

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วยโรคหืดและบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

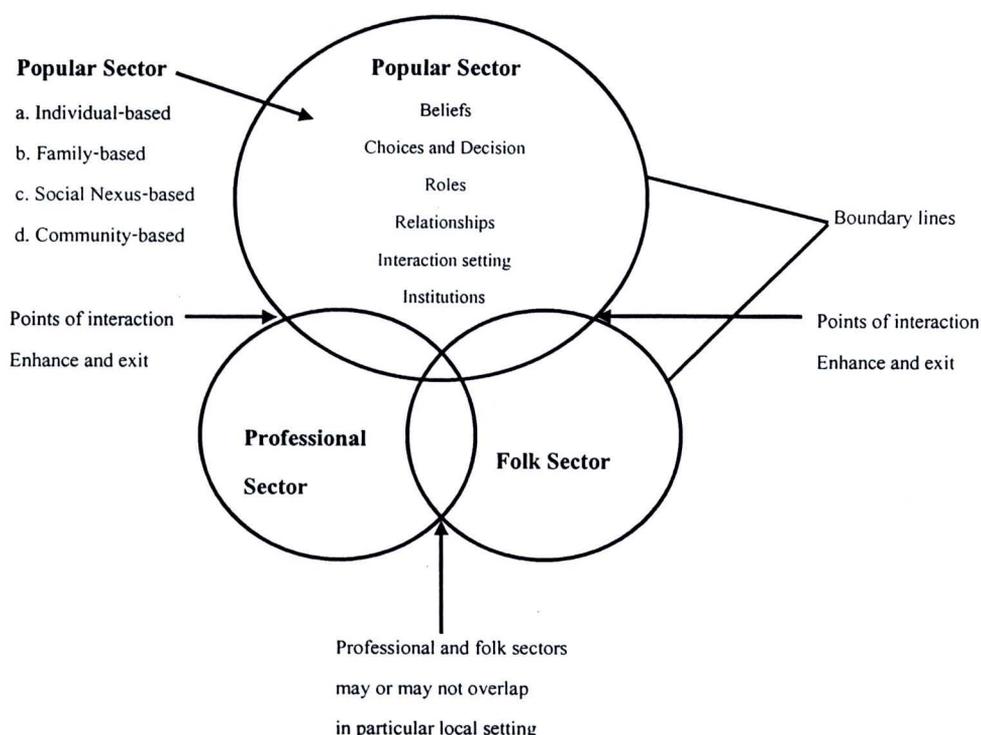
1. ระบบการแพทย์พหุลักษณะ (Pluralistic Medical System)
2. แนวคิดเกี่ยวกับโรค (Disease) และความเจ็บป่วย (Illness)
3. แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory model)
4. ความร่วมมือในการรักษา (Adherence)
5. การแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care)
6. โรคหืด
7. ระบบบริการผู้ป่วยโรคหืด
8. การสนทนากลุ่ม
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ระบบการแพทย์พหุลักษณะ (Pluralistic Medical System)

ในสังคมหนึ่ง ๆ ระบบการแพทย์ประกอบด้วยระบบความคิด ความเชื่อและวิถีปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งความเชื่อและพฤติกรรมเหล่านั้นอยู่ภายใต้รากฐานทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของสังคมนั้น โดยในแต่ละสังคมจะมีระบบการแพทย์ 3 ระบบผสมผสานกันอยู่ ได้แก่ ระบบการแพทย์ภาคสามัญชน ระบบการแพทย์ภาคพื้นบ้านและระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ (Kleinman, 1980) ปรัชญาการแพทย์ที่สังคมหนึ่ง ๆ มีการดำรงอยู่ของระบบการแพทย์หลายๆ ระบบพร้อมกันนี้เรียกว่า "ระบบการแพทย์พหุลักษณะ"

การแพทย์ในแต่ละระบบจะมีแนวทางในการอธิบายและรักษาการเจ็บป่วยของตนเอง มีการให้นิยามว่าใครเป็นผู้ป่วย ใครเป็นผู้ให้การรักษาและระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การรักษาจะมีความสัมพันธ์กันอย่างไร เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีกระบวนการเยียวยารักษาโรคที่แตกต่างกันออกไปและมีหลายทางเลือก กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพนั้น อาจเริ่มต้นโดยอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เคยเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัว ญาติหรือชุมชนต่อไปอาจมีการผสมผสานระหว่างการรักษาแบบพื้นบ้านและเข้ารับการรักษาทางการแพทย์โดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสุดท้ายอาจกลับมาสู่การรักษาด้วยตนเองอีก โดยพฤติกรรมสุขภาพ

ของประชาชนจะมีการนำระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะหมุนเวียนมาใช้ในแต่ละโอกาสตามความเชื่อ ศรัทธาและสิ่งแวดล้อมทางสังคม



ภาพที่ 1 ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ (Klienman, 1980)

ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ ประกอบด้วย

1) ระบบการแพทย์ภาคสามัญชน (Popular sector)

เป็นการรักษาด้วยตนเองและครอบครัวเป็นทางเลือกแรกในการรักษาของปัจเจกบุคคล ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพที่ใหญ่ที่สุด ซึ่งมีองค์ประกอบในการดูแลสุขภาพหลายระดับ ได้แก่ ระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว สังคม และชุมชน การเยียวยาความเจ็บป่วยในระบบนี้ จะเป็นการดูแลสุขภาพตนเองไม่มีวิธีการรักษาทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำหรือแนวทางการรักษาโรค จากระบบการแพทย์อื่น ผู้ป่วยจะนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผล และตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาของตนเองต่อไป (Kleinman, 1980) ลักษณะเด่นของระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของสามัญชน คือ ต้องผ่านความคิดเห็นของบุคคลต่างๆ มากมาย ตั้งแต่ตนเอง ครอบครัว ผู้ใกล้ชิดจนถึงชุมชนที่อาศัยอยู่ เมื่อได้ข้อตกลงร่วมกันแล้ว จึงเลือกรักษาตามวิธีที่ได้ตกลงกันไว้

2) ระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ (Professional sector)

เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการรับรองตามกฎหมายวิชาชีพ ต่าง ๆ เป็นผู้ให้บริการ มีการจัดตั้งองค์กรที่ชัดเจน มีกฎหมายรับรอง ส่วนใหญ่เป็นระบบการแพทย์แนววิทยาศาสตร์ที่เผยแพร่โดยชาวตะวันตก บางครั้งจึงเรียกระบบการแพทย์นี้ว่า ระบบการแพทย์แบบตะวันตก ระบบการแพทย์สากลหรือระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ในหลายสังคมจะมีระบบการแพทย์ที่มีลักษณะ ของวิชาชีพอื่น เช่น การแพทย์แผนจีนในประเทศจีน การแพทย์แบบอายุรเวทในประเทศอินเดีย (Croizier 1968 ; Leslie,1976a อ้างใน Kleinman, 1980) ในระบบการแพทย์นี้จะมีการกำหนดบุคคลที่สามารถทำหน้าที่ในการรักษาโรค มีการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ในการรักษาพยาบาล ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์จะได้รับการยอมรับของประชาชนทั่วไปมากที่สุด แต่ระบบการแพทย์นี้ก็เพียงระบบย่อยหนึ่งในวัฒนธรรมสุขภาพเท่านั้นและไม่ได้มีอำนาจเหนือกว่าระบบสุขภาพแบบอื่น ๆ ในวัฒนธรรมสุขภาพแต่อย่างใด ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเบาหวานจะมีเลือกรับประทานยาและมีการดูแลสุขภาพโรคของตนเอง แม้ว่า จะได้รับคำแนะนำในการรักษาจากโรงพยาบาลแล้วก็ตาม (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2549)

3) ระบบการแพทย์ภาคพื้นบ้าน (Folk sector)

เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ตะวันตก ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ โดยบุคคลที่ทำหน้าที่ในการเยียวยาความเจ็บป่วยนั้น เกิดจากวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น เช่น แพทย์พื้นบ้าน หมอนวด หมอยา ในชุมชน เป็นต้น แพทย์พื้นบ้านจะมีการผสมผสานการแพทย์ในหลายส่วน ทั้งระบบการแพทย์แบบตะวันตกและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย (Kleinman, 1980) การดูแลสุขภาพในส่วนนี้ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติและประเภทที่ไม่ใช่อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ ซึ่งส่วนใหญ่ลักษณะของการแพทย์พื้นบ้านโดยทั่วไปจะให้การรักษาคบคู่กันไปทั้ง 2 ประเภท (วิวัฒน์ แซ่ลิ้ม, 2540) และที่สำคัญระบบการแพทย์ดั้งเดิมหรือแผนโบราณในระบบดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านยังคงเป็นที่นิยมของผู้สูงอายุในปัจจุบัน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2550)

ในการดูแลสุขภาพและการเยียวยารักษาโรคของผู้ป่วยนั้น จะมีการผสมผสานระหว่างระบบการแพทย์ทั้ง 3 ส่วน พฤติกรรมที่สำคัญของผู้ป่วยในการเยียวยารักษาโรค คือ พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา (Health seeking behavior) โดยพฤติกรรมดังกล่าวเริ่มต้นจากการที่ผู้ป่วยให้ความหมายหรือรับรู้ต่อการเจ็บป่วย โดยมีความคิดเห็นของบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ ตนเอง ครอบครัว ญาติ บุคคลในชุมชน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ จากนั้นผู้ป่วยจะมีการตัดสินใจเลือก

กระบวนการรักษาโดยผ่านความคิดเห็นจากบุคคลต่าง ๆ เหล่านั้นเช่นกัน การที่ในชุมชนมีระบบการแพทย์หลายระบบ มีบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการรักษาเยียวยาความเจ็บป่วยที่หลากหลายและไม่มีระบบการแพทย์ใดที่จะสนองตอบต่อความต้องการหรือสามารถเยียวยารักษาความเจ็บป่วยได้อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด ทำให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาหรือพึ่งพาระบบการแพทย์หลายระบบพร้อมกันไป (ประชาติป กะทา, 2549)

2. แนวคิดเกี่ยวกับโรค (Disease) และความเจ็บป่วย (Illness)

แนวคิดหรือทฤษฎีที่สำคัญที่นำมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรัง คือ การอธิบายเกี่ยวกับความแตกต่างของโรคและความเจ็บป่วย

โรค (Disease) เป็นมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ (Helman, 1990) ในการอธิบายเกี่ยวกับอาการหรือความผิดปกติของร่างกายที่สามารถตรวจวัดได้ ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นเหตุเป็นผลเชิงวิทยาศาสตร์ เป็นปรากฏการณ์ทางกายและไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตระหนักรู้ของมนุษย์ (Human consciousness) และวัฒนธรรม (อดิศักดิ์ 2548 : 5 อ้างถึงใน มรุรส ศิริสถิตกุล, 2550) ปรากฏการณ์นี้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ (health) และการเจ็บป่วยจริงได้ก็ต่อเมื่อสามารถสังเกตเห็นได้ (ประชาติป กะทา, 2549) มีหลักฐานทางคลินิกที่ชัดเจน มีลักษณะอาการที่สามารถสังเกตได้ มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันและสามารถทดสอบซ้ำได้อย่างเป็นภาวะวิสัย (objective) แพทย์สามารถวินิจฉัยและวางแผนการรักษาได้ชัดเจน เช่น โรคเบาหวาน สามารถตรวจวัดระดับความรุนแรงของโรคจากระดับน้ำตาลในเลือด โรควัดโรคตรวจวัดได้จากปริมาณเชื้อ ในเสมหะ เป็นต้น สาเหตุของการเกิดโรคในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์คือความผิดปกติของกลไกอวัยวะของร่างกาย และการรุกรานของเชื้อโรคที่มีอยู่หลายพันชนิดและเชื้อโรคแต่ละตัวก็เป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่างชนิดกัน (Helman, 1990)

ความเจ็บป่วย (Illness) เป็นมุมมองของผู้ป่วย (Helman, 1990) ในการรับรู้และตอบสนองต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ มีลักษณะเป็นผลตอบรับทางอัตวิสัย (subjective response) ของปัจเจกบุคคลและบุคคลรอบ ๆ ผู้ป่วย (ประชาติป กะทา, 2549) แต่อาจไม่มีหลักฐานทางคลินิก ที่ยืนยันได้ บางครั้งอาการที่เกิดขึ้นไม่มีหลักฐานทางการแพทย์พิสูจน์ได้ แพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยและวางแผนการรักษาได้ง่าย ต้องอาศัยข้อมูลแวดล้อมอื่นประกอบในการวางแผนการรักษา เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ แขนขาอ่อนแรง เหนื่อย เมื่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยแล้วอาจไม่พบความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ แต่ผู้ป่วยยังคงยืนยันอาการและต้องการยารักษาโรค ทำให้แพทย์ต้องส่งจ่ายวิตามินเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ เป็นต้น สำหรับสาเหตุของการเจ็บป่วยในมุมมองของผู้ป่วยนั้น โดยความเจ็บป่วยสามารถเกิด จากความโชคร้ายที่เกิดขึ้นในชีวิตหรือความทุกข์ยากที่เผชิญ

อย่างไม่รู้จักจบสิ้น การลงทัณฑ์จากสิ่งเหนือธรรมชาติ การฝ่าฝืนกฎ ข้อห้ามและการละเมิด ศีลธรรมอันดีของสังคม (ประชาติป กะทา, 2549)

ความแตกต่างระหว่างโรค (มุมมองของบุคคลากรทางการแพทย์) และ ความเจ็บป่วย (มุมมองของผู้ป่วย) เป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษาล้มเหลว เนื่องจากเข้าใจประเด็นปัญหาผิด (Misinterpretation of distress) อธิบายปัญหาไม่ตรงกัน(Incompatibility of Explanatory model) มีโรคแต่ไม่มีความเจ็บป่วย เจ็บป่วยโดยไม่มีโรค ปัญหาศัพท์ ภาษา การสื่อสารและรักษาไม่ได้ผลหรือผิดพลาด ในมุมมองของบุคคลากรทางการแพทย์นั้น ข้อมูลชีววิทยาของร่างกายและอาการทางคลินิก มีความสำคัญอย่างมากในการตรวจวินิจฉัยสืบค้นอาการป่วยและนำเสนอใจมากกว่าประเด็นทางสังคม วัฒนธรรมและจิตวิทยา อีกทั้งหากสืบค้นหาสาเหตุการเจ็บป่วยด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ อย่างละเอียดลออแล้วไม่พบสิ่งผิดปกติทางกายหรือกลไกอวัยวะ อาการป่วยดังกล่าวก็จะถูกวินิจฉัยว่าเป็น“สภาวะทางจิต” ซึ่งอยู่นอกเหนือกรอบการอ้างอิงทางการแพทย์ (Helman, 1990) ซึ่งแตกต่างจากมุมมองของผู้ป่วย โดยเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นผู้ป่วยและคนรอบข้างจะร่วมกันตีความอาการเจ็บป่วยนั้นว่ามีความสำคัญต่อชีวิตและสังคมอย่างไร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับคนในสังคมอย่างไร การเจ็บป่วยจึงไม่ใช่แค่ประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต แต่บุคคลจะให้ความหมายต่อประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วย (Helman, 1990) การให้ความหมายของการเจ็บป่วยมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะทางสังคม วัฒนธรรมของบุคคลและบริบทแวดล้อมเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้น ๆ ขึ้น ดังนั้นอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันในสังคม วัฒนธรรมแห่งหนึ่งอาจถือว่าเป็นโรคก็ได้

ตัวอย่างความแตกต่างระหว่างโรคและความเจ็บป่วย เช่น ความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันได้ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานว่า เป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ ระดับน้ำตาลกลูโคสสูงในเลือด ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคพยาธิสรีรวิทยาและความรุนแรงของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยบางคนเข้าใจว่าการรับประทานที่มีรสอาหารหวานเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน (อังกูร ภาวสิทธิไพศิฐ, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์, กนกพร นิวัฒน์นันท์, วรณคดี แต่โสติกุล, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, อริสรา จันทร์ศรีสุริยวงศ์ และคณะ, 2552) เป็นต้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงไม่ใช่การทำงานกับโรคภัยไข้เจ็บหรืออวัยวะของผู้ป่วยเท่านั้น แต่คือการดูแลคนทั้งครอบครัวหรือชุมชน ให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย เพื่อปรับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับคนอื่น ๆ (มธุรส ศิริสถิตกุล, 2550)

3. แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory model)

แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยหรือแบบจำลองที่ใช้อธิบายความเจ็บป่วยเป็นการอธิบายหรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการเจ็บป่วยและการรักษา ภายใต้บริบทของความเชื่อทางวัฒนธรรมและบรรทัดฐานที่สังคมกำหนด ซึ่งเป็นแนวทาง ในการค้นหามุมมองเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บของคนใน (Emic หรือ native's point of view) และเป็นวิธีการมองหากระบวนการ ที่ความเจ็บป่วยได้รับการตีความเชิงสัญลักษณ์ถูกให้ความหมายและเยียวยารักษา (Kleinman, 1980)

แนวคิดแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย เป็นแนวคิดสำคัญที่ช่วยให้ความเข้าใจระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพที่แตกต่างกันของแพทย์ผู้รักษาโรคกับผู้ป่วยมากขึ้น โดยแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย ของแพทย์ เป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับโรค ซึ่งเป็นความคิดปกติของกระบวนการและกลไกทางร่างกายของผู้ป่วย ส่วนแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นความคิดปกติตามการรับรู้หรือประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยตีความเอง

แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยจะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย วัฒนธรรมประเพณี ประสบการณ์และสามารถใช้เป็นแนวทางตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ (Kleinman, 1980) Explanatory Model มีความสำคัญต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากมุมมองในการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือชาวบ้าน จะมีความแตกต่างตัวแบบในการอธิบายของหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีมุมมองเกี่ยวกับโรคแตกต่างกัน (Helman, 1990) โดยบุคลากรทางการแพทย์จะรับรู้เกี่ยวกับโรคเป็นอาการหรือความผิดปกติของร่างกายที่สามารถตรวจวัดได้ มีหลักฐานทางคลินิกที่ชัดเจน มีลักษณะอาการที่สามารถสังเกตได้ มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน แพทย์สามารถวินิจฉัยและให้วางแผนการรักษาได้ชัดเจน เช่น โรคเบาหวาน สามารถตรวจวัดระดับความรุนแรงของโรคจากระดับน้ำตาลในเลือด โรควัณโรคตรวจวัดได้จากปริมาณเชื้อในเสมหะ เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยจะรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นอาการป่วยที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้และตอบสนองได้ แต่อาจไม่มีหลักฐานทางคลินิก ที่ยืนยันได้ บางครั้งอาการที่เกิดขึ้น ไม่มีหลักฐานทางการแพทย์พิสูจน์ได้ แพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยและวางแผนการรักษาได้ง่าย ต้องอาศัยข้อมูลแวดล้อมอื่นประกอบในการวางแผนการรักษา เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ แขนขาอ่อนแรง เหนื่อย เมื่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยแล้ว อาจไม่พบความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ แต่ผู้ป่วยยังคงยืนยันอาการและต้องการยารักษาโรค ทำให้แพทย์ต้องตั้งจำยวดามินเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ เป็นต้น ทำให้ชาวบ้านมีพฤติกรรมการใช้ยาดังนี้คือ พฤติกรรม



การใช้ยาตามสั่ง (Adherence behavior) พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา (Health seeking behavior) และพฤติกรรมการใช้ยาคด้วยตนเอง (Self-Medication behavior)

องค์ประกอบพื้นฐานของแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย มี 5 ประการ (Kleinman, 1980) คือ

- 1) สาเหตุของโรคเกิดจากอะไร (etiology)
- 2) ระยะเวลาที่อาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น (time and mode of onset of symptoms)
- 3) พยาธิวิทยาหรือลักษณะอาการของโรค (pathophysiology)
- 4) ความรุนแรงของโรค (course of sickness, degree of severity and type of sick role)
- 5) การรักษาที่เหมาะสม (treatment)

แนวคิดเรื่องแบบจำลองการอธิบายนี้เมื่อใช้ควบคู่กับแนวคิดที่แยกแยะระหว่างโรค ซึ่งเป็นความผิดปกติของกระบวนการและกลไกของร่างกาย (แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของบุคลากรทางการแพทย์) กับความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นความผิดปกติตามการรับรู้หรือประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยตีความเอง (แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วย) เป็นแนวคิดสำคัญที่ช่วยให้เข้าใจความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรม สุขภาพของแพทย์ผู้ให้การรักษาโรคกับผู้ป่วยได้มากขึ้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549 อ้างถึงใน คณิศร เต็งรัง, 2551)

มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ดังนี้

1) การให้นิยามชื่อโรค

ผู้หญิงชาวลาตินเรียกการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานว่า “น้ำตาลในเลือด” (Arcury, Skelly, Gesler, & Dougherty, 2004) ผู้ป่วยเรียกอาการหายใจลำบากที่เกิดจากทางเดินหายใจส่วนบนว่า “ช่องคอคับแคบ (tight throat)” เรียกอาการที่เกิดจากทางเดินหายใจส่วนล่างว่า “ขาดอากาศหายใจ (out of air)” (Hardie, Janson, Gold, Carrieri-Kohlman, & Boushey, 2000) ผู้หญิงจะเรียกปัญหาสุขภาพจิตว่า “ปัญหาของจิตใจ” ในขณะที่แพทย์ เรียกว่า “ความเครียดและโรคซึมเศร้า” (Aidoo & Harpham, 2001)

2) สาเหตุของโรคเกิดจากอะไร

ผู้ป่วยบางคนเชื่อว่าทุกคนสามารถเป็นโรคเบาหวานได้ บางคนเชื่อว่าสาเหตุเกิดจากพันธุกรรม การกินน้ำตาลหรืออาหารหวานเป็นสาเหตุสำคัญของโรคเบาหวาน (Arcury et al., 2004) ผู้หญิงเชื่อว่าปัญหาสุขภาพจิต เกิดจากความยากจน ปัญหาครอบครัว เชื้อชาติและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและแม่เมด แพทย์เชื่อว่าเกิดจากสถานภาพทางด้านเศรษฐกิจสังคมของผู้หญิง

รายได้ที่ไม่ดีของสามี (Aidoo & Harpham, 2001) ผู้ป่วยชาวแอฟริกัน-อเมริกัน เชื่อว่าโรคหืด ถ่ายทอดทางพันธุกรรมและไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยา (Peterson & Sterling, 2005)

3) พยาธิวิทยาหรือลักษณะอาการของโรค

อาการของโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดคือ น้ำหนักลดและผอม โดยอาการเหนื่อยล้า ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คล้ายเป็นลม เป็นอาการที่เกิดจากการที่น้ำหนักลดลง (Arcury et al., 2004) ผู้หญิงบอกว่าสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากปวดศีรษะ สับสน อ่อนแอ เจ็บภายในร่างกายไร้ค่า ความว่างเปล่า ในขณะที่ แพทย์พบว่าสาเหตุเกิดจากการไม่มีอำนาจหมดหนทาง สังคมไม่เปิดรับ (Aidoo & Harpham, 2001)

4) ความรุนแรงของโรค

ในมุมมองของผู้ป่วยนั้นโรคเบาหวานจะมีจุดจบที่ความตาย ปัญหาการมองเห็น และการตัดแขนขา จากการที่ไม่สามารถรักษาบาดแผลที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นหมายถึงโรคเบาหวานจะมีข้อจำกัดในการรักษา (Arcury et al., 2004) การจำแนกประเภทโรคเบาหวานเป็นชนิดเดียวกับแห้ง (อังกูร ภาวสิทธิไพศิฐและคณะ, 2552) นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยอาจแตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยให้ระดับของการเจ็บป่วยของตนเองรุนแรงมากที่สุดในขณะที่แพทย์มองว่าเป็นแค่ระดับรุนแรง (Aidoo & Harpham, 2001)

5) การรักษาที่เหมาะสมและการป้องกัน

โรคเบาหวานสามารถควบคุมได้แต่รักษาให้หายขาดไม่ได้ การควบคุมโรคเบาหวานทำได้โดยการรักษาที่ถูกต้อง โดยการไปพบแพทย์ มีการตรวจสุขภาพและได้รับยาที่เหมาะสม ผู้ป่วยบางคนเข้าใจว่าหากตรวจพบโรคเบาหวานแต่เนิ่น ๆ สามารถรักษาโรคเบาหวานให้หายขาดได้ ซึ่งความเชื่อนี้สัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่อายุน้อยเข้าใจว่าโรคเบาหวานสามารถรักษาให้หายขาดได้ สำหรับการรักษาเบาหวานโดยไม่ใช้ยา ผู้ป่วยบางคนเข้าใจว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องกินมังสวิรัต นอกจากนั้นผู้ป่วยมีการแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่น เช่น ในประเทศเม็กซิโกมีการฉีดวิตามินที่ทำจากสมุนไพรเพื่อทำความสะอาดเลือด พวกเขาพยายามจะขจัดน้ำตาลออกจากเลือด พวกเขาเรียกการรักษาแบบนี้ว่า “การทำเลือดให้บริสุทธิ์” (Arcury et al., 2004) สำหรับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตนั้น ผู้ป่วยหญิง ให้แนวทางในการรักษาโดยมีการรักษาในคลินิกและการรักษาแบบที่บ้าน การปรึกษาด้านศาสนา การสวดมนต์ ส่วนแพทย์จะให้การรักษาโดยการให้คำปรึกษา การวางแผนครอบครัว (Aidoo & Harpham, 2001)

ส่วนการป้องกันนั้น มีตัวอย่างงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเข้าใจว่าโรคเบาหวานไม่สามารถป้องกันได้ เนื่องจากเบาหวานเกิดจากพันธุกรรม บางคนบอกว่า

โรคเบาหวานป้องกันโดยการควบคุมอารมณ์ให้สงบ ตรวจร่างกาย ควบคุมอาหารและระมัดระวังการกินน้ำตาล (Arcury et al., 2004)

เพื่อให้ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยมีความสมบูรณ์มากขึ้น มีความสำคัญที่ต้องทราบข้อมูลการให้ความหมาย การรับรู้ ระบบวิถีคิด ความเชื่อและตรรกะในการใช้ยาแบบผู้ป่วย ในการเลือกใช้นั้น ผู้ป่วยมักมีเหตุผลในการเลือกใช้ยาของตนเองเสมอ โดยเหตุผลนั้นอาจแตกต่างจากหลักเหตุผลการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ ระบบวิถีคิดที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปนั้น บางครั้งบุคลากรทางการแพทย์จะเห็นว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการรักษาแบบ “ลองดูเผื่อหาย” หากมีการทำความเข้าใจในระบบวิถีคิด ความเชื่อและตรรกะในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างถ่องแท้ จะเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม (Geest et al., 1990, Hardon & Grand, 1993, Kanji et al., 1992 ; อ้างใน ลือชัย ศรีเงินยวง, 2542)

ในความเจ็บป่วยหลาย ๆ กรณี การใช้ยารักษาตนเองมีความสมบูรณ์ในตัวเองที่จะเป็นกระบวนการรักษาโรค การที่ยาทำให้อาการป่วยไข้และการรักษาที่มีความเป็นรูปธรรมและเป็นเสมือนสิ่งของที่จับต้องได้ (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2542) มีความเชื่อหลายอย่างที่เกี่ยวกับยา เช่น ความเชื่อที่ว่าโรคไม่มีทางหายได้ ถ้าไม่กินยา ความเชื่อเหล่านี้เมื่อประกอบกับการที่บริษัทยาต่าง ๆ ผลิตยาออกออกสู่ท้องตลาดมาก ทำให้คนมีความเชื่อว่าจำนวนของความไม่สบายหรือความผิดปกติที่สามารถรักษาได้มีมากขึ้น (Nichter & Vuckovic, 1994 : 1510 อ้างถึงใน ลือชัย ศรีเงินยวง, 2542)

สำหรับแบบแผนการใช้ยาของผู้ป่วยนั้น มีการศึกษาพบว่า ชาวบ้านมีความใกล้ชิดกับยาและหอมมาก ชาวบ้านชอบได้ยาหรือขอยากับคนที่คิดว่ามียา บางครั้งยาเป็นของฝากที่ลูกหลานซื้อมาฝากพ่อแม่หรือญาติ ผู้ป่วยชอบลองยา เมื่อพบว่ามียาที่ไหนใครว่าดีก็อยากลอง สำหรับแหล่งที่มาของยาสำหรับการรักษาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้น มีการศึกษาพบว่า การซื้อยากินเองเป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่สุดในการแก้ปัญหาคความเจ็บป่วยของชาวบ้าน โดยแหล่งยาที่สำคัญที่สุดของชาวบ้านในหมู่บ้านคือ ร้านขายของชำ (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2542) แนวคิดเกี่ยวกับยาแรงและยาอ่อน โดยยาแรงคือยาที่ให้ผลเร็ว แต่อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่ดีกับร่างกายได้ เช่น ทำให้ใจสั่น กระวนกระวาย เป็นต้น ตัวอย่างยาประชาชนมีความเชื่อว่าเป็นยาแรงได้แก่ ยาสมัยใหม่ ยาฉีดยาเป็นต้น ส่วนยาอ่อนหรือยาที่ไม่ทำให้เกิดผลเสีย แต่ให้ผลการรักษาที่เหมาะสมสำหรับคนที่มีร่างกายไม่แข็งแรง เช่น ยาแผนโบราณ ยาองค์การเภสัชกรรมที่ขายในกองทุนยา เป็นต้น

จากงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของบุคลากรทางการแพทย์แตกต่างจากของผู้ป่วย โดยแสดงให้เห็นในหลายตัวแปร เช่น ความร่วมมือของผู้ป่วย ความพึงพอใจ การเลือกรับบริการทางการแพทย์ การตอบสนองต่อการรักษาและผลข้างเคียงของการใช้ยาหรือผลการรักษาที่ไม่เหมาะสม หากไม่สามารถหาข้อตกลงเบื้องต้นได้ ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับการรักษาและไม่ให้ความร่วมมือ หากบุคลากรทางการแพทย์ไม่สนใจในการทำความเข้าใจแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแล้ว จะทำให้เกิดผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยไม่เชื่อหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาเยียวยา เพราะผู้ป่วยมีแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของตนเองอีกชุดหนึ่ง และบุคลากรทางการแพทย์จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยยึดกรอบการรักษาของตนเองเป็นหลัก ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยจะปฏิบัติตามความเชื่อของตนเองร่วมด้วย โดยที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ทราบ หรือผู้ป่วยไม่เชื่อตามคำแนะนำหรือการรักษาเยียวยาของแพทย์ทั้งหมด เพราะเข้ากันไม่ได้กับแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเชื่อ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการรักษาทั้งในแง่บวกและแง่ลบ (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2549)

การศึกษาความแตกต่างของแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยจะทำให้สามารถเห็นปัญหาด้านการสื่อสารได้ชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากมุมมองหรือการรับรู้เกี่ยวกับเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความแตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ ฉะนั้น บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้เกี่ยวข้อง ต้องทำความเข้าใจเพื่อจะดูช่องว่าง (Gap) ที่มีอยู่เพื่อจะนำไปวิเคราะห์หากระบวนการที่จะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยดำเนินไปอย่างราบรื่น ด้วยการเคารพและให้เกิดริซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ (Doctor –patient relationship) มีความเข้าใจในการสื่อสาร (Communication) ลดปัญหาการที่ผู้ป่วยไม่ยอมทำตามคำแนะนำของแพทย์ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและแพทย์จะทำให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาในการสื่อสารทางคลินิก (Kleinman, 1980) แนวคิดเรื่องแบบจำลองการอธิบาย เมื่อใช้ควบคู่กับแนวคิดที่แยกแยะระหว่างโรค (disease ซึ่งเป็นแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของแพทย์) กับความเจ็บป่วย (illness ซึ่งเป็นแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วย) ถือว่าเป็นแนวคิดสำคัญที่จะช่วยให้เข้าใจความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพของแพทย์ผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยมากขึ้น ถ้าบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งทำหน้าที่ผู้ให้บริการกับผู้ป่วยมีความเข้าใจกันจะทำให้เกิดข้อตกลงเบื้องต้นร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2549)

Kleinman (1980) ได้เสนอคำถามที่ใช้ในการค้นหาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมี 8 คำถาม ดังนี้

- 1) คุณเรียกความเจ็บป่วยนั้นว่าอะไร? ชื่อของการเจ็บป่วยคืออะไร
- 2) สาเหตุของการเจ็บป่วยคืออะไร
- 3) ทำไมคุณจึงคิดว่าเริ่มมีอาการเจ็บป่วยเมื่อเกิดอาการขึ้น
- 4) ความเจ็บป่วยมีผลต่อคุณอย่างไร
- 5) ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร? เป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง
- 6) สิ่งที่คุณกลัวที่สุดหรือวิตกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยคืออะไร
- 7) ปัญหาสำคัญของการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อคุณคืออะไร
- 8) การรักษาที่คุณต้องการเป็นอย่างไร? ผลการรักษาที่สำคัญที่คุณคาดหวังคืออะไร

ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดค่านิยามของแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยว่าเป็นการอธิบายหรือทำความเข้าใจในมุมมองของคนในเกี่ยวกับขั้นตอนของการเจ็บป่วยและการรักษา ภายใต้บริบทของความเชื่อทางวัฒนธรรมและบรรทัดฐานที่สังคมกำหนด

โดยองค์ประกอบพื้นฐานของแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย มี 5 ประการ คือ

- 1) ชื่อหรือนิยามของโรค
- 2) สาเหตุของการเกิดโรค
- 3) พยาธิวิทยาหรือลักษณะอาการของโรค
- 4) ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน
- 5) การรักษาที่เหมาะสมและการป้องกัน

4. ความร่วมมือในการรักษา (Adherence)

ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรม ตามคำสั่ง/คำแนะนำของผู้รักษา/บุคลากรทางการแพทย์ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2550) องค์การอนามัยโลก องค์การอนามัยโลก ได้นิยามความหมายของความร่วมมือในการรักษา คือ พฤติกรรมความร่วมมือร่วมใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ (คำแนะนำ) อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมการใช้ยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้องเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา (World Health Organization [WHO], 2003)

จากความหมายของความร่วมมือในการรักษาข้างต้น พบว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยยินยอมปฏิบัติตามคำสั่ง/คำแนะนำ/แผนการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้รักษา โดยแสดงออกในลักษณะของการปฏิบัติตามอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาตามคำแนะนำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต รวมทั้งการมาพบแพทย์ตามนัด

โดยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจะต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลรักษากับผู้ป่วย ความพยายามของผู้ป่วย การบังคับบัญชา การใช้อำนาจบังคับ การเรียกร้อง ตลอดจนการให้ความจูงใจต่อการปฏิบัติตาม (สมัชพร อาชาล, 2543) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา สัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้และจดจำปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (Brannon & Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัชพร อาชาล, 2543)

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำสั่ง และคำแนะนำของแพทย์ โดยความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญ และมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ในการรักษาโรค (Ross et al., 2004) ความร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์กับความเชื่อส่วนบุคคลหรือความเชื่อทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับสุขภาพ และการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (ธวัชชัย ใจคำวัง & นันทนา พุ่มพวง, 2551) ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยก็จะไม่ยอมรับการรักษา เช่น ผู้ป่วยโรคหืด (Adams et al., 1997)

พฤติกรรมของบุคคลที่เลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่และในทางกลับกันความไม่ร่วมมือในการรักษาบ่งชี้ถึงพฤติกรรมเดิมหรือการกระทำที่ขัดแย้งกับการรักษา (Dracap & Meleis, 1982 อ้างถึงใน ธวัชชัย ใจคำวัง & นันทนา พุ่มพวง, 2551) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนคำแนะนำที่ได้จากแพทย์มาเป็นความเชื่อหรือความคิดของตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา (Leventhal et al., 1992)

ความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยมี 2 สาเหตุสำคัญ (Cochrane et al., 1999) คือ ความไม่ร่วมมือในการรักษาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจ (Unintentional non-compliance) เกิดปัญหาจากการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ เช่น ขนาดของยา วิธีหรือเทคนิคในการใช้ยา และความไม่ร่วมมือในการรักษาที่เกิดจากความตั้งใจ (Intentional non-compliance) เกิดจากความตั้งใจของผู้ป่วยในการปฏิเสธผลการวินิจฉัยโรคและการรักษา เห็นได้จากการที่ผู้ป่วยลดขนาดยา ความถี่ในการใช้ยาตามที่ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าเป็นขนาดที่เหมาะสมและจำเป็นในการรักษาโรค รวมทั้งการที่ผู้ป่วย

หยุดการรักษาโรคเมื่อเห็นว่าวิธีการรักษานั้นไม่ได้ผล ไม่จำเป็นหรือมีอันตราย ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอาจเกิดจากการเข้าใจหรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บป่วย การแพทย์ (เช่น ความรุนแรง ระยะเวลา สาเหตุและลำดับขั้นของการเกิดโรค) และปัจจัยเสี่ยงของการรักษา เช่น ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งเนื่องจากกลัวอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น หรือมีความเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องใช้ยาก็สามารถหายจากโรคได้

ผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้นถ้าเขารับรู้ว่าการแนะนำเหล่านั้นมีประโยชน์ต่อการรักษาโรคและผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคและประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงของการรักษา (Leventhal et al., 1992) นอกจากนี้ระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่ต่ำของผู้ป่วยยังเป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลต่อการจัดการหรือการรักษาโรคเรื้อรังรวมทั้งโรคหืด สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาโรคมีความซับซ้อน คุณลักษณะของยา เช่น ขนาดยา วิธีใช้ยา ความถี่ วิถีทางในการให้ยาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วย แต่ก็ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยหลายคนเลือกที่จะไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ เนื่องจากพวกเขามีความเชื่อที่ไม่มี ความจำเป็นในการใช้ยาหรือกลัวอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น (Horne & Weinman, 1999) สำหรับโรคหืดนั้นผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา เกิดจากอาการเหนื่อยหอบมากจนไม่อยากจะสูดยา เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจว่าถ้าสูดยาแล้วจะทำให้เหนื่อยมากขึ้น (สุณี เลิศสินอุดม, 2551)

สำหรับแนวทางในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยนั้น มีการศึกษาจำนวนมาก ที่พยายามค้นหาวิธีการในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เช่น การให้ความรู้แก่มารดา เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาโดยให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและแก้ไขความกลัวเกี่ยวกับการตายจากโรคหืด การสนทนากับผู้ปกครองเกี่ยวกับแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของเขา และความเชื่อเกี่ยวกับยาและการรักษาทางเลือกอื่น เพื่อสร้างความเข้าใจและลดความกังวล และมีทางเลือกในการรักษา จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษามากขึ้น (Handelman, Rich, Bridgemohan & Schneider, 2004) เนื่องจากสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งของความไม่ร่วมมือในการรักษาเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสาร ดังนั้นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีคือการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันที่ดีของทั้งสองฝ่าย หากผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ หวังดีและมีความจริงใจโดยเฉพาะรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในมุมมองของผู้ป่วยแล้วจะทำให้ผู้ป่วยยินดีที่จะมีการเจรจาหรือหาข้อตกลงร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์เองก็มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ทราบถึงมุมมองของผู้ป่วยในประเด็นการเกิดโรค จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้วิธีการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ซึ่งจะทำให้ทั้งสองฝ่ายสามารถบรรลุข้อตกลงร่วมกันในการวางแผนการรักษาโรคได้

5. การแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care)

แนวคิดของการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ในการให้บริการด้านสุขภาพ

1) การปฏิบัติต่อผู้มารับบริการหรือผู้ป่วยด้วยเพื่อนมนุษย์ด้วยหัวใจที่มีแต่ความปรารถนาดี เอาใจเขามาใส่ใจเรา มีเรื่องเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นตัวอย่างในแนวคิดนี้ได้แก่ เรื่องของเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ได้เข้าไปสัมผัสกับเรื่องราวชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช โดยเจ้าหน้าที่ท่านนั้นและมารดาของผู้ป่วยเองได้ใช้หัวใจความเป็นมนุษย์ในการใส่ใจทุ่มเทในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น (สุพร ลอยลิม, 2552)

2) ให้บริการด้วยความรัก มีความเมตตาธรรม บริการด้วยหัวใจรัก ทำด้วยความเต็มใจ เสมอต้นเสมอปลายดังตัวอย่างเรื่องเล่าเจ้าหน้าที่ที่มีโอกาสเข้าไปรู้จักและรับรู้เกี่ยวกับเรื่องราวของผู้ป่วยมีร่างกายครึ่งท่อนล่างเป็นอัมพาต เจ้าหน้าที่ท่านนี้ใช้โอกาสของมนุษยธรรมโดยการไปเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วยบ่อย ๆ เพื่อพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยคนที่เดิมโมโหร้าย ขี้บ่น หงุดหงิดและอารมณ์ฉุนเฉียวเพราะรับไม่ได้กับการเป็นอัมพาต เปลี่ยนแปลงกลายเป็นคนใหม่ ยอมรับตนเองมากขึ้น (นงเยาว์ เรียนชอบ, 2552)

3) เต็มใจที่ให้บริการกับทุกคนเสมอ ไม่เลือกบริการและมีความจริงใจต่ออาชีพ ตัวอย่างเช่น เรื่องราวของหญิงชราขายถั่วต้มที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง แม้ผลการตรวจพบว่ามีความดันโลหิตสูง มีอาการปวดหลังและเชื่อว่าที่ฝ่ามือแต่ผู้ป่วยก็ไม่ไปรับการรักษาตามที่โรงพยาบาลนัด เนื่องจากหญิงชราคนนี้ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ แต่จากความเข้าใจและตั้งใจจริงของเจ้าหน้าที่ในการเยียวยาคนทุกข์ ทำให้ช่วยให้หญิงชรากลับคืนสู่ระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าได้ (สุภาพรรณ วรรณแก้ว, 2552)

4) เข้าใจความคาดหวังของผู้ป่วยที่มารับการรักษาและระลึกอยู่เสมอว่าผู้รับบริการต้องมีความสุขทั้งกายและใจ และผู้ปฏิบัติมีความเปิดต่อความดีในหน้าที่ที่ ทำ ดังเรื่องราวของผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและมักเป็นแผลเรื้อรัง ตอนแรกผู้ป่วยไม่ยอมถูกตัดเท้าเพราะจะเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต เมื่อการรักษาเท่านั้นไว้เป็นความหวังสุดท้ายของทั้งหมอและผู้ป่วย ทีมงานของโรงพยาบาลนั้นจึงทุ่มเทให้กับการรักษาครั้งนี้มาก ผู้ป่วยเองก็ให้ความร่วมมือในการรักษา จนสามารถรักษาเท้าของผู้ป่วยไว้ได้ (เฉลิมศรี สมะมะโน, 2552)

แนวทางการปฏิบัติในการให้บริการด้านสุขภาพโดยใช้แนวคิดการแพทย์ที่มีหัวใจ ความเป็นมนุษย์

1) คุณสมบัติที่เหมาะสมของผู้ให้บริการ

- มีคุณธรรม
- มีความรักความเมตตา
- มีความยุติธรรม
- มีการพิจารณาและทบทวนตนเอง
- มีจิตใจบริสุทธิ์
- มีความซื่อสัตย์สุจริต
- มีความอ่อนน้อมถ่อมตน

2) ยึด ผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง ปรับความรู้ให้ ผู้ป่วย สามารถนำไปใช้ได้ พัฒนาทักษะ การดูแลตนเองของ ผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายของการพัฒนาร่วม การ เน้นการดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวม

3) พัฒนาองค์ความรู้ของผู้ให้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง เน้นการทำงานเป็นทีม เช่น ครอบครัว ชุมชน อาสาสมัคร เพื่อสามารถให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ จะทำให้เกิดการกระจาย ความรู้ อย่างครอบคลุมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง ทัวถึงไปยังหน่วยเล็ก ๆ ของชุมชนเป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสุขภาพ ครอบครัวและสังคม

4) ใช้ทักษะในการสื่อสารกับ ผู้ป่วย อย่างมีประสิทธิภาพ

5) ให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน โดยใช้ความรู้สึก เอาใจเขามาใส่ใจเรา “empathy” คิดว่าถ้าเราเป็นผู้ป่วยหรือผู้ป่วยเป็นญาติของเรา เราต้องการอะไรก็คิดอยากจะทำบสิ่งนั้น ให้กับผู้ป่วยบ้างด้วยใจบริสุทธิ์ ผลตอบแทนอาจไม่ใช่ตัวเงิน แต่ผู้ให้บริการจะรู้สึกปิติ จากสิ่งที่กระทำ ซึ่งความรู้สึกนี้มากเกินประเมินค่า

6) เน้นการให้บริการด้านจิตวิญญาณ โรคบางโรคไม่สามารถให้การรักษาให้หายขาดได้ ก็ไม่ได้แสดงว่าผู้ให้บริการ ไม่มีความสามารถ แต่การที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา เพื่อชำระไว้ซึ่งภาวะจิตวิญญาณ เป็นการรักษาแบบไม่ใช้ยาอย่างหนึ่ง และยังเป็น การสร้าง สุขสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งไม่เฉพาะแต่ตัวผู้ป่วยแต่รวมถึงครอบครัวและ ชุมชนด้วย

ประโยชน์ของการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ในการให้บริการด้านสุขภาพ

(ประเวศ วะสี, 2550)

1) บุคลากรทางการแพทย์มีความสุข เนื่องจากเมื่อเข้าถึงหัวใจความเป็นมนุษย์ได้จะทำให้ ช่วยลดความเครียดได้

2) คนไข้และญาติมีความสุข เพราะเขาจะสัมผัสได้ถึงหัวใจของบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีความเป็นมนุษย์

3) โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ จะรักษาง่ายขึ้น เนื่องจากโรคบางโรคสามารถหายได้เอง หายเพราะน้ำใจ และความเอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์

4) เกิดนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยความมีน้ำใจ ความห่วงหาอาทร ที่มีต่อคนไข้ นำไปสู่การคิดค้นนวัตกรรมและการวิจัยมากขึ้น

6. ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด

6.1 นิยาม (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2547)

โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ซึ่งเป็นผลของการถูกกระตุ้นให้เกิดขึ้นโดยปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้ก่อให้เกิดการสร้าง inflammatory cascade ภายในหลอดลม และ programme นี้จะทำงานอย่างต่อเนื่องเมื่อถูกกระตุ้นโดยสารก่อภูมิแพ้หรือการติดเชื้อไวรัส การอักเสบของหลอดลมเกี่ยวข้องกับ inflammatory cells หลาย ๆ ชนิดที่สำคัญ ได้แก่ T lymphocytes, eosinophils, neutrophils และ mast cells นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับ structural cells (เช่น airway epithelial cells, airway smooth muscle cells, goblet cells) ซึ่งปกติประกอบเป็นโครงสร้างของหลอดลมหลอดลมเท่านั้น แต่ในผู้ป่วยโรคหืดเซลล์เหล่านี้ทำงานเบี่ยงเบนไปมีความสามารถในการสร้างสารเคมี และปล่อยออกมากระตุ้นหลอดลมให้เกิดการอักเสบ ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่เกิดขึ้นในหลอดลมของคนปกติ เมื่อสารก่อภูมิแพ้ผ่านเข้าสู่หลอดลมของผู้ป่วยโรคหืดจะตรงไปกระตุ้น T cells ให้สร้างและปล่อยสารเคมีออกมาชนิดหนึ่งที่เรียกว่า “cytokines” ซึ่งประกอบด้วย interleukin IL-4, IL-5, IL-3 และสาร cytokine ชนิดนี้จะก่อให้เกิดการอักเสบของหลอดลมตลอดเวลา cytokines แต่ละชนิดทำงานเสริมฤทธิ์ซึ่งกันและกัน ในการก่อให้เกิดการอักเสบของหลอดลม ตัวอย่างเช่น IL-5 ทำให้มีการเพิ่มจำนวนของ eosinophils, IL-3 ไม่เพียงแต่ออกฤทธิ์ในการกระตุ้น goblet cells ให้สร้างและหลั่ง mucus ออกมาใน lumen ของหลอดลมมากขึ้นเท่านั้น ยังกระตุ้นให้เกิดพังผืดภายในผนังหลอดลม เมื่อการอักเสบของหลอดลมของผู้ป่วยโรคหืดดำเนินไปเรื่อย ๆ โดยไม่ได้รับการหรือรักษาไม่ถูกวิธี จะทำให้หลอดลม มีการหนาตัวผิดปกติจากการสะสมของพังผืดและกล้ามเนื้อเรียบหนาตัว (smooth muscle hyperplasia) ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้ว การรักษาในปัจจุบันยังไม่สามารถแก้ไขพยาธิสภาพดังกล่าวได้

6.2 การวินิจฉัย

การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหืดนั้น นอกจากมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันว่าป่วยเป็นหืดแล้ว ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหอบหืดด้วย ทั้งนี้เพื่อที่จะนำข้อมูลต่าง ๆ ไปใช้ในการป้องกัน และรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวินิจฉัยโรคหืดอาศัยลักษณะทางคลินิกประกอบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ได้แก่

6.2.1 ประวัติ

6.2.1.1 ผู้ป่วยโรคหืดมักมีประวัติ ไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดและ
หอบเหนื่อยเป็น ๆ หาย ๆ มักจะมีอาการในเวลากลางคืนหรือเช้ามืด

6.2.1.2 ผู้ป่วยโรคหืดมักมีอาการเกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นและ
อาการดังกล่าวอาจหายไปตัวเอง หรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม

6.2.1.3 ผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอาการได้ไม่ดีขึ้นจะมี
อาการหอบหืดเกิดขึ้นในเวลากลางคืนที่เรียกว่า nocturnal asthma

6.2.1.4 ประวัติสัมผัสสิ่งกระตุ้น เช่น สารก่อภูมิแพ้ การติดเชื้อไวรัส
ความเครียด ควันพิษ และมลพิษอื่น ๆ

6.2.1.5 ประวัติ atopy อาทิ skin eczema อาการคันและอักเสบของเยื่อเมือก
อาการคัดจมูกเรื้อรัง หรืออาการจาม (โดยเฉพาะเวลาเช้า)

6.2.1.6 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ป่วยเป็นโรคหืด
จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคหืดของผู้ป่วยได้

6.2.1.7 หลังออกกำลังกายแล้วมีอาการไอ แน่นหน้าอก และหายใจมีเสียง
หวีดเกิดขึ้น

6.2.2 การตรวจร่างกาย

อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยโรคหืดในขณะ
ปลอดอาการจะตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติ แต่ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการหอบหืด การตรวจทางระบบ
การหายใจ จะพบว่า มีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้นและได้ยินเสียงหวีดจากปอดทั้งสองข้าง

6.2.3 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืดและการประเมินผลการควบคุม
โรคหืด

6.2.3.1 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด

การจำแนกความรุนแรงของโรคหืดมีประโยชน์ในการนำไปใช้
พิจารณาผู้ป่วยราย ที่ยังไม่เคยผ่านการรักษามาก่อนว่ารายใดควรได้รับการรักษาด้วย
ยา corticosteroid ชนิดสูด การจำแนกความรุนแรงของโรคหืดต้องอาศัยอาการทางคลินิก ร่วมกับ
สมรรถภาพการทำงานของปอดที่ตรวจพบ ก่อนการรักษาเพื่อความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้
จึงจำแนกผู้ป่วยออกจากกันเป็น intermittent และ persistent asthma



6.2.3.2 การประเมินผลการควบคุมโรคหืด

ระดับการควบคุมโรคหืดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะปลอดอาการหรือผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาและสามารถควบคุมอาการได้แล้ว จัดอยู่ในกลุ่มที่ควบคุมอาการได้ดี (controlled) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะต้องไม่มีอาการของโรคหืดเกิดขึ้น ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน ไม่มีการกำเริบของโรคและไม่จำเป็นต้องใช้ยาขยายหลอดลม (relievers) ในขณะที่มีสมรรถภาพการทำงานของปอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีผลกระทบของโรคต่อกิจวัตรประจำวัน ส่วนผู้ป่วยที่ยังควบคุมอาการได้ไม่ดี (partly controlled) และผู้ป่วยที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้ (uncontrolled) จะมีอาการ การใช้ยาขยายหลอดลมและจำนวนครั้งของการกำเริบเพิ่มขึ้น ร่วมกับการลดลงของสมรรถภาพการทำงานของปอด และมีผลกระทบของโรคต่อกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

ตารางที่ 1 ระดับการควบคุมโรคหืด

ลักษณะทางคลินิก	Controlled (ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้)	Partly Controlled (มีอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้)	Uncontrolled
อาการช่วงกลางวัน	ไม่มี (หรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์)	มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์	มีอาการในหมวด partly controlled อย่างน้อย 3 ข้อ
มีข้อจำกัดของการออกกำลังกาย	ไม่มี	มี	
อาการช่วงกลางคืน จนรบกวนการนอนหลับ	ไม่มี	มี	
ต้องใช้ยา reliever/rescue treatment	ไม่มี (หรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์)	มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์	
ผลการตรวจสมรรถภาพปอด (PEF or FEV1)	ปกติ	น้อยกว่า 80% predicted or personal best (if know)	
การจับหืดเฉียบพลัน (Exacerbation)*	ไม่มี	อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	
			1 ครั้งในช่วงสัปดาห์ไหนก็ได้

* อาการหอบหืดรุนแรงจนต้องได้รับการรักษาแบบฉุกเฉิน

(คณะกรรมการปรับปรุงแนวทาง..., 2551)

6.3 ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคหืด

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคหืด

- 1) สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้
- 2) ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค
- 3) ยกระดับสมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยให้ดีทัดเทียมกับคนปกติ หรือให้ดีที่สุด
- 4) สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เหมือนคนปกติ
- 5) หลีกเลี่ยงผลแทรกซ้อนต่าง ๆ เนื่องจากยารักษาโรคหืดให้น้อยที่สุด
- 6) ป้องกันการเกิดภาวะ chronic หรือ irreversible airway obstruction
- 7) ป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคหอบหืด

ในการที่จะทำให้บรรลุถึงเป้าหมายดังกล่าว จะต้องมี การดำเนินการในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดดังต่อไปนี้

1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคหืด เช่น ปัจจัยหรือตัวกระตุ้นที่อาจจะทำให้เกิดการกำเริบของโรค รวมทั้งจำนวนและขนาดของยาที่ใช้ในการรักษา วิธีบริหารยาที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการบริหารยาประเภทสูด แพทย์ควรฝึกให้ผู้ป่วยบริหารยาทางการสูด ที่ถูกต้องและควรทดสอบการบริหารยาเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการบริหารยาผิดวิธี นอกจากนี้แพทย์ควรสอนให้ผู้ป่วยใช้เครื่อง mini-Wright peak flow meter ที่ถูกวิธี เพื่อไปใช้ในกรณีที่ต้องการติดตามการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพการทำงานของปอด ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวรวมทั้งการปรับขนาดของยาที่ใช้ ในกรณีที่มีอาการหอบหืดเพิ่มมากขึ้น และต้องรีบกลับมารับการตรวจรักษาจากแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการหอบหืดรุนแรง

2) การหลีกเลี่ยงหรือขจัดสิ่งต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้

โดยทั่วไปปัจจัยและตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืดขึ้น ได้แก่

- 2.1) สารภูมิแพ้ (allergen) เช่น ฝุ่นบ้าน เกสรดอกไม้ อาหาร ฯลฯ
- 2.2) การระคายเคืองจากสารเคมี เช่น ควันบุหรี่ ควันท่อไอเสียรถยนต์ ฯลฯ
- 2.3) ยา โดยเฉพาะ NSAID beta-blocker ฯลฯ
- 2.4) การติดเชื้อ virus ของทางเดินหายใจส่วนต้น

2.5) อารมณ์

2.6) สาเหตุอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกาย ความชื้น ความเย็น

แพทย์มีหน้าที่ค้นหาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการหอบหืดรวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมสิ่งแวดล้อมทั้งที่บ้านและในที่ทำงาน เช่น การจัดระบบถ่ายเทอากาศที่ดี จัดให้มีแสงแดดส่องอย่างทั่วถึงหลีกเลี่ยงการใช้พรม ฝุ่น หรือขนสัตว์ในห้องนอน ห้องทำงาน การควบคุมและหลีกเลี่ยง indoor pollutions เช่น ควันบุหรี่ DDT ควันธูป ฯลฯ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการลดลง การใช้เครื่องปรับอากาศร่วมกับเครื่องกรองอากาศให้บริสุทธิ์จะลดจำนวนสารภูมิแพ้ในอากาศให้น้อยลง ในทางปฏิบัติพบว่าสิ่งแวดล้อมได้ง่าย ได้แก่ อาหาร สัตว์เลี้ยง ฝุ่น ขนนก ขนสัตว์ ฯลฯ ในขณะที่ยังมีสิ่งทีหลีกเลี่ยงได้ยากอีกหลายชนิด เช่น ฝุ่นบ้าน เกสรดอกไม้ เชื้อรา ไรบ้าน เป็นต้น

6.4 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคหืด

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืดอาจจำแนกออกจากกันได้เป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกเป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อต้านการอักเสบ (anti-inflammatory agents) ยาในกลุ่มนี้จะทำให้การอักเสบในผนังหลอดลมลดลง การใช้ยาในกลุ่มนี้ติดต่อกันเป็นเวลานานพอสมควรจะทำให้อาการของโรคดีขึ้น ในขณะที่ยาอีกกลุ่มจะเป็นยาขยายหลอดลมยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ป้องกันและรักษาอาการหืดเกร็งของหลอดลมที่เกิดขึ้น แต่จะไม่มีผลต่อการอักเสบ ที่เกิดขึ้นในผนังของหลอดลม ได้มีการศึกษาผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับยาขยายหลอดลมติดต่อกันเป็นเวลานาน พบว่าไม่มีการลดลงของการอักเสบที่เกิดขึ้นในหลอดลม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูด เป็นประจำยังมี bronchial hyper-reactivity สูงกว่าผู้ที่ใช้ยาขยายหลอดลมเป็นครั้งคราวอีกด้วย

ตารางที่ 2 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืด

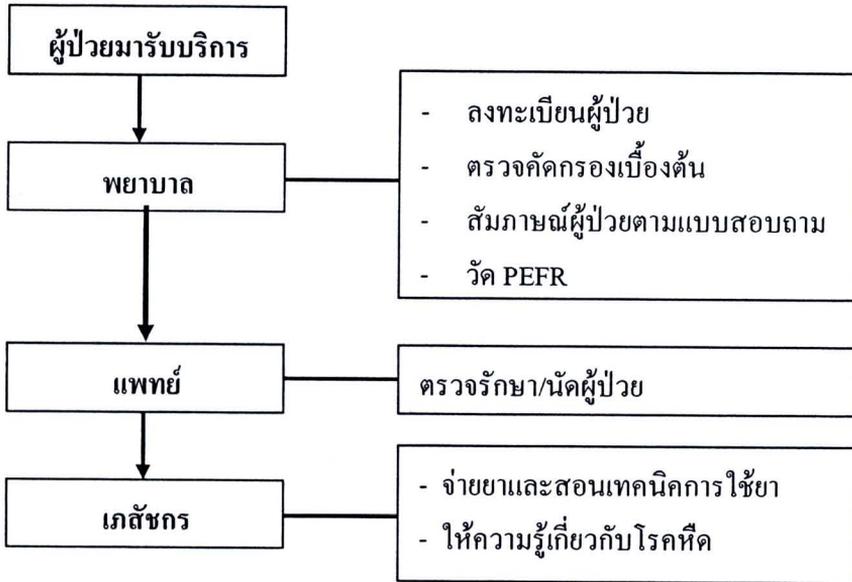
กลุ่มยา	ชื่อสามัญ	กลไกการออกฤทธิ์
1) Corticosteroid	ยาสูด Beclomethasone , budesonide , fluticasone ยารับประทาน prednisolone ยาฉีด(เข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือด) Hydrocortisone , dexamethasone methylprednisolone	Anti-inflammatory agent - ชัดขวางและกีดกันการทำงานของ inflammatory cells - ลดการบวมและการสร้างน้ำเมือกใน หลอดลมและลด microvascular leakage - เพิ่มการตอบสนองของ β_2 -agonist ที่กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม

ตารางที่ 2 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืด (ต่อ)

กลุ่มยา	ชื่อสามัญ	กลไกการออกฤทธิ์
2) Sodium cromoglycate		Anti-inflammatory agent - ชัดขวางการทำงานและการหลั่ง mediator จาก inflammatory cells
3) β_2 -agonist 3.1 short-acting	ยารับประทาน Salbutamol ,terbutaline,procaterol ยาสูด Salbutamol,terbutaline, procaterol, fenoterol ยาฉีด Salbutamol, terbutaline	ขยายหลอดลม - คลายกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม - เพิ่ม mucociliary clearance และลด vascular Permeability
3.2 long--acting	ยาสูด salmeterol ยารับประทาน bambuterol Sustained-released bablets Salbutamol, terbutaline	ขยายหลอดลม คลายกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม เพิ่ม mucociliary clearance และลด vascular Permeability
4) Anticholinergic	Ipratropium bromide	ขยายหลอดลม ลด vagal tones ของหลอดลม ออกฤทธิ์ช้ากว่า β_2 -agonist
5) Theophylline short-acting sustained-release		ขยายหลอดลม กลไกการออกฤทธิ์ไม่ทราบแน่ชัด
6) ยาฉีด Epinephrine, adrenaline		ขยายหลอดลม

(สมาคมอูรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2547)

โดยไม่ได้เน้นคําหมาย ผู้ป่วยที่ยังใช้ยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยที่ต้องมาอนรักษาในโรงพยาบาลและรับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหืด เป็นต้น



ภาพที่ 2 ระบบบริการผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

8. การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่ม หมายถึง การสนทนาหรือการอภิปรายกันในกลุ่มคนที่ถูกจัดขึ้นมา โดยมีจุดมุ่งหมายเจาะจง เพื่อจะหาข้อมูลที่ต้องการตรงประเด็น ตรงตามจุดมุ่งหมายของการศึกษา โดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในวงสนทนา สำหรับตอบคำถามการวิจัยเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ (ชาย โพลิตา, 2549)

ขั้นตอนการดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ดังนี้

- 1) กำหนดวัตถุประสงค์ในการดำเนินการสนทนากลุ่ม
- 2) กำหนดกลุ่มเป้าหมายของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
- 3) กำหนดหัวข้อและแนวคำถาม
- 4) เตรียมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการสนทนากลุ่ม ดังนี้

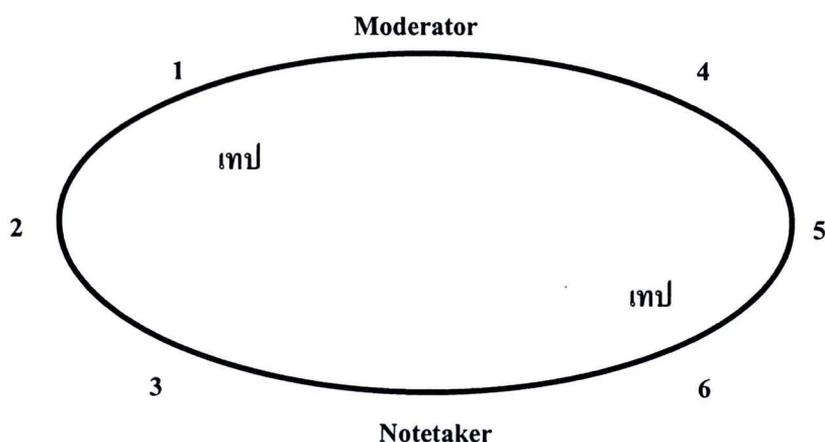
4.1) ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ต้องสร้างบรรยากาศในการสนทนาและควบคุมการสนทนาได้เป็นอย่างดีให้เกิดความเป็นกันเองมากที่สุด Moderator จะต้องไม่แสดงความคิดเห็นของตนเอง ควรจะปล่อยให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ อิสระเสรีและเป็นธรรมชาติมากที่สุด Moderator ที่ดีจะต้องสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้เป็นอย่างดี

4.2) ผู้จดบันทึก (Notetaker) จะต้องอยู่ร่วมตลอดเวลาและควรทำหน้าที่ในการจดบันทึกเพียงอย่างเดียวไม่ควรร่วมสนทนาด้วย เพราะจะทำให้การจดบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน และจะต้องเป็นผู้ถอดเทปด้วยตนเอง เพื่อความเข้าใจในสิ่งที่ได้บันทึกและเนื้อหาสาระในเทปที่ตรงกัน

4.3) ผู้ช่วยทั่วไป (Assistant) มีหน้าที่คอยควบคุมเครื่องบันทึกเสียงและเปลี่ยนเทปขณะที่กำลังดำเนินการสนทนา และอำนวยความสะดวกแก่ผู้ดำเนินการสนทนาและผู้จดบันทึก เพื่อให้แต่ละคนทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่

5) คัดเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคหืดที่มีประสบการณ์ในการเป็นโรคหืดและอายุที่ใกล้เคียงกัน 4 - 6 คน

6) จัดกลุ่มสนทนาโดยจัดตำแหน่งต่าง ๆ ดังนี้



ภาพที่ 3 ตำแหน่งในการสนทนากลุ่ม

- 7) รวบรวมข้อมูลโดยการบันทึกเทปและบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม
- 8) ประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหืดนั้น พบว่ามีการศึกษาในประเด็นดังนี้

1) ผลของการจัดตั้งคลินิกโรคหืด

การจัดตั้งคลินิกโรคหืดในรูปแบบ Easy Asthma Clinic ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคหืดแบบครบวงจร เริ่มตั้งแต่การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด การประเมินความรุนแรง การตรวจ PEFR การตรวจรักษาโดยแพทย์ การปรับยาตาม GINA Guideline การให้ความรู้เรื่องยาและการประเมิน

การใช้ยา รวมทั้งการจัดทีมสุขภาพเยี่ยมบ้าน โดยมีการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบสหวิชาชีพ สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคหืดได้ (ชายชัย จันทร์วรชัยกุล, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของเลิศชัย จิตต์เสรี (2551) ซึ่งพบว่าการรักษาผู้ป่วยในรูปแบบของคลินิกสามารถลดอัตราการมาพบยาที่ห้องฉุกเฉินได้ แต่ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มควบคุมอาการได้ไม่เต็มที่สูง ถึงร้อยละ 65.9 และการศึกษาของ ละเอียด นาคใหม่ (2550) พบว่าการเปิดบริการคลินิกโรคหืดทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดได้ผลดี แต่ไม่อาจทำให้ผลการรักษาดีขึ้นทั้งหมดสอดคล้องกับการศึกษาของอดุลย์ โปจรัส และคณะ (2551) ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไม่ได้ผลดีสูงถึงร้อยละ 56.47

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคหืดโดยเน้นการปรับเปลี่ยนการรักษา ให้มีความเป็นสหวิชาชีพมากขึ้น มีการใช้ยาตาม GINA Guideline ยังไม่สามารถควบคุมหรือดูแลผู้ป่วยบางกลุ่มได้ การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมได้จึงมีความสำคัญเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยให้มีความครอบคลุม เกิดประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น

2) ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการดูแลตนเอง

การใช้โปรแกรมการสอนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืด ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น (สุวรรณค์ รุจิษากร, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ วันวิสาข์ โลหะสาร (2550) ซึ่งพบว่าการใช้โปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในรูปแบบของการมีส่วนร่วม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพและมีทักษะการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง

ดังนั้นกระบวนการหรือวิธีการที่จะได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด

3) ความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหืด

มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือของผู้ป่วยพบว่าระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่ต่ำของผู้ป่วยยังเป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลต่อการจัดการหรือการรักษา โรคเรื้อรังรวมทั้งโรคหืด สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษามีความซับซ้อนเกี่ยวกับคุณลักษณะของยา เช่น ขนาดยา วิธีใช้ยา ความถี่ วิธีทางในการให้ยาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วย แต่ก็ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยหลายคนเลือกที่จะไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ เนื่องจากพวกเขามีความเชื่อว่าจะไม่มีความจำเป็นในการใช้ยาหรือกลัวอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น (Home & Weinman, 1999)

4) การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด

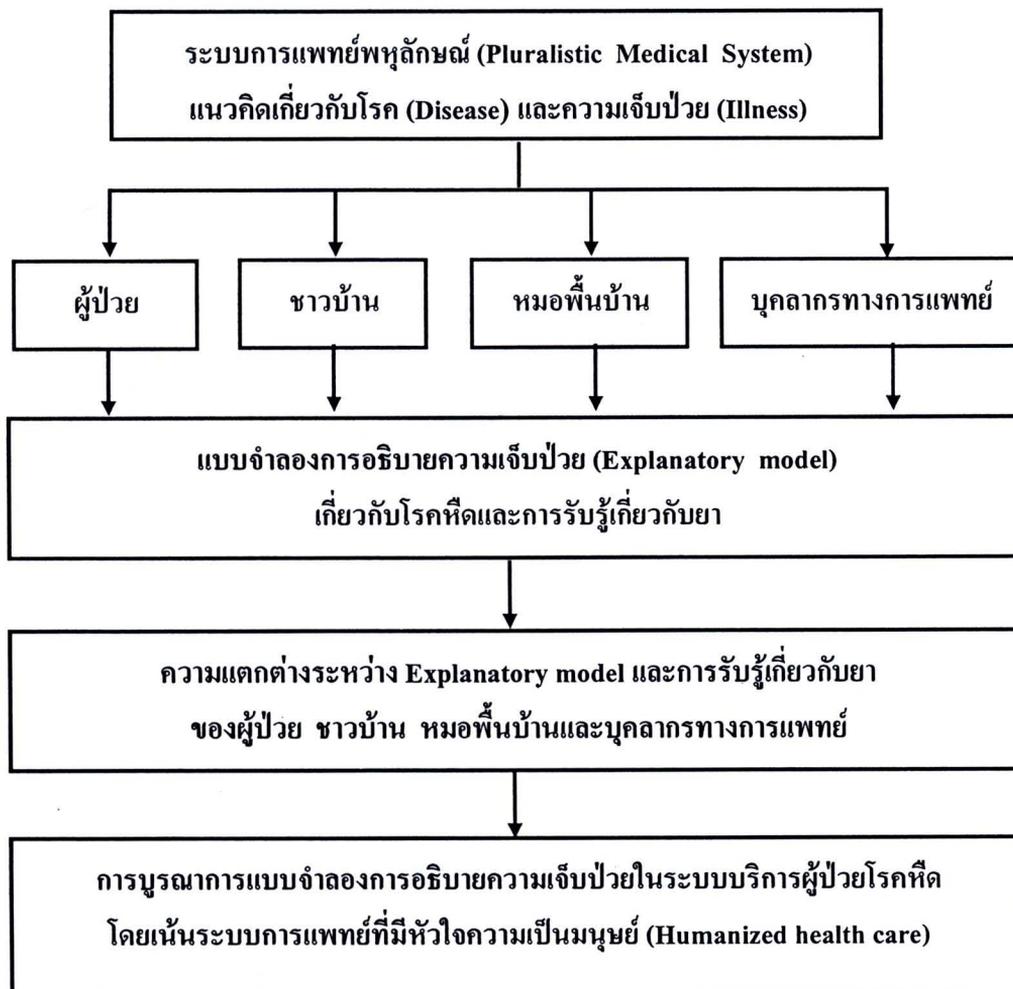
ในการศึกษาของ Loignon, Bedos, Sévigny and Leduc (2009) พบว่ากลยุทธ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การควบคุมโรค การป้องกันอาการหืดกำเริบและการดูแลตนเองขณะที่หืดกำเริบ มุมมองหรือการรับรู้ที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความแตกต่างจากแนวทางหรือเป้าหมายที่แพทย์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย

10. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากรายงานการวิจัยต่าง ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีการรับรู้เกี่ยวกับชื่อโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการแสดง ความรุนแรงของโรค การรักษาและการป้องกันที่แตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งระบบการแพทย์ในสังคมที่มีความหลากหลาย ซึ่งมีผลทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตามสังคมและวัฒนธรรม ที่เกิดจากพฤติกรรมการแสวงหาการเยียวยารักษาโรคที่แตกต่างกัน มุมมองที่แตกต่างกันระหว่างความรู้ทางวิทยาศาสตร์ของโรค (disease) ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้หรือการสนองตอบต่อความเจ็บป่วย (illness) ของผู้ป่วย ส่งผลให้ทั้งสองฝ่ายมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน สำหรับโรคหืดซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนสภาวะของโรคในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ คือ สาเหตุของโรคที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุค ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการรักษาของแพทย์ ในมุมมองของผู้ป่วย คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง จากรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ แม้ว่าจะมีกระบวนการเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในหลากหลายวิธี

ดังนั้น การศึกษาความแตกต่างระหว่างแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืด ในมุมมองของผู้ป่วยโรคหืด และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการรักษาโรค โดยการผนวกองค์ประกอบสำคัญตามแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยมาเป็นเครื่องมือในการร่วมรับรู้โรค ประสบการณ์แห่งความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้น เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจที่ติดต่อกัน จะทำให้นักบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจข้อจำกัด ความทุกข์ยาก และความจำเป็นต่าง ๆ ของผู้ป่วย อันก่อให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ และนำพาให้เกิดการแก้ไขปัญหาในการรักษาอย่างอ่อนโยน บนพื้นฐานของการเป็นกัลยาณมิตร ซึ่งจะส่งผลให้สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยในที่สุด

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย