกตอาการกำเริบของโรค หืดรวมทั้งอาการนำก่อนการกำเริบ โดยผู้ป่วยผู้ใหญ่จะมี การสังเกตอาการด้วยตนเอง หลังจากประเมินความรุนแรง ของอาการแล้วผู้ป่วยจะวางแผนการรักษาเบื้องต้น เช่น หยุด พักเหนื่อย ใช้ยาพ่น ยากิน หากผู้ป่วยประเมินแล้วว่าอาการ กำเริบนั้นใช้ยาแล้วไม่ดีขึ้นหรือไม่หาย ผู้ป่วยจึงจะตัดสินใจ ไปโรงพยาบาลด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ไปเอง ให้คนอื่นพา ไป (เนื่องจากไม่กล้าขับรถเอง) หรือโทรศัพท์เรียกรถโรง พยาบาลไปรับ สำหรับผู้ป่วยเด็กจะรับรู้ว่าหากรู้สึกเหนื่อยจะ เริ่มมีอาการหอบตามมา ผู้ที่เกี่ยวข้องก็สามารถสังเกตอาการ ได้ เช่น พ่อแม่ ญาติที่ดูแล รวมทั้งครูและเพื่อนที่โรงเรียน หากเด็กมีอาการหืดกำเริบที่โรงเรียน เพื่อนจะรีบแจ้งให้ครู ทราบแล้วครูจะโทรศัพท์แจ้งให้ผู้ปกครองมารับเด็กกลับบ้าน หรือพาไปโรงพยาบาลเอง

ผู้ป่วยทุกคนเชื่อว่าตนเองจะปลอดภัยหรือ สามารถหายจากอาการหืดกำเริบได้ เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยเองก็คาดหวังว่าบุคลากรทางการแพทย์จะ ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนจึงพยายามทำตามที บุคลากรทางการแพทย์สั่งหรือแนะนำ แม้ว่าบางครั้งผู้ป่วย ไม่เข้าใจเหตุผลหรือความจำเป็นในการทำกิจกรรมนั้น เช่น การเป่า peak flow meter มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 47 ที่รู้ว่าการ เป่า peak flow meter นั้นเป็นการทดสอบสมรรถภาพปอด แต่ผู้ป่วยยังไม่ทราบว่าการเป่าแต่ละครั้งได้ผลเป็นอย่างไร

2) การใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยา

(1) ยานชนิดรับประทาน อาการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นอาการแสดงหรืออาการนำของโรคหืด นั้นมีความเชื่อมโยงกับความต้องการยาของผู้ป่วย นอกจาก ยายหายหลอดลมแล้วยาที่ช่วยบรรเทาอาการไอเป็นกลุ่ม

ยาที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ได้แก่ ยาแก้ไอ ยาขับเสมหะ ยาละลายเสมหะ ทั้งชนิดเม็ด น้ำหรือผงผสมน้ำ เนื่องจากอาการไอเป็นอาการนำไปสู่อาการหืดกำเริบที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ รายการยาอื่นที่ผู้ป่วยต้องการ ได้แก่ ยาฆ่าเชื้อ (ผู้ป่วยเรียกว่ายาแก้อักเสบ) ยาแก้แพ้ ยาแก้ไอ เป็นต้น สำหรับความร่วมมือในการใช้ยาชนิดรับประทานของผู้ป่วยนั้นมีความแตกต่างกันตามความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะรับประทานยาตามแพทย์สั่ง เนื่องจากกลัวว่าหากไม่รับประทานยาแล้วจะมีอาการกำเริบ มีผู้ป่วย 1 รายที่รับประทานยาขยายหลอดลมก่อนนอน ซึ่งผู้ป่วยให้เหตุผลว่า “กะปี้ได้คิดดิหยัง มันหายใจได้ แน่นหน้าอก ถ้าปี้ได้กินกะนอนบ่ได้ ถ้ากินแล้วกะนอนได้จนแจ้ง อากาศเย็น ๆ ถ้าฝนตก หมอสั่งให้กินมื่อละ 3 เทื่อ แต่บ่อยากกิน กินเฉพาะเวลาก่อนนอนนี่ละ”

(2) ยาพ่นชนิด solution สูดพ่นจาก Nebulizer ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคนมีความคาดหวังว่าเมื่อมาโรงพยาบาลด้วยอาการหืดกำเริบแล้วจะต้องได้ยาพ่น (ยาขยายหลอดลมชนิด solution สูดจาก Nebulizer) ทุกครั้ง ทุกคนเชื่อว่ายาพ่นที่โรงพยาบาลดีกว่ายาพ่นที่บ้าน (MDI) โดยเชื่อว่าละอองยาที่ได้ต่างกัน ยาดีกว่า แรงกว่า ออกฤทธิ์ได้เร็วกว่า ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า “ต่างกัน พ่นโดไหน [MDI] มันสิบ่ส่ว มันสิหันใจแบบบ่สุด ถ้าได้ไปพ่นโดนั้น [solution] คือมันสิดีขึ้น ดีกว่าโดไหน [MDI] อยู่” ความเชื่อเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยานั้นจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหืด มีผู้ดูแลผู้ป่วยคนหนึ่งเชื่อว่ายาพ่นชนิด solution จะเป็นควันที่สูดเข้าไปในปอดเพื่อไล่สารพิษที่อยู่ในปอดออกมา เพราะเชื่อว่าสารพิษที่อยู่ในปอดเป็นสาเหตุของโรคหืด ความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อได้รับ

ยาพ่นชนิด solution พ่นผ่าน Nebulizer แต่ละคนมีความแตกต่างกันผู้ป่วย ปัญหาการพ่นยาชนิด solution นั้นมักพบในเด็ก เนื่องจากเด็กบางคนกลัวอุปกรณ์พ่นยาที่ครอบหน้าทำให้รู้สึกอึดอัด กลัวหายใจไม่ออก บางคนกลัวละอองยาที่พ่นออกมามีลักษณะคล้ายควันไฟที่ผู้ป่วยแพ้ ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าความรู้สึกกลัวนี้ไม่หายแม้ว่าจะเคยพ่นยาแล้วหลายครั้งก็ตาม สำหรับจำนวนครั้งและเวลาในการพ่นยานั้นผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้กำหนดและแจ้งผู้ป่วยเอง ถ้าผู้ป่วยมีอาการก่อนเวลาที่ได้รับแจ้งสามารถขอให้มีการพ่นยาเพิ่มได้

(3) ยาพ่นชนิด (MDI) จากข้อมูลประวัติการได้รับยาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 90 ได้รับยาพ่นชนิด MDI และร้อยละ 76 ได้รับยาพ่น 2 รายการ (ยาขยายหลอดลมและยาพ่นสเตียรอยด์) ผู้ป่วยทุกรายให้ข้อมูลว่าได้รับการสอนเทคนิคการใช้ยาพ่นแล้ว จากการสังเกตวิธีการพ่นยาของผู้ป่วยพบว่าทุกคนสามารถพ่นได้ถูกต้องแต่พบปัญหาเกี่ยวกับจำนวนครั้งในการพ่นยาและการใช้ยาพ่นไม่ถูกชนิด ผู้ป่วยที่กดยาพ่นมากกว่า 1 ครั้ง ก่อนสุดให้เหตุผลว่าการกดยา 1 ครั้งละอองยาที่ออกมาไม่น้อยสุดเข้าไปไม่ทันเลย ต้องกดยากว่า 1 ครั้ง ส่วนชนิดของยาที่พ่น ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เวลามีอาการหอบ ผู้ป่วยบางคนให้เหตุผลว่าเนื่องจากพ่นยาขยายหลอดลมแล้วไม่ดีขึ้น จึงต้องใช้อีกตัวหนึ่งที่ได้ หากใช้ยาพ่นทั้งสองแล้วไม่ดีขึ้น จึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล

(4) การเรียกชื่อยาและวิธีการจ่ายยา การเรียกชื่อยาของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างจากชื่อสามัญทางยาหรือชื่อทางการค้า โดยผู้ป่วยเรียกชื่อยาตามผลการรักษาที่ได้จากยา สีของยาและวิธีใช้ยา

ตารางที่ 1 ชื่อยาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเรียก

รายการยา	ชื่อยาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเรียก
1. Salbutamol 2 mg. Tab	ยาขยายหลอดลม ยาเม็ดสีชมพู
2. Theophylline 200 mg. Tab	ยาขยายหลอดลม ยาเม็ดสีขาว
3. Prednisolone 5 mg. Tab	ยาหอบ
4. Salbutamol solution	ยาพ่นโรงพยาบาล
5. Ipratropium Br + Fenoterol solution	ยาพ่นโรงพยาบาล
6. Salbutamol MDI	ยาพ่นที่บ้าน ยาหลอดสีฟ้า ยาแก้หอบ
7. Ipratropium Br + Fenoterol MDI	ยาพ่นที่บ้าน ยาหลอดสีเขียว ยาแก้หอบ
8. Budesonide MDI	ยาพ่นเข้าเย็น ยาพ่นแก้อักเสบ ยาหลอดสีแดง
9. Bromhexine 8 mg. Tab	ยาแก้ไอ ยาเม็ดสีเหลือง
10. Acetylcysteine 100 mg. granule	ยาผงสีส้ม ยาแก้ไอ
11. Chlorpheniramine 4 mg. Tab	ยาแก้แพ้ ยาเม็ดสีเหลือง

(5) **ความร่วมมือในการใช้ยา** ประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับยาพ่นขยายหลอดลม คือช่วงเวลาและเหตุผลที่ผู้ป่วยใช้ยาพ่น MDI จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทุกคนใช้ยาพ่นขยายหลอดลมเมื่อมีอาการหืดกำเริบ แต่มีผู้ป่วย 7 รายที่พ่นยาก่อนไปทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวัน บางคนพ่นยาก่อนนอน เนื่องจากเคยมีอาการหืดกำเริบตอนกลางคืน โดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเป็นการตัดไฟตั้งแต่ต้นลม ดังตัวอย่างผู้ป่วยหญิงอายุ 63 ปี เป็นโรคหืดนาน 13 ปี เล่าว่า “ถ้าจะเข้านอนก็ต้องพ่นก่อน ตัดมันก่อนเลย มันอยู่เลยบ่มีหอบ แมนคือหมอมว่า ถ้าพ่นไปแล้วอย่างไปกะบ่หอบ คั่นบ่ได้พ่นอย่างไปซ่าได้ซาหอบเลยได้ ไอขึ้นแคว้ง เอาเลย สะบัดนี้ฟังเบิ่งคัก ๆ คุณหมอมพ่นสอนมาแบบนั้นแบบนี้กะถูกต้องอยู่ คั่นบ่หอบกะซา ให้พ่นก่อนมันกะบ่หอบ” แต่ผู้ป่วยบางคนเชื่อว่าเมื่อถึงเวลาที่อาการหืดกำเริบไม่ว่าจะใช้ยาป้องกันไว้ก่อน (พ่นขยายหลอดลมก่อน) ก็มีอาการกำเริบเหมือนเดิม

(6) **ผลข้างเคียงของยา** ผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ทุกรายให้ข้อมูลว่าบ้วนปากหลังพ่นยาทุกครั้ง บางคนบ้วนปากหลังพ่นยาขยายหลอดลมด้วย เหตุผลที่ผู้ป่วยบ้วนปากเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร มีผู้ป่วยเพียง 3 ราย ที่เล่าว่าหากไม่บ้วนปากหลังพ่นยาจะมีอาการไอเนื่องจากยาที่พ่นทำให้ระคายเคืองคอ สำหรับยารับประทานชนิดสเตียรอยด์นั้น มีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่ให้ข้อมูลว่าจะมีผลข้างเคียงแต่ต้องใช้ยาตามแพทย์สั่ง ดังคำบอกเล่าที่ว่า “มันกะมีผลแล้วโดนมันเป็นสเตียรอยด์ แต่ว่าพ่นให้ไปแล้วกะต้องกิน กินน้อยกินหลายก็ต้องค่อยกินไป เอาบ่ได้กินตลอด ถ้าบ่จำเป็นพ่นกะบ่ให้”

(7) **การพกยาและเก็บรักษายา** ผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่น 2 รายการจะใช้วิธีจาสีหลอดยาในการแยกความแตกต่างของยาพ่น มีผู้ป่วย 2 รายที่ให้ข้อมูลว่าสามารถจำกลิ่นยาได้ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ทุกคนจะพกยาพ่นไว้กับตัวตลอดเวลา โดยทุกคนให้เหตุผลว่ากลัวอาการหืดกำเริบเพราะสามารถกำเริบได้ทุกเวลา บางคนเล่าว่าต้องเก็บไว้ข้างที่นอนในตอนกลางคืน สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาพ่นมีเพียง 1 รายที่เอายาพ่นไปโรงเรียนด้วย ผู้ป่วยที่ไม่ได้เอายาพ่นไปโรงเรียนให้เหตุผลว่าหากเอาไปโรงเรียนกลัวยาพ่นหาย แม้ว่าผู้ป่วยกลัวเกิดอาการกำเริบในโรงเรียน แต่ผู้ป่วยเชื่อว่าหากจะมีอาการกำเริบต้องมีอาการแสดงตั้งแต่เข้าก่อนไปโรงเรียนแล้ว ถ้ามีอาการกำเริบเด็กจะแจ้งให้ครูทราบแล้วให้ผู้ปกครองมารับไปโรงพยาบาลหรือกลับไปพ่นยาที่บ้าน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่เป็น

นักเรียนทุกคนเคยมีอาการหอบขณะอยู่ในโรงเรียนแล้วต้องกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์ของครูที่เคยดูแลนักเรียนที่มีอาการหอบ ซึ่งครูเห็นว่ามีความจำเป็นที่ผู้ป่วยโรคหืดต้องพกยาไปโรงเรียนด้วย ปัญหาเกี่ยวกับยาพ่นชนิด MDI ที่ค้นพบจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยคือ การเก็บรักษายาพ่น มีผู้ป่วย 2 ราย ที่เคยเก็บยาพ่นไว้ในตู้เย็นเพราะกลัวยาที่เปิดใช้แล้วเสื่อมสภาพ ส่วนยาที่ยังไม่ได้เปิดใช้ผู้ป่วยไม่ได้เก็บไว้ในตู้เย็น

3) **การรักษาโดยวิธีอื่น** มีผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายแสวงหาวิธีต่าง ๆ ในการรักษาโรคหืดนอกจากการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีอายุมากแล้วจะเคยได้ยินเกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรและสัตว์ต่าง ๆ ในการรักษาโรคหืด เช่น จิ้งจก แมงสาบ ตุ๊กแก แมวดำ สุนัขดำ ตั๊กแตน เนื้อจระเข้ เป็นต้น ซึ่งเป็นลักษณะปากต่อปาก สำหรับผู้ป่วยเด็กบางคนเคยใช้พืชสมุนไพรและสัตว์ต่าง ๆ จากการที่ผู้ปกครองให้ทดลองรับประทาน นอกจากนี้ยังมีวิธีการอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยใช้ในการบรรเทาอาการกำเริบของโรคหืด คือ การฝังไฟ กอดก้อนหินร้อน (ภาษาผู้ดูแลผู้ป่วยเรียกว่า “ก้อนเส้า”) มีผู้ป่วย 7 รายที่มีประสบการณ์ใช้วิธีการนี้ ดังตัวอย่างผู้ป่วยหญิงอายุ 49 ปี เป็นโรคหืดนาน 19 ปี เล่าว่า “ถ้าเป็นหอบ ข้อยลีเอาก่อนเส้าไปข้างไฟให้อุ่น ๆ แล้วเอามาใส่หน้าอก แม่บอกว่าถ้าเป็นหอบให้เอาก่อนเส้าไปข้าง แล้วเอามาอุดให้อุ่นกะสิบ่หอบ มันก็ความฮ้อน มันกะระบายออก” ซึ่งผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเวลาหอบหืดกำเริบปอดขึ้นเนื่องจากความเย็นในร่างกาย (ในปอด) ดังนั้นต้องให้ความอบอุ่นเพื่อให้ปอดอุ่นขึ้น ผู้ป่วยบางคนเล่าว่าเมื่อมีอาการหอบหากไม่ต้องการไปโรงพยาบาลให้ก่อไฟแล้วฝังไฟ เมื่อร่างกายอบอุ่นก็จะไม่หอบ ซึ่งบางคนบอกว่าหากไม่ต้องการฝังไฟให้ต้มน้ำอุ่นแทนได้ ความเชื่อนี้สอดคล้องกับเหตุผลที่ผู้ป่วยเชื่อว่าการนอนเปิดพัดลม นอนในห้องที่เปิดเครื่องปรับอากาศ นอนไม่หลับจะทำให้ปอดขึ้นเป็นโรคหืดได้ แต่ก็มีผู้ป่วย 1 รายที่ไม่เชื่อว่าการใช้วิธีการนี้สามารถบรรเทาอาการกำเริบของโรคหืดได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์นี้

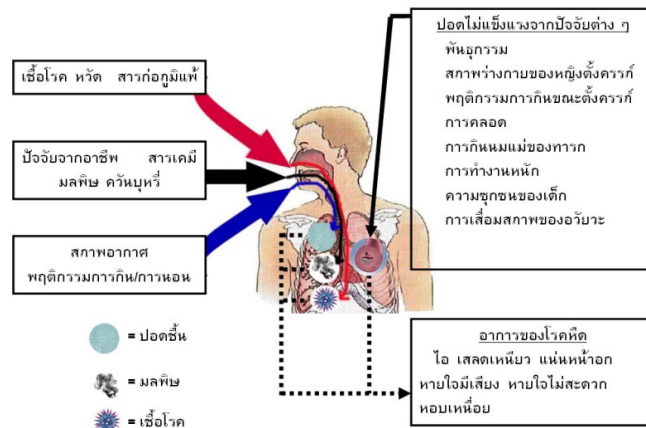
2.6 การป้องกันไม่ให้อาการหืดกำเริบ

การป้องกันไม่ให้อาการหืดกำเริบนั้นในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีแนวทางเดียวกันคือ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดการกำเริบของโรคหืดได้ แต่การให้ความสำคัญกับแต่ละปัจจัยแตกต่างกันตามความเชื่อของแต่ละคน ผู้ป่วยอธิบายวิธีการป้องกันไม่ให้อาการหืดกำเริบเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ถูกกับโรคซึ่งผู้ป่วยเรียกว่า “อาหารแสลงหรือของแสลง” โดยผู้ป่วยแต่ละรายมี

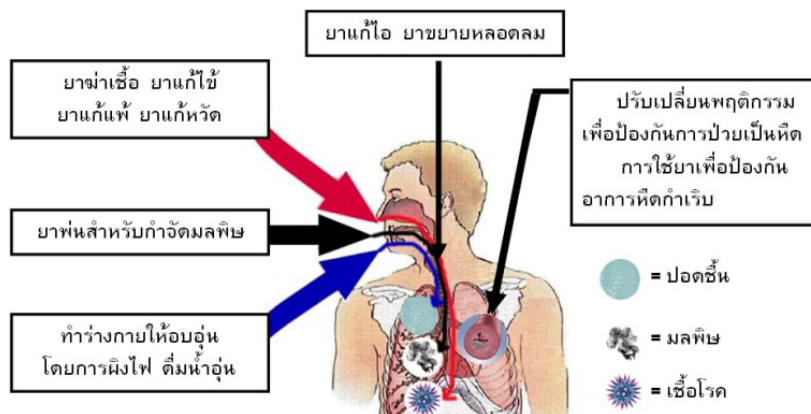
รายการอาหารแสดงที่ต่างกัน เช่น อาหารหมักดอง (ผู้ป่วยบางคนไม่รับประทานปลาร้าเนื่องจากกลัวอาการหอบหืดแต่ไม่ได้กลัวยาธิ) เนื้อสัตว์ อาหารหวาน อาหารมัน ขนมจีน น้ำอัดลม เป็นต้น ผลไม้บางชนิดที่เป็นอาหารแสดงในความเชื่อของผู้ป่วย เช่น แดงโม จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วย 2 รายที่เป็นหอบหืดทุกครั้งที่ได้รับประทานแดงโม

2.7 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหัดของผู้ป่วย

จากข้อมูลความเชื่อและมุมมองเกี่ยวกับโรคหัดของผู้ป่วยสามารถสรุปเป็นแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหัดของผู้ป่วย ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหัดของผู้ป่วยโรคหัด : สาเหตุและอาการ



ภาพที่ 2 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหัดของผู้ป่วยโรคหัด : การรักษา

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย มีมุมมอง การรับรู้ ความเชื่อในการสร้างแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของตนเอง แม้ว่าจะได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วก็ตาม เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ (Pavasudthipaisit *et al.*, 2009; Helman, 1990; Peterson and Sterling, 2005; Arcury *et al.*, 2004; Hardie *et al.*, 2000; Aidoo and Harpham, 2001) แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของโรคหืดในงานวิจัยนี้ประกอบด้วย การนิยามชื่อโรค สาเหตุของการเกิดโรค อาการแสดงของโรค ความรุนแรงของโรค การรักษาและการป้องกันที่เหมาะสม

1. การให้นิยามชื่อโรค จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยทราบชื่อทางการแพทย์ของโรคหืด แต่เลือกที่จะเรียกชื่อโรคที่คุ้นเคยในการสื่อสาร แม้ว่า การให้นิยามชื่อโรคของผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน แต่ก็สามารถสื่อสารกันได้ แต่ต้องระวังอาจเป็นอุปสรรคในภายหลัง เช่น การเรียกชื่อโรคหืดว่าโรคหอบซึ่งเป็นอาการแสดงของโรคอื่นได้ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรค้นหาข้อมูลในเชิงลึกเพื่อประกอบในการซักประวัติเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

2. สาเหตุของโรคหืด ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยอาศัยประสบการณ์ของตนเองและคำบอกเล่าของคนอื่นในการพิจารณาสาเหตุของโรคหืด แม้ว่าข้อมูลทางการแพทย์ได้ให้คำจำกัดความของโรคหืดว่า เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมซึ่งเป็นผลจากปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (The Committee for Revision of Guidelines for the diagnosis and management of asthma 2008, 2008) แต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังเชื่อว่าสาเหตุของโรคหืดหรืออวัยวะที่เกี่ยวข้องคือปอดและสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ โดยผู้ป่วยเชื่อว่าโรคหืดเกิดจากร่างกายตนเองและไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยา เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น (Peterson and Sterling, 2005)

3. อาการแสดงของโรคหืด โรคหืดเป็นโรคที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการของตนเองได้ค่อนข้างชัดเจนจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยทุกรายสามารถอธิบายลักษณะอาการของโรคหืดได้เหมือนกัน ลักษณะอาการที่ทุกคนเชื่อว่าเป็นอาการแสดงของโรคหืด ได้แก่ ไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีด หายใจหอบเหนื่อย ซึ่งลักษณะอาการเหล่านี้เป็น

ลักษณะอาการที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการวินิจฉัยโรคหืด (The Committee for Revision of Guidelines for the diagnosis and management of asthma 2008, 2008) แม้ว่าการเรียกอาการที่เกิดขึ้นอาจแตกต่างกันตามอายุและประสบการณ์ของแต่ละคน เช่น การเรียกอาการแน่นหน้าอกของผู้ป่วยแตกต่างกันตามความรู้สึกของผู้ป่วย เช่นเดียวกับงานวิจัยอื่น (Hardie *et al.*, 2000)

4. ความรุนแรงของโรค การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหืดนั้นผู้ป่วยแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามอาการแสดง ความจำเป็นในการใช้ยาและผลของการใช้ยา ซึ่งแตกต่างจากแนวทางการรักษาโรคของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการแบ่งระดับความรุนแรงตามความถี่และความรุนแรงของอาการเช่นเดียวกับการศึกษาอื่น (Lurie *et al.*, 2007) การที่ผู้ป่วยแบ่งระดับความรุนแรงจากการใช้ยาและผลของการใช้ยานั้น อาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้การของโรคไม่ถูกต้อง เนื่องจากผลของการใช้ยาหรือการออกฤทธิ์ของยานั้นขึ้นอยู่กับเทคนิคในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งปัญหานี้อาจส่งผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโดยนับจากจำนวนครั้งของการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม

5. การรักษาที่เหมาะสมและการป้องกัน ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่จำลักษณะอาการที่กำเริบของตนเองได้และมีการดูแลรักษาตนเองก่อนไปพบแพทย์ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น (Loignon *et al.*, 2009) สำหรับการรักษาของผู้ป่วยมีหลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางคนใช้วิธีการรักษามากกว่า 1 วิธี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคหืดมากกว่า 5 ปี หรือผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังและผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้การกำเริบรุนแรงทำให้เกิดความกลัว ดังมีรายงานในงานวิจัยอื่น (Handelman *et al.*, 2004) ในแนวทางการดูแลผู้ป่วยนั้นความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษา โดยเฉพาะการใช้ยาและเทคนิคในการใช้ยา จากงานวิจัยหลายการศึกษาพบว่าเทคนิคและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยยังเป็นปัญหาสำคัญ (Chapman, 2000) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ แต่งานวิจัยอื่นยังไม่ได้ค้นหาปัญหาหรือเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาได้ถูกต้องหรือไม่สามารถใช้ยาในเทคนิคที่ถูกต้อง แม้ว่าจะผ่านการสอนหรือการประเมินจากเภสัชกรแล้ว จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้ป่วยบางคนไม่ชอบใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น (Williams *et*

al., 2007) ส่วนสาเหตุของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ของผู้ป่วยจากการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ Cochrane *et al.* (1999) เนื่องจากสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาพ่นชนิดสเตียรอยด์ไม่ได้เกิดจากการกลัวอาการข้างเคียงจากการใช้ยาสเตียรอยด์ แม้ว่าผู้ป่วยจะให้ข้อมูลว่าวันปากหลังพ่นยาตามคำแนะนำของเภสัชกร แต่ผู้ป่วยบางคนไม่ใช้ยาเนื่องจากไม่มีอาการกำเริบ จึงไม่ต้องการใช้ยาหรือเชื่อว่าไม่จำเป็นต้องใช้ยา ดังนั้นความร่วมมือของผู้ป่วยจึงไม่สามารถประเมินจากอาการแสดงหรืออาการกำเริบของโรคหืดเท่านั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Clark *et al.* (1999) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยรายที่เชื่อว่าตนเองมีอาการดีขึ้นโดยการสังเกตว่าอาการหืดกำเริบน้อยลงจึงไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง แต่ยังคงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามนัดแต่ไม่ได้แจ้งวิธีการใช้ยาที่แท้จริงของตน ทำให้แพทย์เชื่อว่าผู้ป่วยใช้ยาตามสั่งจึงมีอาการดีขึ้นจากข้อมูลที่ได้พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบบ่อยอาจไม่ได้เกิดจากความร่วมมือในการใช้ยาดีแต่เกิดจากการที่ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นอาการหืดกำเริบ

ผู้ป่วยบางคนไม่ใช้ตามแพทย์สั่งแต่มีการปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาเองตามความเชื่อเกี่ยวกับระยะเวลาของการกำเริบของโรคหืด เช่น การที่ผู้ป่วยเชื่อว่าอาการหืดมักกำเริบในตอนกลางคืนหรือตอนทำงาน ผู้ป่วยจึงมีการพ่นยาก่อนนอนและก่อนไปทำงาน การที่บุคลากรทางการแพทย์ประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจากอาการแสดงของโรคและจำนวนเม็ดยาที่เหลือโดยไม่เข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ยังไม่สามารถควบคุมหรือดูแลผู้ป่วยบางกลุ่มได้ แม้ว่าจะมีการใช้ยาตาม GINA Guideline ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาที่พบในทำนองเดียวกันกับการศึกษาอื่น ๆ ที่มีรายงานมาก่อน (Nagmai, 2007; Jitsaree, 2008; Bojarus *et al.*, 2008 Duangdee, 2007) ผลการศึกษาที่ได้จากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีมุมมองบางส่วนเกี่ยวกับโรคหืด การรักษาและป้องกันโรคแตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์

เนื่องจากระบบบริการของโรงพยาบาลมีข้อจำกัดเกี่ยวกับภาระงาน จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถค้นหาปัญหาหรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อ การรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกมิติ ส่งผลให้ไม่เข้าใจแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม การรักษา เยียวยาของผู้ป่วย ปัญหานี้ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและผลการรักษา นอกจากนี้มี

การพัฒนานาเทคโนโลยีมาใช้ในระบบบริการทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ลดน้อยลง โดยบุคลากรทางการแพทย์อาจเน้นการค้นหาข้อมูลให้ครบตามตัวเลือกในแบบบันทึกโดยไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยหรือข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่ผู้ป่วยเองก็มีความกังวลว่าบุคลากรทางการแพทย์จะไม่พอใจหากตนเองไม่ทำตามคำสั่ง จึงให้ข้อมูลตามที่บุคลากรทางการแพทย์สั่ง ซึ่งอาจไม่ใช่ข้อมูลที่แท้จริง เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา ทำให้ผลการรักษาจึงไม่อาจสัมฤทธิ์ผลได้ตามที่ทุกฝ่ายต้องการ ดังนั้นหากบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีการเรียนรู้ว่าความเชื่อหรือการรับรู้บางอย่างสามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกันได้ โดยการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้นต้องอาศัยความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย มีการบริหารจัดการระบบบริการผู้ป่วยโดยไม่มองแค่การเป็นโรคแต่มองความเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย จะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ เป็นองค์รวมได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากความเชื่อ การรับรู้ การให้ความหมายของเรื่องใดเรื่องหนึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยของแต่ละบุคคล ดังนั้นการค้นหาข้อมูลในมิติความเชื่อและการรับรู้ต้องอาศัยเวลาในการสร้างความคุ้นเคยและความลึกซึ้งในการสัมภาษณ์ ดังนั้นหากต้องการศึกษาในแนวทางนี้ควรบริหารจัดการเวลาให้เพียงพอและเหมาะสมทั้งผู้สัมภาษณ์และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกนั้น บางครั้งผู้ให้ข้อมูลสำคัญเองไม่มั่นใจในการให้ข้อมูลเนื่องจากความเชื่อนั้น ไม่ได้มีการกล่าวถึงในปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลอาจลืมหรืออธิบายไม่ชัดเจนต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้วิจัยในการค้นหา นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอาจให้ข้อมูลในประเด็นที่แตกต่างหรือตรงข้ามกับประสบการณ์หรือความรู้วิชาการของผู้วิจัย ดังนั้นผู้วิจัยต้องมีความระมัดระวังในการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการค้นหาข้อมูล สำหรับคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์อาจใช้แนวคำถามเดียวกันได้ แต่ภาษาที่ใช้ควรมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ภาษาถิ่น ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เนื่องจากบางครั้งภาษาไทยไม่สามารถสื่อถึงอารมณ์หรือความหมายได้เหมือนกับภาษาถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ต้องขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำหรับการสนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

References

- Adams S, Pill R, Jones A. Medicine, Chronic illness and identity: the perspective of people with asthma. *Social Science & Medicine* [serial online] 1997; 45(2): 189 – 201.
- Aidoo M, Harpham T. The explanatory models of mental health amongst low-income women and health care practitioners in Lusaka, Zambia. *Health Policy and Planning* [serial online] 2001; 16(2): 206-213.
- Arcury TA, Skelly AH, Gesler WM, Dougherty MC. Diabetes meanings among those without diabetes: explanatory models of immigrant Latinos in rural North Carolina. *Social Science & Medicine* [serial online] 2004; 59(11): 2183-2193.
- Bojarus A, Potip K, Tongsian H, Posri P. Treatment Outcome among Asthma Patients in the Asthma Clinic, Kanthararom Hospital, Sisaket Province. *Journal of Health Systems Research* 2008; 2(1), 550-556.
- Boonyarat W. Outcome of a New Model of Pharmaceutical Care for Asthmatic Patients at Nongbualumphu Hospital [Thesis for The degree of Master of Pharmacy in Clinical Pharmacy] Chiangmai: Graduate school Chiangmai Universit; 1994.
- Bureau of Policy and Strategy. Thailand Health Profile 2005-2007. Bangkok: Bureau of Policy and Strategy Institute Ministry of Public Health; 2007.
- Chapman KR, Walker L, Cluley S, Fabbri L. Topical Reviews Improving patient compliance with asthma therapy. *Respiratory medicine* [serial online] 2000; 94(1): 2-9.
- Clark N, Jones P, Keller S, Vermeire P. Patient factors and compliance with asthma therapy. *Respiratory medicine* [serial online] 1999; 93(12): 856-862.
- Cochrane GM, Horne R, Chanez P. Compliance in asthma. *Respiratory Medicine* [serial online] 1999; 93(11): 763-769.
- Duangdee A. Outcome of an Easy Asthma Clinic, Banphai Hospital, Khonkaen Province. *Journal of Health Systems Research* 2007; 1(2), 45-50.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention [online] 2008. [cited 2009 July 19]. Available from <http://www.ginasthma.org>.
- Handelman L, Rich M, Bridgemohan CF, Schneider L. Understanding Pediatric Inner – City : An Explanatory Model Approach. *Journal of Asthma* [serial online] 2004; 41(2): 167–177.
- Hardie GE, Janson S, Gold WM, Carrieri-Kohlman V, Boushey HA. Ethnic Difference: Word Descriptors Used by African-American and White Asthma Patients During Induced Bronchoconstriction. *CHEST* [serial online] 2000; 117(4): 935-943.
- Helman CG. Culture, Health and illness : an Introduction for health Professionals. 2nd ed. Great Britain: Redwood Press; 1990.
- Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of psychosomatic research* [serial online] 1999; 47(6): 555-567.
- Jitsaree L. Efficacy of Treatment in the Asthma Clinic of Bang-Pa-In Hospital. *Journal of Health Systems Research* 2008; 2(3), 771-776.
- Kleinman A. Patients and healers in the context of culture : An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkley, Los Angeles and London: University of California Press; 1980.

- Loignon C, Bedos C, Sévigny R, Leduc N. Understanding the self-care strategies of patients with asthma. *Patient Education and Counseling* [serial online] 2009; 75(2): 256-262.
- Lurie A, Marsala C, Hartley S, Bouchon-Meunier B, Dusser D. Patients' perception of asthma severity. *Respiratory medicine* [serial online] 2007; 101(10): 2145-2152.
- Nagmai L. Efficacy of an Asthma Clinic Operation in Danchang Hospital. *Journal of Health Systems Research* 2007; 1(2): 113-118.
- Pavasudthipaisit A, Awiphan R, Niwatananan K, et al. An Integration of the Explanatory Model for caring diabetic patients by clinical pharmacist. *Thai Journal of Hospital Pharmacy* 2009; 19(1); 28-42.
- Peterson JW, Sterling YM. "Growin' out of it" : An Explanatory of childhood Asthma by African American Families. In: Chesnay MD, editor. *Caring for the Vulnerable : Perspective in Nursing Theory, Practice, and Research*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett; 2005. 143-152.
- Scherman MH, Löwhagen O. Drug compliance and identity: reasons for non-compliance: Experiences of medication from persons with asthma/allergy. *Patient Education and Counseling* [serial online] 2004; 54(1): 3-9.
- Sirimai P. Assessment of Quality of Care and Outcome for Adult Asthmatic Patients in Thailand. Bangkok: Health Systems Research Institute Ministry of Public Health; 2006.
- The Committee for Revision of Guidelines for the diagnosis and management of asthma 2008. Guidelines for the Health Service: To care Asthmatic patients 2008. Bangkok: Srimuangkarnpim: 2008.
- The Thoracic Society of Thailand. Guidelines for the diagnosis and management of asthma in Thailand (For Adults revised version). Bangkok: Krichwan Ink; 2004.
- Williams LK, Joseph CL, Peterson EL, Wells K, Mingqun W, Chowdhry VK, et al. Patients with asthma who do not fill their inhaled corticosteroids : A study of primary nonadherence. *Journal of allergy and clinical immunology* [serial online] 2007; 120(5): 1153-1159.