

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลรักษาผู้ป่วยต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำสั่งและคำแนะนำของแพทย์ โดยความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญและมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ในการรักษาโรค (Ross, Walker, & MacLeod, 2004) ความร่วมมือในการรักษาสัมพันธ์กับความเชื่อส่วนบุคคลหรือความเชื่อทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับสุขภาพและการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (ธวัชชัย ใจคำวัง & นันทนา พุ่มพวง, 2551) ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยก็จะไม่ยอมรับการรักษา (Adams, Pill, & Jones, 1997) พฤติกรรมของบุคคลที่เลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษาโดยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่และในทางกลับกันความไม่ร่วมมือในการรักษาบ่งชี้ถึงพฤติกรรมเดิมหรือการกระทำที่ขัดแย้งกับการรักษา (Dracap & Meleis, 1982 อ้างถึงใน ธวัชชัย ใจคำวัง & นันทนา พุ่มพวง, 2551) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนคำแนะนำที่ได้จากแพทย์มาเป็นความเชื่อหรือความคิดของตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992)

ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอาจเกิดจากการเข้าใจหรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บป่วยการแพทย์ (เช่น ความรุนแรง ระยะเวลา สาเหตุและลำดับขั้นของการเกิดโรค) และปัจจัยเสี่ยงของการรักษา เช่น ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งเนื่องจากกลัวอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น หรือมีความเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องใช้ยาก็สามารถหายจากโรคได้ ผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้นถ้าเขาเชื่อว่าคำแนะนำเหล่านั้นมีประโยชน์ต่อการรักษาโรค และผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคและประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงของการรักษา (Leventhal et al., 1992) นอกจากนี้ระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่ต่ำของผู้ป่วยยังเป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลต่อการจัดการหรือการรักษาโรคเรื้อรังรวมทั้งโรคหืด สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาโรคมีความซับซ้อน คุณลักษณะของยา เช่น ขนาดยา วิธีใช้ยา ความถี่ วิถีทางในการให้ยาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วย แต่ก็ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยหลายคนเลือกที่จะไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ เนื่องจากพวกเขาไม่มีความเชื่อว่าจะไม่มีความจำเป็นในการใช้ยาหรือกลัวอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น (Home & Weinman, 1999)

Explanatory Model คือ แบบจำลองที่ใช้อธิบายความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย Explanatory model จะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย วัฒนธรรม ประเพณี ประสพการณ์ และสามารถใช้เป็นแนวทางตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้

(Kleinman, 1980) Explanatory Model มีความสำคัญต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากมุมมองในการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือชาวบ้าน จะมีความแตกต่างตัวแบบในการอธิบายของหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีมุมมองเกี่ยวกับโรคแตกต่างกัน (Helman, 1990) โดยบุคลากรทางการแพทย์จะรับรู้เกี่ยวกับ Disease เป็นอาการหรือความผิดปกติของร่างกายที่สามารถตรวจวัดได้ มีหลักฐานทางคลินิกที่ชัดเจน มีลักษณะอาการที่สามารถสังเกตได้ มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน แพทย์สามารถวินิจฉัยและให้วางแผนการรักษาได้ชัดเจน สำหรับผู้ป่วยจะรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness) ซึ่งเป็นอาการป่วยที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้และตอบสนองได้ แต่อาจไม่มีหลักฐานทางคลินิกที่ยืนยันได้ บางครั้งอาการที่เกิดขึ้นไม่มีหลักฐานทางการแพทย์พิสูจน์ได้ แพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยและวางแผนการรักษาได้ง่าย ต้องอาศัยข้อมูลแวดล้อมอื่นประกอบในการวางแผนการรักษา จึงมีความสำคัญสำหรับบุคลากรทางแพทย์ที่จะต้องรู้เกี่ยวกับความแตกต่างของผู้ป่วยในการรับรู้เกี่ยวกับยา (ไม่เพียงแต่การประสพการณ์ที่ดีหรือไม่ดีเท่านั้น) และต้องรู้ว่าการรับรู้ของผู้ป่วยนั้นไม่มีการเปลี่ยนแปลง หากบุคลากรทางการแพทย์ทราบว่าผู้ป่วย มีการรับรู้หรือมีแบบแผนการเจ็บป่วยอย่างไรแล้ว จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการรักษาโรคหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายได้ โดยบางครั้งในการรักษาโรคของผู้ป่วยอาจเป็นทางเลือกอื่น ที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยา (Scherman & Löwhagen, 2004) ถ้าผู้ป่วยและแพทย์มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลในการใช้ยาที่แตกต่างกัน จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันจนบรรลุข้อตกลงร่วมกันได้ ถึงแม้ว่าข้อตกลงนั้นจะไม่ใช่วิธีการที่ดีที่สุดสำหรับการรักษาโรค แต่อาจเป็นวิธีการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บป่วยนั้น และถ้าแพทย์รับรู้หรือเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยรักษาอาการเจ็บป่วยจะทำให้แพทย์ใช้เป็นข้อมูลในการให้คำปรึกษาและปรับปรุงการรักษาโรคให้เกิดความร่วมมือดีขึ้น (Scherman & Löwhagen, 2004) เช่นเดียวกันการสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจะทำให้เกิดข้อตกลงร่วมกันในการรักษาโรค การเคารพในความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การโน้มน้าวให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ในการวางแผนการรักษาจะสามารถช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น (Chapman, Walker, Cluley, & Fabbri, 2000)

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดหรือหอบเหนื่อย เกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับสารก่อโรค (สารภูมิแพ้) และอาการเหล่านี้อาจจะหายไปตัวเอง หรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม โรคหืดพบได้ในคนทุกวัย ที่พบบ่อย ได้แก่ วัยเด็กและวัยหนุ่มสาว แต่โรคนี้อาจจะเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกกับผู้สูงอายุก็ได้ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2547) ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาโรคหืดมีแนวโน้มสูงขึ้นในหลายประเทศ จากสถิติของผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทย พบว่าความชุกของการเกิดโรคหืด

ในผู้สูงอายุ คือ 5% (ปี 2544) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) ในปี พ.ศ. 2539 มีอัตราป่วย 140.57 ต่อแสนประชากรและเพิ่มเป็น 164.26 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2543 (ปรียานุช ศิริมัย, 2549) ในอดีตเนื่องจากแพทย์ยังไม่เข้าใจพยาธิกำเนิดของโรคหืด การรักษาจึงเป็นเพียงการรักษาอาการหอบ โดยการให้ยาขยายหลอดลม ทำให้ไม่สามารถบรรลุดูวัตถุประสงค์ได้ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยส่วนมากต้องไปเสาะแสวงหาวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน ซึ่งทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนมากมายจากการรักษา สำหรับปัญหาที่ทำให้การรักษาโรคหืดไม่เป็นที่ไปตามเป้าหมายนั้น เกิดจาก 2 สาเหตุหลัก คือ แนวทางการรักษาโรคหืดและตัวผู้ป่วยเอง สาเหตุที่เกิดจากตัวผู้ป่วย เช่น ปัญหาการเข้าถึงยา ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวโรคและยารักษาโรค และการรักษาในทางเลือกอื่นที่อาจมีผลต่อโรคหืด (Global Initiative for Asthma [GINA], 2008) สำหรับปัญหาเกี่ยวกับยานั้นส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะยาพ่นเทคนิคพิเศษ (วาทินี บุญญรัตน์, 2537) เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการรักษา เช่น การใช้ยาพ่นเป็นสิ่งที่เลวร้ายหรือไม่ดีสำหรับวัฒนธรรมตะวันออก ในขณะที่ยาชนิดรับประทานเป็นสิ่งที่ดี ทำให้การยอมรับหรือความร่วมมือในการใช้ยาพ่นอยู่ในระดับต่ำในสังคมเหล่านี้ (Chapman et al., 2000) จากรายงานการวิจัยพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาพ่นชนิดสเตียรอยด์ยังน้อย เนื่องจากยาพ่นชนิดนี้เป็นยาที่ใช้ในการรักษาอาการอักเสบของหลอดลม ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างจากยาพ่นชนิดขยายหลอดลมที่ผู้ป่วยเคยใช้ รวมทั้งผู้ป่วยมีความกลัวเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาสเตียรอยด์ด้วย ถึงแม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ประโยชน์ของการใช้ยา รวมทั้งผลเสียหรือผลข้างเคียงของการใช้ยาพ่นชนิด สเตียรอยด์แล้ว ก็ตาม (Cochrane, Home, & Chanez, 1999)

ในปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการรักษาโรคหืดในลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหืดได้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเครื่องมือหลักที่ใช้เป็นแบบในการรักษาผู้ป่วยโรคหืดคือ GINA Guideline ระบบบริการผู้ป่วยโรคหืดนั้นมีการกำหนดเป้าหมายในการรักษา ระดับความรุนแรงของโรคหืด รายการยาที่ใช้ รวมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละขั้นตอนในการรักษา แต่จากรายงานการวิจัยเกี่ยวกับคลินิกโรคหืด พบว่าการพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคหืดโดยเน้นการปรับเปลี่ยนการรักษาให้มีความเป็นสหวิชาชีพมากขึ้น มีการใช้ยาตาม GINA Guideline ยังไม่สามารถควบคุมหรือดูแลผู้ป่วยบางกลุ่มได้ (ละเอียด นาคใหม่, 2550; เลิศชัย จิตต์เสรี, 2551; อดุลย์ โบจรัส, เกษศิริรินทร์ โพธิ์ทิพย์, หัสยาภรณ์ ทองเสียน, & พรรัตน์ โพธิ์, 2551; อารีย์ ดวงดี, 2550)

จากปัญหาความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยาของผู้ป่วยที่ส่งผลให้การรักษาโรคหืดยังไม่เป็นที่ไปตามเป้าหมาย โดยมุมมอง การรับรู้หรือความเชื่อที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ผู้ป่วยหลายคนเลือกที่จะไม่ใช้ยา

ตามคำสั่งแพทย์ เนื่องจากพวกเขามีความเชื่อที่ไม่มี ความจำเป็นในการใช้ยาหรือกัวอากาศ ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น (Home & Weinman, 1999) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Adams et al. (1997) พบว่าถ้าผู้ป่วยโรคหืดไม่ยอมรับการเจ็บป่วยก็จะไม่ยอมรับการรักษา ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืด ในมุมมองของผู้ป่วยโรคหืด และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจกับระบบวิธีคิด การให้ความหมายต่ออาการเจ็บป่วย วิธีรักษาของผู้ป่วย และศึกษาการบูรณาการแบบจำลองการอธิบาย ความเจ็บป่วยในระบบบริการผู้ป่วยโรคหืดโดยเน้นระบบการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) เพื่อเป็นนำไปใช้ในการพัฒนากระบวนการรักษาโรคหืดให้เป็นบริการ ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต่อไป

## 2. คำถามวิจัย

2.1 ผู้ป่วย ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์มีแบบจำลองการอธิบาย ความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดและการรับรู้เกี่ยวกับยาอย่างไร

2.2 ผู้ป่วย ชาวบ้านและหมอพื้นบ้านมีแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับ โรคหืดและการรับรู้เกี่ยวกับยาแตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างไร

2.3 การบูรณาการความแตกต่างของแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยและการรับรู้ เกี่ยวกับยาในระบบบริการผู้ป่วยโรคหืดโดยการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ทำได้อย่างไร

## 3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อค้นหาการรับรู้ การให้ความหมายเกี่ยวกับ โรคหืดและการใช้ยาของผู้ป่วย ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์

3.2 เพื่ออธิบายความแตกต่างของแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับโรคหืด ของผู้ป่วย ชาวบ้านและหมอพื้นบ้านกับบุคลากรทางการแพทย์

3.3 เพื่อค้นหาวิธีการบูรณาการ ใช้ความแตกต่างของแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย ในระบบบริการผู้ป่วยโรคหืดโดยระบบการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

## 4. ขอบเขตของการวิจัย

### 4.1 ขอบเขตพื้นที่

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการในเขตพื้นที่อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

- 4.2 ขอบเขตประชากร
- ประชากรในการวิจัยนี้ประกอบด้วย
- 4.2.1 ผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวังหิน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)
- 4.2.2 ชาวบ้าน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)
- 4.2.3 หมอพื้นบ้าน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)
- 4.2.4 บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ
- 4.3 ขอบเขตเนื้อหา
- 4.3.1 การรับรู้ การให้ความหมายเกี่ยวกับโรคหืดของผู้ป่วยโรคหืด ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์
- 4.3.2 ความแตกต่างของตัวแบบที่ใช้อธิบายความเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหืด ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์
- 4.3.3 รูปแบบของการประยุกต์ใช้แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยในระบบบริการผู้ป่วยโรคหืด
5. ความหมายหรือนิยามศัพท์เฉพาะ
- 5.1 ผู้ป่วยโรคหืด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคหืดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ
- 5.2 ชาวบ้าน หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย บุคคลที่ติดตามหรือพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลหรือบุคคลในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัย
- 5.3 หมอพื้นบ้าน หมายถึง บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานาน เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน โดยมีประชาชนในหมู่บ้านรับรองไม่น้อยกว่า 10 คนหรือเป็นผู้ที่ได้รับรองจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 5.4 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย หมายถึง การอธิบายหรือทำความเข้าใจในมุมมองของคนใน (Emic หรือ native's point of view) เกี่ยวกับขั้นตอนของการเจ็บป่วยและการรักษาภายใต้บริบทของความเชื่อทางวัฒนธรรมและบรรทัดฐานที่สังคมกำหนด
- 5.5 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหืดได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคหืด

5.6 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของชาวบ้านได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกชาวบ้าน

5.7 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของหมอพื้นบ้าน ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มหมอพื้นบ้าน

5.8 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์และจากความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคหืด โดยอ้างอิงจาก GINA Guideline (Global Initiative for Asthma [GINA], 2008) และ แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข : การดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ. 2551 (คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืด พ.ศ. 2551, 2551)

5.9 ความร่วมมือในการรักษา (Adherence) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยยินยอมปฏิบัติตามคำสั่ง/คำแนะนำ/แผนการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้รักษา โดยแสดงออกในลักษณะของการปฏิบัติตามอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาตามคำแนะนำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตรวมทั้งการมาพบแพทย์ตามนัด

## 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

6.1 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยบริการทางการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

6.2 เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคลินิกโรคหืดให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น