Original Article

การอธิบายความเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปริญดา เกิดแสง[1], ดารณี เชี่ยวชาญธนกิจ[2*]

Received: 31 January 2017 **Accepted:** 20 April 2017

บทคัดย่อ

บทนำ: แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเป็นแบบจำลองที่สร้างขึ้นโดยการให้ความหมาย ความเข้าใจ ในมุมมองของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยมีความเชื่อ วัฒนธรรม ประสบการณ์มาเกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะอธิบายและหาความแตกต่างของแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง **วิธีดำเนินการวิจัย:** ใช้วิธีการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 18 รายซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมอาการของโรคได้ 10 รายและผู้ป่วยที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้ 8 รายที่รับบริการที่รพ.กบินทร์บุรี จ.ปราจีนบุรี ระหว่างเดือนเมษายนถึงกันยายน 2558 **ผลการวิจัย**: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มมีการสร้างแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน โดยอาศัยความเชื่อประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการเรียกชื่อส่วนใหญ่จะเรียกตามบุคลากรทางแพทย์ครั้งแรกว่า โรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับโรคพบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมได้และไม่ได้ นอกจากนี้ความเข้าใจต่อสาเหตุของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ล้วนมาจากพฤติกรรมในอดีตของตนเอง อาการที่แสดงออกของโรค ที่สำคัญได้แก่ การไอ หายใจไม่ออก หายใจมีเสียง หอบ เหนื่อย ทำให้รับรู้ความรุนแรงของโรคต่างกันตามประสบการณ์ของการเกิดอาการโดย กลุ่มควบคุมอาการได้มองว่าโรคนี้เป็นโรคที่ไม่รุนแรง ต่างจากกลุ่มควบคุมอาการไม่ได้ ทำให้เห็นความสำคัญของการใช้ยา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ ร่วมทั้งมีการแสวงหาการรักษาแบบอื่น เช่น สมุนไพร แตกต่างกัน ผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีการประเมินภาวะของโรคไม่ได้ใช้ผลการตรวจสมรรถภาพของปอดเหมือนกับบุคลากรทางการแพทย์แต่ประเมินโดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรู้สึกของร่างกายเช่น สบาย หายใจโล่ง และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ **สรุปผลการวิจัย**: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มสร้างแบบจำลองความเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน โดยประเด็นที่มีการอธิบายแตกต่างกันมีปัจจัยของความเชื่อ ประสบการณ์ของตนเองและผู้อื่นมาเกี่ยวข้อง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจในแบบจำลอง เพื่อนำมาเชื่อมโยงพัฒนากระบวนการรักษาของผู้ป่วย ให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2560; 13 (ฉบับพิเศษ): 685-697

[1] ภบ. นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร

[2] Ph.D อาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* **ติดต่อผู้นิพนธ์:** ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก 65000 โทร. 088-6267444, โทรสาร. 055-963731 e-mail: daraneerx@hotmail.com

Explanatory Model Based on Perceptive of Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

parinda kertsang[1], Daranee Chiawchanthanakij [2*]

Abstract

Introduction: The model explaining the illness was a model created by the view of the patient's illness occurred. Which involved by faiths, cultures, and experiences. This study aimed to describe and determine the difference between models explaining the illness of patients with COPD. **Methods:** This study was a qualitative study. Data from 18 informants were collected by in-depth interviews that including 10 controlled and 8 uncontrolled were recruited from COPD clinic at Kabinburi hospital during April to September 2015. **Results:** Both groups of informants created models to explain the illness similarly by faiths and experiences of their illness. For example, naming were mostly followed by medical personnels. The first call of the disease was emphysema. However, details of perception of illness were different between controlled and uncontrolled patients. Furthermore, they understand the causes of the illness that mainly derived from their past behaviors. The main symptoms of the disease include coughing, suffocation, wheezing, and dyspnea. So, they recognized the severity of the disease varies according to their experiences. In a group of patients who can control the symptoms. They believed that the disease was not serious. Unlike other patient groups who realized the importance of taking medicines and behavior modification to control the risk factors. Also seeking alternative treatments such as herbs. Both groups of informants have a different assessment of the disease from medical personnels. They evaluated by a focus on feelings such as relief breath and ability to do activities in daily life. **Conclusion:** Both groups of informants created models to explain the illness similarly. In some difference explanations were caused by the influence of faiths and experiences. Therefore, healthcare providers have an important role in understanding the model. To bring development to the treatment of patients. The results were further improved.

Keywords: Explanatory Model, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

IJPS 2017; 13 (Supplement): 685-697

[1] M. Pharm. Student, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University, Phisanulok.
[2] Ph.D., Lecturer, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University, Phisanulok.
* **Corresponding author:** Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Science, Naresuan University, Phitsanulok-Nakornsawan Road, Phitsanulok, Thailand, 65000
Tel. 088-6267444,Fax: 055-963731, e-mail: daraneerx@hotmail.com

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่ติดต่อซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตได้ เกิดจากการอุดกั้นทางเดินหายใจและการอักเสบของปอด ที่ไม่สามารถทำให้เป็นปกติได้ โดยมีปัจจัยกระตุ้นได้แก่ ควันบุหรี่ ควันไฟ มลพิษทางอากาศ (Boonsawat, 2010) องค์การอนามัยโลกระบุว่าในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาโดยเฉลี่ยทั่วโลกมีประชากรประมาณ 65 ล้านคนที่เป็นโรคดังกล่าว คาดการณ์ว่าอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งประเทศไทย (WHO, 2013)

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่หายขาด ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อป้องกันและชะลอการดำเนินไปของโรค หน่วยงานสาธารณสุขเล็งเห็นความสำคัญให้ทุกโรงพยาบาลจัดตั้งคลินิกเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยใช้เครื่องมือหลักที่เป็นการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพร่วมกันเพื่อให้ได้มาตรฐานในการรักษาผู้ป่วย คือ GOLD Guideline (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2016) แต่การดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่สามารถควบคุมโรคได้อย่างสมบูรณ์ จากการสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบริบาลทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องโรคและความร่วมมือในการใช้ยาไม่ตรงหรือสอดคล้องตามแพทย์สั่ง ปรับขนาดยาเอง ร่วมถึงการใช้ยาพ่นเทคนิคพิเศษที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การดำเนินของโรคที่แย่ลง อาจทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันหรือมารักษาที่โรงพยาบาลซ้ำๆ เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อค่าใช้จ่าย เสียเวลา และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเป็นภาระและปัญหาทางสาธารณสุขที่ตามมา

การควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีมุมมองต่อโรคและประสบการณ์จากบริบทวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยมักมีมุมมองของการเจ็บป่วยในลักษณะปัญหากิจวัตรในชีวิตประจำวัน คือ ความไม่สุขสบาย ไม่สามารถทำกิจกรรมตามปกติได้ แต่บุคลากรทางการแพทย์มักมองว่า ความเจ็บป่วยเป็นโรค ซึ่งทำให้เกิดช่องว่างระหว่างกันในการทำความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chanthapasa, 2004)

การวิจัยนี้ได้นำแนวคิดเรื่องแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory Model หรือ EM) ของอาร์เธอร์ ไคลน์แมน เป็นเครื่องช่วยวิเคราะห์ ที่ให้ความหมาย ความเข้าใจ ในมุมมองของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในการรับรู้ถึงโรค สาเหตุ อาการแสดง ความรุนแรงของโรค ความร่วมมือในการรักษาและใช้ยา ร่วมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น (Kleinman,1980) ซึ่งส่งผลต่อการจัดการดูแลของผู้ป่วยในรูปแบบของตนเองที่แตกต่างกันไป โดยหากบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจในแบบจำลองดังกล่าว ก็สามารถที่จะนำมาพัฒนากระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เหมาะสมต่อไป การวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อ 1) ค้นหาการรับรู้ การให้ความหมายเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการใช้ยาระหว่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ควบคุมอาการได้และคุมอาการไม่ได้ 2) อธิบายความแตกต่างของแบบจำลองความเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่ควบคุมอาการได้และควบคุมอาการไม่ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยศึกษากับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 18 รายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมอาการได้จำนวน 10 รายและกลุ่มควบคุมอาการไม่ได้จำนวน 8 รายที่คัดเลือกจากกลุ่มประชากร 213 คน ที่เป็นผู้ที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พักอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอกบินทร์บุรี เพศชายอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และเพศหญิงอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป และมารับบริการที่คลินิกอย่างน้อย 6 เดือน ไม่มีโรคแทรกซ้อนร่วมด้วย และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงกันยายน 2558 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามที่ปรับปรุงจากแนวคิดของไคลน์แมน โดยเน้นใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสามารถบอกเล่ามุมมองหรือประสบการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับประเด็นของการรับรู้ การให้ความหมายต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุของการเกิดโรค อาการแสดง ความร่วมมือต่อการรักษา ป้องกันโรคและการใช้ยา ร่วมถึงผลกระทบและความคาดหวังจากโรคนี้ โดยบันทึกเทปในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตสีหน้าท่าทาง น้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และจดบันทึกข้อมูลโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งที่บ้านผู้ป่วยและที่โรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ เพื่อความสมบูรณ์และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ของข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการถอดเทปออกมาเป็นบทสนทนาอย่างละเอียดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน จัดหมวดหมู่และตีความเกี่ยวกับประเด็นการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของไคลน์แมน

ผลการวิจัย

1. แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในมุมมองของผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มมีความเชื่อและมุมมองของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามความเชื่อและประสบการณ์ที่ตนเองได้รับรู้โดยมาจากคำบอกเล่าจากเครือข่ายทางสังคมเช่น ญาติพี่น้อง จากผู้ป่วยด้วยกัน จากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีการแสวงหาการรักษาที่หลากหลายตามคำบอกเล่า เพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของตนเองซึ่งการแสวงหาก่อให้เกิดการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคแตกต่างกันไป แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยประกอบด้วยการนิยามชื่อโรค สาเหตุ อาการแสดง ความรุนแรงของโรค การรักษาด้วยยาและผลกระทบ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 การรับรู้และให้คำนิยามชื่อโรค

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มมีการชื่อเรียกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะเรียกว่า “ถุงลมโป่งพอง” เรียกตามบุคคลที่บอกว่าเป็นโรคครั้งแรก โดยกลุ่มควบคุมอาการได้บางรายสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ว่าเป็นโรค “หลอดลมอักเสบหลอดลมตีบ”ซึ่งสื่อสารแตกต่างจากกลุ่มที่คุมอาการไม่ได้ ดังกล่าวที่ว่า

“ โรคถุงลมโป่งพอง ปอดอุดตันเรื้อรัง มัน ก็เป็นเหมือนโรคไต โรคไตคือมันไม่มีทาง หาย มันมีทางกลับขึ้นมา 80% มันไม่ใช่หวัด ไม่ใช่ไข้เลือดออก”

2.2 สาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีมุมมองสาเหตุของการเกิดโรคที่แตกต่างขึ้น โดยวิเคราะห์ย้อนถึงพฤติกรรมในอดีตของตนเอง โดยพบว่ามีสาเหตุหนึ่งสาเหตุและมากกว่าหนึ่งสาเหตุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) สูบบุหรี่ เป็นสาเหตุหลักและสำคัญที่ทำให้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่ม โดยสูบจากใบจากยามวน ยาเส้นมาก่อน ดังกล่าวที่ว่า

"รู้ว่าโรคนี้มันดูดบุหรี่ เรื่องบุหรี่สำคัญ นี่เลยเลิกบุหรี่ โรคมันจะมากับบุหรี่กับ เหล้า เหล้าก็ธรรมดา แต่บุหรี่สำคัญเลย ไอ้พวกนี้เข้าปอด มันไม่ดีต่อถุงลม"

2) กรรมพันธุ์

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มควบคุมอาการได้อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคคือ กรรมพันธุ์ ซึ่งมีความสับสนในคำว่า กรรมพันธุ์ โดยคิดว่ากรรมพันธุ์คือการถ่ายทอดโดยตรงจากพ่อและแม่ ในขณะที่ยายเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่แม่ไม่ได้เป็นโรค ดังกล่าวไม่ได้หมายถึงกรรมพันธุ์ ส่วนผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มคุมอาการไม่ได้ อธิบายถึงกรรมพันธุ์คือการถ่ายทอดโดยตรงจากพ่อ ที่เป็นโรค ดังกล่าวที่ว่า

"แค่รู้มาว่า มันเป็นกรรมพันธุ์ ลุงผมเป็นผมเกิดทันแต่ว่าปู่ผมเป็นหรือเปล่า ผมไม่รู้ คิดว่าเป็น คร่าวๆแล้วก็ลงมา พ่อผมก็เป็น"

3) สารเคมีหรือสารพิษ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มบางรายเชื่อว่าการสัมผัสหรือรับประทานอาหารที่มีสารเคมีหรือสารพิษ เกิดการสะสมจากเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ดังกล่าวที่ว่า

"อย่างที่หลวงพ่อบอก อาหารการกินที่มันมีเชื้อที่เรากินเข้าไป มันเกิดจากเคมีที่ไปหว่านข้าว หว่านปุ๋ย อะไรด้วยนะ ที่เรากินเข้าไป"

4) ระบบการทำงานของร่างกาย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มเชื่อว่าสภาพของร่างกายที่เสื่อมเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่มากขึ้นและเกิดความผิดปกติของร่างกายที่แตกต่างจากคนอื่น เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ดังกล่าวที่ว่า

"ร่างกายของเรา อาจจะไม่ปกติเหมือนคนอื่น อาจจะไม่มีภูมิคุ้มกันหรือภูมิต่อต้านโรคเนี้ยะไม่เหมือนคนอื่น เกิดจากร่างกายของเราอาจจะไม่สมบูรณ์เหมือนคนอื่น"

"ตอนเราเป็นหนุ่มเป็นอะไรที่ปกติ ที่นี้มันมีอายุเข้า ความต้านทานของเราเนี้ยะมันลดลงด้วยอยู่ไป 4-5 ปี แก่ขึ้นมา ภูมิต้านทานมันตก มันก็เป็นเพราะเรามันแก่แล้ว"

5) ฝุ่นละออง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มบางรายเชื่อว่า การสัมผัสฝุ่นละอองจากการประกอบอาชีพในอดีตของตนเอง ทำให้เกิดสาเหตุของโรค

"เกิดจากละอองฝุ่นนี่แหละ แต่ก่อนป้าเลี้ยงควายก็เดินตามก้นควาย มันก็ใหญ่มันก็ฝุ่นหน้าแล้งละอองฝุ่นควายก็เตะ มันก็เป็นฝุ่น นั่นแหละมาให้หอบ"

6) ควันไฟ ควันจากเตาถ่าน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เชื่อว่าควันไฟ ควันจากเตา ที่ถูกสะสมจากการประกอบอาชีพของตนในอดีตเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ดังกล่าวที่ว่า

"ผมว่าผมสะสมแต่ผมลงเตากับพ่อ ลงเตาก็เอาไม้นี่แหละ ลงขุดเตาที่เค้าตี เตาเผานะ เราไปเอาถ่านขึ้นมาอะไร แต่ก่อนนี้ ฝุ่นมัน เยอะฝุ่นไฟ

ไหม้อย่างนี้แหละ มันคงจะเข้าได้ ผมว่าคงเป็นมาแต่นู้นแหละ "

2.3 อาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มองว่า คนที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการแสดงออกทางร่างกายของแต่ละคนคล้ายคลึงกัน เนื่องจากมองว่าเป็นโรคเดียวกัน โดยอาการที่แสดงออกมีมากกว่าหนึ่งอาการที่เป็นสัญญาณเตือนที่ผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่บอกว่าผิดปกติที่จะนำไปสู่อาการหอบกำเริบ คือ**อาการไอ** โดยจะมีไอแห้ง ไอมีเสลด คอตีบๆ คอแห้งๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

"มันจะมีเสมหะอยู่ในหลอดลมแล้วก็ไอคล้ายๆหลอดลมที่มันไม่พอ หายใจไม่ออก ต้องขากเสมหะออกมันถึงจะหาย ถ้าไม่ออก ก็หายใจไม่สะดวก"

นอกจากนี้ **หายใจไม่ออก** พบในผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จะมีอาการจุกแน่นหน้าอก โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญจะสื่อสารลักษณะอาการแตกต่างกันเพื่อบ่งบอกถึงลักษณะการหายใจ ได้แก่ หายใจไม่อิ่ม หายใจไม่โล่ง หายใจไม่เต็มปอด หายใจไม่โปร่ง เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

"นี่แหละ ใจจะขาด แน่น หายใจไม่ออก หายใจไม่เต็มอิ่มว่างั้นเถอะ เป็นขึ้นมาเองมันแหละ"

"หายใจไม่ออกนี้แหละมันถึงกับใจจะขาดได้นะ มันก็ตายได้นะป้าว่า มันใจขาดได้มันหอบขึ้นมา"

และ**หายใจมีเสียง**เป็นอาการที่แสดงออกในผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่บ่งบอกว่าเป็นอาการที่รู้ชัดเจนถึงความผิดปกติของระบบหายใจ โดยเสียงการหายใจแต่ละคนจะแตกต่างกันไปเช่น ฮ๊อดแฮ๊ด ฮี๊ดฮ๊าด ฝ่อฝ่อ ฟี๊ดฟี๊ด เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

"หายใจไม่อิ่ม คือว่าฮึด ยาว โอเค มันก็ดีแต่มันฮึดฮึด อยู่แค่นี้มันก็แย่ คือว่าไง มันหนักหนักมากๆ ถ้าไม่หาหมอนะ หนักลูก"

"หายใจผิดปกติ ฝืดๆ เสียงดังฮ๊อดๆได้ยินกับหูตัวเองเลย เสียงเราหายใจในลำคอ ค๊อกๆเหมือนแมวนอน"

"มันจะเริ่มฝ่อๆแบบงูห่าในลำคอหลวงตา"

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มบอกเล่าถึงปัจจัยที่มากระตุ้นทำให้มีอาการกำเริบมากขึ้น หรือน้อยลงแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของตนเอง โดยมีทั้ง**สิ่งที่หลีกเลี่ยงได้**เช่นควันบุหรี่หลีกเลี่ยงโดยเดินหนีออกห่างไปจากผู้คนที่สูบบุหรี่ การทำงานหนักที่ออกแรงมากหลีกเลี่ยงโดยพ่นยาก่อนทำกิจกรรม หรือควันจากการเผาขยะ ควันไฟจากการประกอบอาหาร หลีกเลี่ยงโดยการใช้ผ้าปิดจมูกไว้ ดังคำกล่าวที่ว่า

"เวลาเห็นเค้าดูด ก็หลบไปซะเวลาใครมานั่ง บอกเอ้ยหมดๆมวนไปที่อื่นก่อน แล้วค่อยมานั่ง ก็หลบๆ คือว่าไงโรคนี้มันโดนพวกนี้ไม่ได้"

ส่วนฝุ่นละออง และสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็น**สิ่งกระตุ้นที่หลีกเลี่ยงไม่ได้** บางวันร้อน หนาว หรือฝนตก ดังคำกล่าวที่ว่า

"ฝุ่นบ้านนิ ผมต้องปิดจมูก ปิดจมูกแล้วใช่ไม้ตีหยากไย่"

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มควบคุมอาการไม่ได้บางรายมักจะบอกว่าอาการของโรคกำเริบได้ทุกเมื่อโดยไม่มีปัจจัยใดๆ มากระตุ้น

สำหรับการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของตนเองเมื่อมีอาการกำเริบ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มมีวิธีการจัดการที่แตกต่างกันไป โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จะเลือก

วิธีการจัดการกับตนเองเป็นอันดับแรกเบื้องต้น การหยุดนั่งพัก ดื่มน้ำ ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตัว การอาบน้ำเปิดพัดลม หรือการผิงไฟ บางคนก็หากิจกรรมทำ เช่น ดูโทรทัศน์ บางรายก็ไม่อยากอยู่คนเดียว ต้องไปหาเพื่อน พบปะพูดคุย ดังคำกล่าวที่ว่า

"ดื่มน้ำอุ่น ดีที่สุด ดื่มน้ำอุ่นซะ เหนื่อยเวลามันเป็นจะร้อน ผมจะนอนคว่ำหน้า เอา หมอนหนุนนอนหงายไม่ได้เลย ถ้ากลางวันผมก็จะเปิดพัดลมไม่โดนตัว"

"ขั้นแรกหาที่อากาศสบายๆ เสื้อผ้าที่อึดอัดนี่ เอาออกซะ ให้ลมมันโปร่งๆ ให้เหงื่อยุบ ทำตัวให้สบายที่ดี อาการที่พออยู่ได้ สักพักก็จะ หายของมันเอง"

นอกจากนี้มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มควบคุมอาการได้บางรายที่เลือก**วิธีการใช้ยาพ่นเพื่อบรรเทาอาการเป็นอันดับแรก**เนื่องจากยาออกฤทธิ์เร็ว เข้าปอดได้เร็วขึ้น ทำให้หายใจโล่งขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

"เวลาป้าเป็นหอบเยอะ ๆ เวลามันแน่นเยอะๆ ป้าก็รีบพ่น 2 ครั้งอันนี้ฉุกเฉิน และก็ประมาณ 4 ชั่วโมงถ้ามันไม่เบาป้าก็พ่นอีก 2 ครั้งนะ"

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มคุมอาการไม่ได้ส่วนใหญ่เลือกที่จะ**ไปโรงพยาบาล** หรือโทรศัพท์สายด่วนโรงพยาบาล หรือขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านเป็นอันดับแรก เนื่องจากกลัวจะเสียชีวิต และมองว่าแพทย์เป็นผู้ที่รักษาได้ดีที่สุด

2.4 ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละคนไม่เหมือนกัน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับของการควบคุมโรคเหมือนกับแนวคิดทางการแพทย์ แต่รับรู้ความรุนแรงของโรคโดยนำไปเชื่อมโยงกับอาการที่ปรากฏของตนเอง และผลกระทบที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มควบคุมอาการไม่ได้มักคิดว่าอาการไม่รุนแรงดังคำกล่าวที่ว่า

"ผมว่าไม่รุนแรง เพราะมันไปหาหมอ มันก็หาย หมอให้ยามากินมันก็ทุเลา"

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรคที่รุนแรง ถึงขั้นเสียชีวิต และอาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม หายใจไม่ออกเป็นอาการเจ็บป่วยที่รู้สึกว่ารุนแรงที่สุด ทรมาน อันตราย และน่ากลัว ดังคำกล่าวที่ว่า

"รุนแรงสิ ตายได้เน้อ มันหายใจไม่ทัน หายใจไม่ได้ น่ากลัวด้วย บ่หน้ากลัวจังได๋ หนอเห็นแต่พ่อเป็น โอ้ย หายใจไม่ออก ทรมาน"

2.5 การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการแสวงหาการรักษาแบบอื่นๆ ร่วมกับการใช้ยาตามแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ การใช้สมุนไพรมาต้มดื่ม หรือผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ซึ่งได้รับฟังจากบุคคลอื่น การโฆษณาชวนเชื่อทางวิทยุ โทรทัศน์ว่าทำให้หายขาดจากโรค จึงเกิดความเชื่อ แล้วลองปฏิบัติ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นมีทั้งเห็นผลดีขึ้น ไม่เกิดอาการกำเริบ แล้วเลือกที่จะใช้วิธีนี้ต่อ หรือผลที่ไม่แตกต่าง ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจึงหยุดวิธีดังกล่าว ในขณะที่บางรายได้รับฟังข้อมูลมา แต่ไม่กล้าที่จะลองใช้สมุนไพรเนื่องจาก กลัวอันตรายที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

"ลองมาหมดแล้วครับแต่ก่อน สมุนไพร เคยลอง เค้าบอกว่า หญ้านี้ต้องกิน จะหายนะ ยาลูกกลอนกินแล้วหาย ผมกินจนกลาย เป็นนิ่ว ผ่ามาทีหนึ่ง เลยไม่เอาหยุดเลย ไม่เอาอีกแล้วยาพวกนี้ เลยกินแต่ยาของโรงพยาบาลอย่างเดียว"

" ผมก็ไปเสาะแสวงหาสมุนไพร อย่างหนึ่ง ใครเค้าว่าไรดีก็ไปลอง"

"ซื้อต้นอะไรก็ไม่รู้ตาก็จำไม่ได้แล้ว ต้นไม้ แบบสมุนไพรเป็นขวดมันก็บอก ยาแก้โรคอันนั้นอันนี้มันก็ว่าไป กินก็ไม่ หาย"

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มบางรายระบุว่าเลือกที่เข้าตรวจรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว

สำหรับการปฏิบัติและป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์แผนปัจจุบันด้วยวิธีแตกต่างกันไป เช่น หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น รับประทานยาต่อเนื่อง งดกิจกรรมที่ต้องออกแรง ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และพักผ่อนให้เพียงเนื่องจากอยากหายขาดจากโรคนี้ เชื่อว่าแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับโรค และอาการจะดีขึ้นถ้าปฏิบัติตาม ดังคำกล่าวที่ว่า

"ทำตามคำแนะนำของหมอ เพราะหมอ เค้ารู้ดีกว่าเรานะ พอหมอสั่งก็ต้องทำ ถ้า เผื่อเราอยากหาย ถ้า เราดื้อก็ไม่หาย คิดว่า จะหายก็ต้องทำ"

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มที่คุมอาการไม่ได้บางรายปฏิบัติบ้างและไม่ปฏิบัติบ้าง เนื่องจากมีปัญหาทางครอบครัว และมีปัญหาที่ตัวผู้ป่วยเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

"ขอปฏิเสธ ขอบอกยอมรับว่าขอปฏิเสธว่าในลักษณะการใช้ยาปฏิบัติตาม ในลักษณะการปฏิบัติตัว ผมขอปฏิเสธ"

" บางครั้งก็เบลอเหมือนเดี๋ยวนี้ความจำไม่ ค่อยดี ลืมกินบ้างป้าก็อยู่ของป้าแบบนี้ปกติ ก็อยู่เลาะๆและๆ ไม่ได้ดูแลตัวเองดีหรอก"

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประเมินอาการของตนเองโดยการประเมินภาวะของโรคไม่ได้ใช้ผลการตรวจสมรรถภาพของปอดทางการแพทย์แต่ประเมินในแง่วิถีชีวิตประจำวันโดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรู้สึกของร่างกายเช่น สบาย หายใจโล่ง และความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

"ป้าก็ว่าป้าคล่องตัวอยู่นะ มันแข็งแรงอยู่นะ ไปไหนมาไหนคล่อง"

"ผมให้เปอร์เซ็นต์ไว้ 90% ที่ผมต้องอยู่ได้ เพราะไม่ออกนอกลู่นอกทางนะ อยู่ได้ ก็ดูคะแนนประวัติผม การเดิน การพ่น"

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มประเมินอาการโดยวัดระดับความรุนแรงของตนเองโดยส่วนใหญ่ประเมินว่าอาการดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มที่คุมอาการไม่ได้บางรายประเมินว่าอาการแย่ลงและกลุ่มควบคุมอาการได้บางรายประเมินว่าอาการคงเดิม ไม่มีอะไร ดังคำกล่าวที่ว่า

"มันก็ มันเท่าเดิมอ่ะ มันก็อยู่ประมาณนี้แต่ถ้าถามว่ามันจะแย่กว่าเดิมมั้ย ก็ ก็ ก็ก็ไม่แย่ เพราะว่าบางทีมันก็ มันก็ยังหนักอยู่"

"ยังไม่ดีขึ้น ถ้าอาการดีขึ้นมันต้องหาย นี่มันไม่ดีขึ้น แต่มันก็พยุงอยู่ พยุงไปอยู่ได้"

2.6 ความร่วมมือในการใช้ยาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ในแง่ความสำคัญและมุมมองเกี่ยวกับยาผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ทั้งสองมีทัศนคติที่ดีเชิงบวกว่ายามีความสำคัญ ควรรับประทานทุกวันและพ่นสม่ำเสมอตามแพทย์สั่งเพราะช่วยรักษาโรคให้หายได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

"เราดีขึ้นไง กินแล้วดีขึ้น มันหาย มันเลยสำคัญ ขาดไม่ได้"

"โอ้ย สำคัญที่สุด บ่มียา ก็สิบ่สิลุกบ่ได้หนอลุกบ่ได้แหล่วโรคข่อย"

มีบางรายที่มีทัศนคติเชิงลบโดยอาศัยความเชื่อของตนเองคือใช้ยาแล้วมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เรียนรู้ในการแยกแยะชนิดของยาโดย

เรียกตามสี ลักษณะของแผง และวิธีการใช้ของยา เช่น “ยาพ่นหลอดสีม่วง” คือยา Seretide MDI ที่ควบคุมอาการของโรค เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการรับประทานยาที่แตกต่างกันตามประสบการณ์และความเชื่อของตนเอง โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

ลืมรับประทานยาและพ่นยา ด้วยภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติหรือธุระเร่งรีบ ไม่ได้พกยาติดตัวไปทำให้ผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานยาและพ่นยา ส่วนใหญ่ยาที่ลืมประทานจะเป็นยาขยายหลอดลม และยาพ่นจะเป็นยาพ่นสูดทุกวันเช้า เย็น หรือมารู้ตัวว่าลืมก็ตอนที่มาสังเกตยาเหลือ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ธรรมดาหมอให้มานี่จะนัด 2 เดือน เดือนึงมันก็ต้องหมดตามนั้น แต่ปรากฏ ว่ามัน เหลือแสดงว่าลืมล่ะ”

นอกจากนี้ สภาวะของร่างกายที่หายใจสะดวกขึ้น ไม่มีอาการหอบ หรือร่างกายอยู่ในภาวะปกติ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางรายลืมพ่นยา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตัวพ่นเช้าเย็นนี่ก็ลืมเหมือนกัน มันจะลืมตอนสบายๆ มันไม่มีอาการก็เลยลืม เผลอผลสุดท้ายก็เลย รู้ว่าลืม”

การดื้อยา

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบารายมีความเชื่อว่าการพ่นยาหรือการรับประทานยามากๆ ทำให้มันดื้อยาได้ จึงปรับยาให้ลดน้อยลง
ดังคำกล่าวที่ว่า

“ยาหอบไม่ได้กินทุกวันนะ เม็ดขาว อย่างที่ลุง พูดคือกลัว มันจะดื้อยาดิ กลัวมันจะดื้อยา ตอนนี้ไม่ต้อง ถ้ามันดื้อยาได้ ไม่ต้องเลย สองสามวันเลยเม็ด”

ยาเข้าไปสะสมในร่างกาย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มบางรายก็มีการปรับยาลดขนาดลง เนื่องจากมีความเชื่อว่าการใช้ยาที่มากไปมีผลไปสะสมในร่างกายอาจเกิดความผิดปกติกับอวัยวะอื่นๆได้เช่น มีผลต่อไต มีผลต่อกระดูก ไปทำลายตับ เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“คนบางคนก็เบิ่งว่ากินยาหลายมันไม่ดีเลยไม่กล้ากินมาก ว่าถ้าไม่ เป็นไรก็ไม่จำเป็นก็ไม่ต้องกิน หายหอบหายไรก็เลิกกิน กินยาเยอะหลายไม่ดี กระดูกจะผุหลาย เป็นโรคตุมโรคไตอะไร เค้าก็พูดกัน”

ผลข้างเคียงของยา

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มควบคุมอาการได้อธิบายถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองจากการใช้ยาเช่น กลัวแพ้ยา หรือเกสรลิ้นเสีย เป็นอาการที่ไม่อยากให้เกิดขึ้นจากการใช้ยา จึงมีการปฏิเสธที่จะใช้ยา หรือปรับขนาดยาให้ลดน้อยลงหรือหลีกเลี่ยงใช้ยาดังคำกล่าวที่ว่า

“คือว่ากินได้จะแพ้ ตัวมันจะสะเม่นเนื้อหนิมันจะปึดปัด สะเม่น คือว่าแพ้ มันแพ้ กินไม่ได้ ก็เลยบอกว่าคุณหมอ ยาเป็น เม็ดป้าไม่เอาหรอกนะ”

“ป้าไม่พ่น คือว่าลิ้นเสียคือมันเพราะป้าบ้วนปา ไม่ดี ไม่ได้เอาแปรงขัดก็ไม่รู้”

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มบางรายปรับยาเพิ่มขนาดมากขึ้น เนื่องจากมองว่ายาที่ใช้เข้าสู่ร่างกายได้ไม่เต็มที่ รู้สึกว่ายาไม่แรงพอที่จะบรรเทาอาการและรักษาหายจากโรคได้

เคยมีประสบการณ์ปรับยาแล้วไม่เกิดอันตรายใด โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญลองปรับยาแล้วไม่เกิดอันตรายใด ยังดำเนินชีวิตประจำวันได้อยู่
ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปรับลองดูเหมือนกันนะ อย่างเย็นนี้ผมไม่พ่นหละ สมมุตินะปรับไม่พ่นเลย เย็นนี้ไม่พ่น เย็นนี้ก็ไม่เป็น คืนนี้จะเป็นไรมั้ย ตื่นเช้าเราก็ไม่เป็นไร เช้า

เราไม่พ่น แล้วเย็นพรุ่งนี้เราก็ลองดูไม่พ่น แสดงว่าเราหายใจสะดวกโล่งอยู่ใช่มั้ย เราโอเค”

2.7 ผลกระทบและความคาดหวังในมุมมองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มอธิบายว่าการเป็นโรคนี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะการประกอบอาชีพ ทำให้ไม่มีรายได้ เมื่อไม่มีรายได้ ก็ส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มควบคุมอาการได้ เนื่องจากเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องแบกรับภาระต่างๆในครอบครัว และทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจเกิดความเครียด วิตกกังวล บางรายถึงขั้นอยากจะฆ่าตัวตาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เปลี่ยนไปหลายหมอเอ้ย มันบ่มีกระจิต กระใจจะทำหยั่ง มันเหนื่อย มันสิท้อแท้ ลูกก็ต้องไปหื้อเลือดทุกเดือนเอ้ยนั่น เงิน ทองเค้าจิส่งให้ลูกก็เงินเดือนออก ไปบ่ ได้เสียค่าหมอแต่เสียค่ากินเด้ ค่าอยากเด้หมอ”

“เสียใจ เสียใจ เราก็ไม่รู้อนาคตมันจะเป็นอย่างนั้นตลอดเลยมั้ย หรือมันจะถอยลง คิดกังวลเรื่องลูกครอบครัว ทำมาหากินอะไรเนี้ยะ ความคิดเรามันเริ่มถอย”

นอกจากนี้ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ทำให้เหนื่อยมากขึ้นและเพลีย มีผลต่อการปฏิบัติต่อกิจวัตรประจำวัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“มี ทำอะไรไม่ได้ บรรยายก็ไม่ได้ บรรยายอะไรเหนื่อยๆหยุดๆ แล้วใครจะฟังเราล่ะ”

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ในส่วนการรับรู้ชื่อโรคและการให้คำนิยามเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มเรียกชื่อโรคแตกต่างกันตามผู้ที่บอกว่าเป็นครั้งแรก และรับฟัง แลกเปลี่ยนจากบุคคลอื่น แล้วนำมาตีความสื่อสารในความหมายของตนเอง การนิยามชื่อโรคที่แตกต่างกัน อาจเกิดข้อผิดพลาดในการสื่อสารและรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษา ไบรอน กู๊ด (Good BJ, 1994) กล่าวถึงการใช้ศัพท์หรือชื่อโรคเป็นตัวแทนของการแสดงสภาวะของความเจ็บป่วย นั้นอาจเกิดเป็นความเข้าใจผิดพลาดเกี่ยวกับเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างคำพูด กับความถูกต้องในสภาวะที่เป็นจริงในปัจจุบัน นอกจากนี้เมื่อถามถึงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มคุมอาการไม่ได้ส่วนใหญ่ไม่รู้จักโรคนี้ ไม่เคยได้ยินมาก่อน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอาการได้

ในส่วนสาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้ให้ข้อมูลสำคัญบอกสาเหตุมีทั้งหนึ่งสาเหตุและมากกว่าหนึ่ง โดยอาศัยประสบการณ์ในอดีตของตนเองเชื่อมโยงกับพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นในการพิจารณาสาเหตุของการเกิดโรคโดยสาเหตุหลักส่วนใหญ่มาจากการสูบบุหรี่ (Boonsawat, 2553)ควันไฟ ควันบุหรี่ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดทางกรรมพันธุ์ สารเคมีหรือสารพิษที่ได้รับ ฝุ่นละออง แต่ในรายละเอียดสาเหตุที่แตกต่างกัน กลุ่มควบคุมอาการไม่ได้บางรายไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอาการได้

อาการแสดงของโรคของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นอาการที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มทุกรายสามารถที่จะอธิบาย บอกเล่าลักษณะอาการได้อย่างชัดเจนและสอดคล้องกัน เช่น ไอ หายใจไม่ออก หายใจมีเสียง หอบ เหนื่อย (Boonsawat, 2553) ซึ่งในบุคคลๆหนึ่งมีการแสดงออกของอาการหนึ่งและมากกว่าหนึ่งอย่าง โดยการเรียกลักษณะอาการอย่างหนึ่งของแต่ละคนจะแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ เช่นการหายใจ บางคนจะเรียกว่าหายใจไม่ออก หายใจไม่โล่ง หายใจไม่ลง เป็นต้น

ระดับความรุนแรงของโรค ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบอกเล่าระดับความรุนแรงโดยเชื่อมโยงกับอาการที่ปรากฏของตนเอง โดยอาการกำเริบที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงมากหรือน้อยแตกต่างกันไปขึ้นกับระดับปัจจัยที่มากระตุ้น เช่น บุหรี่ สภาพอากาศ หรือกิจกรรมที่ออกแรงมากเกินไป เช่นเดียวกับงานวิจัย (Chomputhat, 2007) ส่งต่อการรับรู้ถึงความรุนแรงโดยกลุ่มควบคุมอาการได้มองว่าความเจ็บป่วยของตนไม่รุนแรง รักษาได้ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอาการไม่ได้ที่มองว่ารุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต หากไปโรงพยาบาลไม่ทัน

การรักษาของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มมีหลากหลายขึ้นกับความเชื่อ การรับรู้ และประสบการณ์ในแต่ละบุคคล โดยส่วนใหญ่จำลักษณะอาการกำเริบของตนเองและมีวิธีจัดการกับอาการตนเองโดยดูแลตนเองก่อน สอดคล้องกับการศึกษา (Loignon et al, 2009) นอกจากนี้กลุ่มควบคุมอาการไม่ได้จะเลือกจัดการโดยมาโรงพยาบาลอันดับแรกซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ควบคุมอาการได้จะเลือกพ่นยาด้วยตนเอง นอกจากนี้การแสวงหาการรักษาจะมีการเลือกวิธีรักษาแบบเดียวโดยใช้ยาตามแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการแสวงหาการรักษาแบบอื่นเพิ่มเติมจากการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น สมุนไพร ผ่านกรรมวิธีการต้ม การคั่ว หรือผลิตภัณฑ์โฆษณาชวนเชื่อทางวิทยุ โทรทัศน์

ความร่วมมือในการใช้ยาแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องโรคและเภสัชกรเรื่องการรับประทานและการพ่นยา ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอาจจะปฏิบัติตามหรือไม่ก็ได้ เพราะยังมีความเชื่อ ประสบการณ์การได้รับฟังแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยโรคเดียวกัน หรือจากเพื่อนบ้าน ที่ทำให้เกิดแนวคิดในการสร้างแบบจำลองโดยความร่วมมือและไม่ร่วมมือในการรักษา เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญจะมีการผสมผสานการรักษาหลากหลายวิธีเพื่อให้เกิดสิ่งที่ดีและผลลัพธ์สูงสุดแก่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จนเกิดพฤติกรรมการรักษา การรับประทานยา การพ่นยาที่แตกต่างกันไปตามการรับรู้ของโรคและความรุนแรงของโรค

ผลกระทบและความคาดหวังของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ประสบการณ์ของระยะเวลาในเจ็บป่วยของโรคระยะเวลายาวนาน มีผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความคาดหวังน้อยลงว่าโรคนี้จะรักษาหาย เมื่อเทียบกับระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคน้อยพบในกลุ่มที่ควบคุมอาการได้ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมไม่ได้ที่คาดหวังว่าตนเองจะหายจากโรค อีกทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเชื่อประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง ตามสภาพแวดล้อมที่อยู่ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมอาการได้เน้นไปที่ผลกระทบต่อครอบครัว ที่ไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ ทำให้ขาดรายได้มาเลี้ยงครอบครัวส่วนกลุ่มควบคุมอาการไม่ได้เน้นไปที่ผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจ เกิดความเครียดและความกังวล

จากการศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยจะเห็นได้ว่าระดับการควบคุมโรคของผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มได้แก่ กลุ่มคุมอาการได้และกลุ่มคุมอาการไม่ได้ ไม่ได้มีผลทำให้การอธิบายความเจ็บป่วยในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง มีเพียงบางประเด็นที่แตกต่างกันเนื่องจากการมีประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง ความเชื่อ อยู่ภายใต้วัฒนธรรมบริบททางสังคมที่แตกต่างกันในชุมชนนั้น อีกทั้งการรับรู้ข้อมูล การแลกเปลี่ยนพูดคุยกันระหว่าง

บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือบุคคลากรทางการแพทย์มีผลต่อการสร้างแบบจำลองการอธิบายเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูลสำคัญในรูปแบบที่คล้ายกัน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมองการเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็น “ความเจ็บป่วย” ไม่ใช่ “โรค” มีองค์ประกอบของอารมณ์ ความรู้สึกเป็นแกนสำคัญนอกเหนือจากทางกาย อยู่บนพื้นฐานจากประสบการณ์ส่วนตัว ครอบครัว ญาติพี่น้อง ความเชื่อเป็นต้น การเข้าใจมุมมอง ของอาร์เธอร์ ไคลน์แมน เป็นเครื่องช่วยวิเคราะห์ จะช่วยสร้างความเข้าใจระหว่างวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วยได้มากขึ้น หากบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจกระบวนการคิดไม่ว่าจะเป็น สาเหตุ คำอธิบายของโรค และการเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสองกลุ่มตามภูมิหลังทางสังคมวัฒนธรรมที่เป็นอยู่ แล้วนำมาเทียบเคียงหรือผสมผสานกับหลักทางวิชาการ ก็จะทำให้สื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างแพทย์และผู้ป่วยดำเนินไปด้วยความราบรื่น เกิดผลสำเร็จทางการรักษา และเกิดสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลทั้งสอง นอกจากนี้การเข้าใจกระบวนการรักษาที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนมีส่วนสำคัญ โดยที่ก่อนให้บริการสุขภาพ ทั้งผู้ให้การดูแลและผู้ป่วยจึงต้องสร้างความเข้าใจใจชุดคำอธิบายความเจ็บป่วยร่วมกัน เพื่อเจรจาต่อรอง หรือหาข้อตกลงทั้งสองฝ่าย เพื่อความร่วมมือในการรักษาต่อไป แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น ความร่วมมือในการรักษาไม่ได้เป็นตัววัดถึงระดับการควบคุมของโรคทั้งสองกลุ่มเสมอไป ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางราย เข้าใจ ปฏิบัติและป้องกันตนเองตามคำแนะนำของแพทย์ทุกอย่าง แต่ระดับการควบคุมอาการไม่ดี ซึ่งอาจมีปัจจัยเรื่องอื่นมามีผลต่อระดับการควบคุมโรคได้ เช่น สภาพวัยที่เสื่อมลง การสัมผัสต่อสิ่งกระตุ้น ภูมิต้านทานในร่างกาย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะของการศึกษา

เนื่องจากความเชื่อ การรับรู้ ของความเจ็บป่วยขึ้นอยู่มุมมองกับปัจจัยของแต่ละบุคคลของผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่ม บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจ ให้คำแนะนำร่วมถึงการประเมินผลความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเพื่อนำมาเชื่อมโยงการรักษา ลดความเสี่ยงของการเกิดอาการกำเริบของโรคและเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกบินทร์บุรี รวมทั้งผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่สละเวลา ให้ความสะดวกในการเก็บข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในครั้งนี้

References

Boonsawat W, Chronic Obstructive pulmonary Disease: Pharmaceutical care of Asthma Sinusitis Allergies and Chronic Obstructive Pulmonary Disease.1 st ed. Khonkean: KrangNaNa Wittaya Publisher; 2010.

Chanthapasa K. The analytical model to describe the illness and treatment options in the context of power relations between patients and providers [Master of Pharmacy]. Bangkok: Chulalongkorn University ; 2004.

Chomputhat S. Factors Relating to Relapse in Chronic Obstructive Pulmonary Disease [Master of Pharmacy]. Chiang Mai: ChiangMai University; 2007.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. GOLD 2017 Global strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD [Online] 2016 [Cited 2016 Jan 10]. Available from: http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/.

Good BJ. Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective. Cambridge, UK. Cambridge University Press, 1994: 48-52.

Kleinman A. Patients and healers in the Context of culture. London: University of California; 1980.

Loignon C, Bedos C, Sevigny R, Leduc N. Understanding the self-care Strategies of patients with asthma. *Patient Education and Counseling* [Serial online] 2009; 75(2): 256-262.

WHO, Burden of COPD [Online]. 2015 [Cited 2015 May 20]. Available from: http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/.