

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วยโรคหืด และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ช่วงการศึกษาคั้งนี้

การศึกษาในช่วงที่ 1 ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ การให้ความหมายเกี่ยวกับโรคหืด การรับรู้เกี่ยวกับยา ของผู้ป่วยโรคหืดและความแตกต่างของแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยชาวบ้าน หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ มีการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

การศึกษาในช่วงที่ 2 ศึกษารูปแบบบริการผู้ป่วยโรคหืดโดยการบูรณาการความแตกต่างของแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยและการรับรู้เกี่ยวกับยาที่ได้จากการศึกษาในช่วงที่ 1 กับระบบการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

1. ข้อมูลทั่วไป

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 ส่วนใหญ่สมรสแล้วและมีอาชีพเกษตรกรกรรม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 86) ทุกรายมีสิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จึงไม่มีต้องจ่ายเงินเวลามารักษาโรคหืดที่โรงพยาบาล ระยะเวลาที่เป็นโรคหืดมากกว่า 10 ปีขึ้นไปจำนวน 9 ราย ประวัติการนอนโรงพยาบาลมี ไม่เคยนอน 10 ราย เคยนอน 11 รายและเคยได้รับการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 ราย

1.2 กลุ่มชาวบ้าน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มชาวบ้านซึ่งได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด 12 ราย ทุกรายเป็นเพศหญิงและสมรสแล้ว ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรมและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีเพียง 1 รายที่จบปริญญาตรีและมีอาชีพรับราชการ ทุกคนมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เป็นมารดาของผู้ป่วยโรคหืด (10 ราย)

1.3 กลุ่มหมอพื้นบ้าน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มหมอพื้นบ้านซึ่งได้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด 4 ราย โดยหมอพื้นบ้านได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงว่าเป็นบุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานาน เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชนโดยมีประชาชนในหมู่บ้านรับรองไม่น้อยกว่า 10 คน หรือเป็นผู้ที่ได้รับรองจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกคนเป็นเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 2 คน ต่ำกว่า 60 ปี จำนวน 2 คน ทุกคนประกอบกิจกรรมการรักษาที่บ้านตนเอง และมีการใช้สมุนไพรในการรักษาโรค มีหมอพื้นบ้าน 1 คนที่มีความชำนาญในการรักษาโรคหืด ส่วนอีก 3 คนเคยมีประสบการณ์ในการรักษาโรคหืด

1.4 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์หมอพื้นบ้านซึ่งได้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด 12 ราย ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 9 คนและ นักกายภาพบำบัด 1 คน ทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)(N=21)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	7	33.33
หญิง	14	66.67
2 อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี	6	28.57
15 ปี ขึ้นไป	15	71.43
3. สถานภาพ		
โสด	7	33.33
คู่	14	66.67

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย) (n=21)	ร้อยละ
4. อาชีพ		
นักเรียน นักศึกษา	7	33.33
ทำนา ทำไร่	13	61.90
ไม่ได้ทำงาน	1	4.77
5. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	18	85.71
มัธยมศึกษาและอนุปริญญา	3	14.29
6. สิทธิในการรักษา		
บัตรทอง 30 บาท	1	4.76
บัตรทองที่ได้รับการยกเว้นค่าทำเนียม	20	95.24
7. ประวัติการแพ้ยา		
ไม่มี	20	95.24
มี	1	4.76
8. การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	17	80.95
เคยสูบ ปัจจุบันเลิกแล้ว	4	19.05
9. มีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่หรือไม่		
ไม่มี	19	90.48
มี	2	9.52
10. มีสัตว์เลี้ยงในบ้านหรือไม่		
ไม่มี	12	57.14
มี	9	42.86
11. ไปรับการรักษาที่ใดบ้างนอกจากโรงพยาบาล		
ไม่เคย	16	76.19
เคย	5	23.81

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย) (n=21)	ร้อยละ
12. สิ่งกระตุ้นให้ท่านเกิดอาการหอบ		
ฝุ่น	21	100.00
ควันบุหรี่	21	100.00
อากาศเย็น	21	100.00
กลิ่นฉุน	6	28.57
สัตว์เลี้ยง	1	4.76
13. ภาวะโรคที่เป็นร่วมด้วย		
ไม่มี	17	80.95
มี ระบุ	4	19.05
ความดันโลหิตสูง	2	9.52
ภูมิแพ้ทางจมูก (allergic rhinitis)	1	4.76
เบาหวาน	1	4.76
หัวใจ	1	4.76
14. ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	6	28.57
6-10 ปี	6	28.57
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	9	42.86
15. การตรวจสมรรถภาพปอด		
ไม่เคย	5	23.81
เคย	16	76.19
16. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคหืด		
เคย	21	100.00

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย) (N=21)	ร้อยละ
17. การใช้ยาอื่นนอกจากยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล		
ไม่มีการใช้ยาอื่น	14	66.67
พืช/สัตว์/ยาสมุนไพร	4	19.05
ยาจากร้านยา	2	9.52
ยาจากคลินิก	1	4.76
18. ยาที่ใช้ในการรักษา		
Budesonide MDI	17	80.95
Salbutamol Neb.	15	71.43
Salbutamol MDI	15	71.43
Salbutamol 2 mg.	9	42.86
Theophylline 200 mg	7	33.33
Prednisolone 5 mg.	7	33.33
Berodual MDI	3	14.29
Berodual Neb.	3	14.29
Salbutamol syrup	1	4.76
19. ประวัตินอนพักรักษาที่โรงพยาบาล		
ไม่เคย	10	47.62
เคย	11	52.38
20. ประวัติการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น		
ไม่เคย	20	95.24
เคย	1	4.76

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มชาวบ้าน

ข้อมูล	จำนวนผู้ให้ข้อมูล (ราย) (N=12)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	0	0
หญิง	12	100.00
2. อายุ		
20-30 ปี	3	25.00
30 ปี ขึ้นไป	9	75.00
3. สถานภาพ		
คู่	12	100.00
โสด	0	0.00
4. อาชีพ		
ทำนา ทำไร่	11	91.67
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัท	1	8.33
5. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	11	91.67
ปริญญาตรี	1	8.33
6. สิทธิในการรักษา		
บัตรทองที่ได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียม	11	91.67
เบิกได้ (ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ)	1	8.33
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหืด		
มารดา	10	83.33
ญาติ	2	16.67

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มหมอพื้นบ้าน

ข้อมูล	จำนวนหมอพื้นบ้าน (คน) (N=4)
1. เพศ	
ชาย	4
หญิง	0
2. อายุ	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	2
มากกว่า 60 ปี	2
3. อาชีพหลัก	
ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์	3
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัท	1
4. ระดับการศึกษาสูงสุด	
ไม่ได้เรียน	1
ประถมศึกษา	2
ปริญญาตรี	1
5. ประเภทหมอพื้นบ้าน	
หมอยาสมุนไพร/ยาแผนโบราณ	3
หมอรักษากระดูกหัก	3
หมอนวด ประคบสมุนไพร	1
หมอพิธีกรรม	1
6. องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย/หมอพื้นบ้าน	
6.1 แหล่งความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย	
1. ศึกษาค้นคว้าเองจากประสบการณ์	3
2. บุคคลอื่น เช่น ครู อาจารย์	2
3. บรรพบุรุษ	2
4. ศึกษาเองจากตำรา	2
5. โรงเรียนหรือสถาบันที่เปิดสอน	0

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มหมอพั้นบ้าน (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนหมอพั้นบ้าน (คน) (N=4)
6.2 ระยะเวลาในการศึกษาหาความรู้	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	2
มากกว่า 20 ปี ขึ้นไป	2
7. ประสบการณ์ในการรักษาในฐานะของหมอพั้นบ้าน	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	2
มากกว่า 20 ปี ขึ้นไป	2
8. สถานประกอบการ	
8.1 ที่บ้าน	4
9. แหล่งวัตถุดิบสมุนไพร	
9.1 ปลูกเองในบ้าน ในสวนสมุนไพร	2
9.2 เก็บในหมู่บ้าน/ชุมชน	3
9.3 เก็บจากในป่า	3
9.4 ซื้อจากร้านขายยาสมุนไพร	2
10. ความชำนาญโรค	
เบาหวาน	2
ความดันโลหิตสูง	2
ริดสีดวง	2
ผิวดำแดง	2
อรรถพิษกัศต้อย	2
มะเร็ง	2
โรคตับ	2
ไข้หวัด	1
โรคหืด	1
อีสุกอีใส	1
วัณโรคปอด	1
ประดง	1

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

ข้อมูล	บุคลากรทางการแพทย์ (คน) (N=12)
1. เพศ	
ชาย	1
หญิง	11
2 อายุ	
20 - 30 ปี	5
31-40 ปี	6
41 ปีขึ้นไป	1
3. วิชาชีพ	
แพทย์	1
เภสัชกร	1
พยาบาล	9
นักกายภาพบำบัด	1
4. หน่วยงาน	
องค์กรแพทย์	1
ฝ่ายเภสัชกรรม	1
งานคุณภาพ	1
งานผู้ป่วยใน	4
งานผู้ป่วยนอก	1
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	2
งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ	2



2. ชื่อของโรคหืดและคนบอกว่าเป็นโรคหืด

ผู้ป่วย ชาวบ้าน และหมอพื้นบ้าน จะมีชื่อเรียกโรคหืดที่แตกต่างกันไป ส่วนใหญ่จะเรียกชื่อโรคตามคนที่บอกว่าเป็นโรคหืดครั้งแรก เช่น

1) เรียกว่า “โรคหอบ” เป็นชื่อโรคที่ผู้ป่วยและชาวบ้านที่มารักษาที่โรงพยาบาลแล้วได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย 21 ราย และชาวบ้าน 12 ราย จะสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ว่าเป็นโรคหอบหรือมีอาการหอบ

2) เรียกว่า “โรคหืด” เป็นชื่อที่บุคลากรทางการแพทย์สื่อสารในสาขาวิชาชีพ มีผู้ป่วยเพียง 3 รายที่สื่อสารกับแพทย์ว่าเป็นโรคหืดได้ โดยผู้ป่วยหนึ่งรายเป็นคนต่างจังหวัดที่มาอาศัยอยู่ในเขตอำเภอวังหิน (หญิงไทยคู่ อายุ 65 ปี) กล่าวว่า

“หืด เขาเอ็นหืด บ้านพวกฉันเอ็นหืด เป็นโรคหืดผู้เฒ่าพื้นว่า...”

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์เรียก “โรคหอบ” ในการสื่อสารกับผู้ป่วย

3) เรียกว่า “โรคหลอดลมตีบ” และ “โรคภูมิแพ้” ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง (หญิงไทยคู่ อายุ 60 ปี) กล่าวว่า

“เออ เขาเรียกหลอดลมตีบ ครั้งแรกที่เราเป็น ไปหาหมอที่ไหน อยู่ กทม. ก็ไปหาหมอ เขาบอกว่าเป็นภูมิแพ้ เราก็บอกว่าเป็นภูมิแพ้อะไร มันจะภูมิแพ้จัง”

4) เรียกว่า “จะชื้อ” ซึ่งเป็นชื่อเรียกโรคหืดในสมัยก่อน โดยผู้ป่วยที่มีอายุมาก ชาวบ้านเรียกชื่อโรคตามอาการของแมว เช่นเดียวกับหมอพื้นบ้านซึ่งส่วนใหญ่สูงอายุแล้ว เรียกว่าโรคจะชื้อ โดยหมอพื้นบ้านอายุ 60 ปี เล่าที่มาของชื่อโรคจะชื้อว่า

“จะชื้อ เอามาจากภาษาแมว เวลาแมวเป็นจะชื้อ เวลาแมวเป็นหอบจะฮืด ฮืด มันเป็นผาวลีของเณร”

มีผู้ป่วยหนึ่งรายให้ข้อมูลยืนยันว่าชื่อเรียกที่แตกต่างกันนั้นใช้เรียกโรคหืด

“นี่แหละจำความได้เขาก็เอ็นว่าจะชื้อ แต่ว่าตอนที่ครั้งแรกไปหาหมอ เขาเอกซเรย์ให้ เขาก็บอกว่าหลอดลมตีบ ภาษายบ้านเขาก็เอ็นว่าโรคหอบ”

ตารางที่ 7 ชื่อที่ใช้ในการเรียกโรคหัดและบุคคลที่บอกว่าเป็นโรคหัด

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	ชื่อที่เรียก	บุคคลที่บอกว่าเป็นโรคหัด
1. ผู้ป่วยและชาวบ้าน 2. ชาวบ้าน	โรคหัด	บุคลากรทางการแพทย์ พ่อ แม่
	โรคหอบ	บุคลากรทางการแพทย์ พ่อ แม่
	หลอดลมตีบ	แพทย์
	ภูมิแพ้	บุคลากรทางการแพทย์
	โรคชะชื้อ	พ่อ แม่ ญาติ ผู้สูงอายุในหมู่บ้าน
3. หมอพื้นบ้าน	โรคหัด โรคหอบ โรคชะชื้อ	-
4. บุคลากรทางการแพทย์	โรคหัด (สำหรับสื่อสารในสหวิชาชีพ) โรคหอบ (สำหรับสื่อสารกับ ผู้ป่วย)	-

3. สาเหตุของโรคหัด

ผู้ป่วย ชาวบ้านและหมอพื้นบ้านจะใช้ประสบการณ์ของตนเองในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหัด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์จะให้ความรู้ตามหลักวิชาการในการบอกเล่าถึงสาเหตุของโรคหัด ซึ่งมีการเชื่อมโยงกับคำถามที่สอบถามผู้ป่วยเมื่อมารักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยและชาวบ้านเชื่อว่าโรคหัดที่เป็นในเด็กจะสามารถหายได้เองไม่ใช่โรคเรื้อรัง หากโตขึ้นแล้วยังมีอาการหัดกำเริบอีก โรคจะพัฒนาเป็นโรคหัดเรื้อรังตลอดชีวิต ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ก็อธิบายในแนวทางเดียวกัน เนื่องจากอาการหอบในเด็กเกิดจากหลายสาเหตุ อาจเกิดจากโรคหัดหรือโรคอื่นที่มีลักษณะคล้ายโรคหัดหรือมีผลต่อระบบการหายใจของเด็ก ซึ่งผู้ป่วยและชาวบ้านเรียกลักษณะโรคที่มีอาการหอบเหนือกว่า “โรคหอบ”

สาเหตุที่ทำให้เป็นโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วย ชาวบ้านและหมอพื้นบ้าน มีดังนี้

1) กรรมพันธุ์

กรรมพันธุ์เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เป็นโรคหืดได้ในมุมมองของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีญาติพี่น้องที่เป็นโรคหืดมาก่อน ร่วมกับการได้รับการสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเกี่ยวกับประวัติครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่ากรรมพันธุ์ เป็นสาเหตุของโรคหืด ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง (หญิงไทยคู่ อายุ 49 ปี) กล่าวว่า

“คิดว่าเป็นตามกรรมพันธุ์ เขาบอกว่าโรคหืดเป็นตามกรรมพันธุ์ ตามแนวคายายเป็น แม่ก็เป็น”

แต่ก็มีผู้ป่วยบางคนที่ไม่แน่ใจว่ากรรมพันธุ์เป็นสาเหตุของโรคหืดหรือไม่ เนื่องจากไม่มีประวัติว่าในครอบครัวเป็นโรคหืด แม้ว่ามีความเชื่อว่าเป็นโรคหืดแต่ผู้ป่วย บางคนก็ไม่เชื่อเพราะว่าหากเกี่ยวกับกรรมพันธุ์แล้วจะต้องเป็นโรคหืดตั้งแต่เกิด ดังตัวอย่าง ผู้ป่วยรายหนึ่ง (หญิงไทยคู่ อายุ 27 ปี) กล่าวว่า

“ เอ้อ มีเคื่องกรรมพันธุ์เพิ่นนี้ อ้ายของพ่อเป็นหอบ แต่ว่าถ้าเป็นนำกรรมพันธุ์เพิ่นต้องหอบตั้งแต่บ่มี มันต้องหอบตั้งแต่สามสี่เดือนละคุณหมอ แต่เนี่ยเขามาหอบตอนได้ปีกว่า”

2) ะบบร่างกายของผู้ป่วย

2.1) ร่างกายไม่สมบูรณ์การทำงานของอวัยวะบกพร่อง

ผู้ป่วยและชาวบ้านบางคน เชื่อว่าระบบร่างกายของผู้ป่วยเป็นสาเหตุของการเป็นโรคหืด โดยคนที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์จะไม่เป็นโรคหืด คนที่ร่างกายอ่อนแอ รับประทานอาหารไม่เพียงพอจะมีแนวโน้มเป็นโรคหืดได้ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง (ชายไทยคู่ อายุ 56 ปี) กล่าวว่า

“มันบ่คือกัน คนที่เป็นกับคนที่บ่เป็นต่างกัน เขาแข็งแรง ร่างกายเขาสมบูรณ์ดี ในตัวในตนเขาสิบมีโรคอันนี้ เขาที่เป็นจะบ่มีสาเหตุอันอื่นมา”

“เป็นกับตัวของเราเอง เลือดลมของเรา และอวัยวะในนี้ด้วย[ชี้ที่หน้าอก] แล้วลงมาข้างล่างด้วย มันจะเกี่ยวกับอวัยวะของเรา มีอาหารไปหล่อเลี้ยงเขาไม่เพียงพอ” (หญิงไทยคู่ อายุ 60 ปี)

สำหรับหมอพื้นบ้านเชื่อว่าโรคหืดเกิดจากการทำงาน ของปอดบกพร่องแล้วมีการเชื่อมโยงกับอวัยวะอื่น มีผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายน้อยลง เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการแพ้สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ดังตัวอย่างหมอพื้นบ้านคนหนึ่งกล่าวว่า

“ผมว่าสาเหตุของโรคหืดคือระบบร่างกายของเขเอง ไม่ได้เกี่ยวกับสาเหตุอื่นเลย คือร่างกายทำงานบกพร่องเกี่ยวกับเรื่องปอด มันบกพร่องของตัวเองมันเอง เมื่อปอดบกพร่องแล้ว มันก็จะทำให้ภูมิคุ้มกันในเม็ดโลหิตขาวจะต่ำเลย ซึ่งอาการที่สังเกตได้ คือ มีปัญหาเรื่องโรคหืด โรคคัน ตามร่างกาย นี่เรารู้แล้วว่า ภูมิคุ้มกันเขาไม่ดี”

2.2) การเสื่อมสภาพของร่างกายตามอายุ

มีผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ที่เชื่อว่าการเสื่อมสภาพของร่างกายเป็นสาเหตุของโรคหืด โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะให้ข้อมูลว่าในตอนเด็กพ่อแม่หรือตนเองเคยเป็นโรคหืดมาก่อนแล้วหายไปในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายแข็งแรง มีการออกกำลังกาย เมื่ออายุมากขึ้นอาการหอบหืดกลับมากำเริบอีกครั้ง ทำให้ต้องมารักษาตัวที่โรงพยาบาลอีก สำหรับชาวบ้านเองยังไม่พบใครให้ข้อมูลว่าการเสื่อมสภาพของร่างกายเป็นสาเหตุของโรคหืด เนื่องจากส่วนใหญ่ ลูกที่เป็นหืดจะอยู่ในวัยเด็ก

หมอพื้นบ้าน 3 คน เชื่อว่าถ้าอายุมากขึ้นระบบการทำงาน อวัยวะของร่างกายมีการเสื่อมสภาพมากขึ้น ทำให้โอกาสในการเป็นโรคหืดสูงขึ้น โดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์หรือมุมมองในการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านซึ่งเชื่อว่าโอกาสการรักษาหายในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่จะน้อยกว่าเด็ก

3) เป็นโรครูมิแพ้หรือแพ้สารก่อภูมิแพ้

ผู้ป่วยและชาวบ้านที่มีลูกเป็นภูมิแพ้ เช่น เป็นผื่นคัน เป็นหวัดบ่อย มีน้ำมูกไหล เชื่อว่าโรครูมิแพ้เป็นสาเหตุของโรคหืดได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเรียกโรคหืดว่า “โรครูมิแพ้” ชาวบ้านบางรายจะมีความกังวลกับภาวะโรครูมิแพ้ที่เป็นมากกว่าโรคหืด ซึ่งความกังวลนี้ มักจะสัมพันธ์กับยาที่ผู้ป่วยต้องการเวลามารักษาที่โรงพยาบาล ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง (หญิงไทยคู่ อายุ 40 ปี) กล่าวไว้

“กะปู้คือกันว่าเป็นเพราะอิหยัง แต่ก่อนกะบ่เป็นดอก แต่คิดว่าแพ้ฝุ่นเพราะอยู่ใกล้โรงสีข้าว แต่ก่อนเป็นคนเฝ้าโรงสี ทำงานมา 3-4 ปี ก็รู้สึกแน่นหน้าอก คิดว่า ต้องหอบแน่ ๆ ก็จนไปไม่ไหว ก็คิดว่าแมนแน่ ๆ กะมาหาหมอ กะแมนอิหลี...”

ในมุมมองของหมอพื้นบ้าน พบว่าความเชื่อหรือมุมมองเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหืดมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันตั้งแต่กรรมพันธุ์ อวัยวะทำงานบกพร่อง ต่อเนื่องถึงการเป็นโรครูมิแพ้ โดยหมอพื้นบ้านอธิบายว่าทุกสาเหตุมีความเกี่ยวเนื่องกัน ดังนั้นการรักษาโรคหืดต้องรักษาเป็นองค์รวมไม่สามารถแยกส่วนได้

4) การประกอบอาชีพได้รับสารเคมี สารพิษ

มีผู้ป่วยและชาวบ้านบางคน ที่เชื่อว่าการได้รับสารเคมีหรือสารพิษนั้นเป็นสาเหตุของโรคหืด โดยเชื่อว่าการสัมผัสสารเคมีหรือสารพิษ เช่น การใส่ปุ๋ยเคมี การฉีดยากำจัดแมลงศัตรูพืชหรือหญ้าในการทำไร่ทำนา รวมทั้งการดื่มน้ำฝนที่ปนเปื้อนสารเคมี เป็นสาเหตุของโรคหืดได้ แต่มีผู้ป่วย 2 รายที่ไม่เชื่อว่าสารเคมีหรือสารพิษเป็นสาเหตุของโรคหืด เนื่องจากตนเองป่วยเป็นโรคหืดหรือมีผู้ป่วยโรคหืดก่อนที่จะมีการใช้สารเคมีแล้ว ตามคำบอกเล่าที่ว่า

“บ่ ผมคิดว่าจะบ่เกี่ยวกับ เพราะตอนสิเป็นยังบ่ได้ใช้สารเคมีเลย สารเคมีมาทีหลัง แต่โรคนี้สิมาก่อน”

หมอพื้นบ้านทุกคนเชื่อว่าคนในวัยทำงานมีพฤติกรรมหักโหมเร่งทำงาน โดยเฉพาะเกษตรกรจะมีโอกาสสัมผัสกับสารเคมีสูง ทำให้อาการของโรคหืดในผู้ป่วยวัยทำงานมีอาการรุนแรง กำเริบได้ง่ายและรักษายากกว่าผู้ป่วยในช่วงอายุอื่น

5) พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตน

5.1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

มีผู้ป่วย 1 ราย ชาวบ้าน 1 ราย เชื่อว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดี ไม่รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เลือกรับประทานแต่สิ่งที่ชอบ เป็นสาเหตุของโรคหืด ชาวบ้านที่มีลูกหลายคนจะมีการสังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหารของลูก ๆ พบว่าลูกที่ป่วยเป็นโรคหืดนั้นมักจะเลือกรับประทานอาหาร ไม่สามารถรับประทานอาหารพื้นบ้านได้ ต้องทำอาหารให้เป็นพิเศษ

หมอพื้นบ้านทุกคนเชื่อว่าอาหารที่รับประทานเข้าไปมีความเกี่ยวข้องกับ การสร้างภูมิคุ้มกันหรือภูมิต้านทานของร่างกาย ดังนั้นหากมีพฤติกรรมการเลือกรับประทานหรือ การไม่รับประทานอาหารบางชนิดจะทำให้ร่างกายไม่สามารถพัฒนาระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวของหมอพื้นบ้านที่ว่า

“ตามความคิดของผม เเท่าที่ผมนู๋ทั่ว ๆ ไปของเขา ดูตามพฤติกรรมของเขาแล้ว โรคหืดมันเกิดกับเรื่องที่เขาดูแลตนเองให้สะอาดจนเกินไป เกี่ยวกับเรื่องสะอาดเกินไปอย่างไร เวลาจะกินจะใช้อะไรต่าง ๆ ถ้าไม่ตรวจสอบว่าสะอาดจริง ๆ ก็จะไม่กินไม่ใช่เลย จากนั้นร่างกาย ก็ไม่ได้พัฒนาภูมิคุ้มกัน”

5.2) พฤติกรรมการนอน

การนอนเปิดพัดลม นอนในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศการนอนไม่ห่มผ้า หรือการนอนไม่ใส่เสื้อผ้า เป็นพฤติกรรมกรนอนที่ชาวบ้านและผู้ป่วยส่วนหนึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคหืด โดยเฉพาะโรคหืดในเด็ก คนเหล่านี้เชื่อว่าการที่ในปัจจุบันนี้เด็กเป็นโรคหืดมากขึ้นกว่าเดิม เพราะว่ามีพัดลมและเครื่องปรับอากาศ รวมทั้งการที่พ่อแม่ไม่ใส่ใจดูเวลานอน เวลาร้อนก็มักจะเปิดพัดลมให้ลูก

หมอพื้นบ้านทุกคนเชื่อว่านอนเปิดพัดลมหรือเปิดเครื่องปรับอากาศ จะทำให้การขยายตัวของปอดไม่เต็มที่ ทำให้การทำงานของปอดบกพร่อง โดยเฉพาะในเด็กจะเป็นสาเหตุหลักรองจากกรรมพันธุ์ มีประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับมุมมองของหมอพื้นบ้านเกี่ยวกับการนอนในห้องปรับอากาศหรือการเปิดพัดลมนอนแล้วมีแนวโน้มเป็นโรคหืดได้ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“เปิดแอร์เหมือนกัน ทำให้ปอดหายใจไม่เต็มอิม เพราะว่าถ้าหายใจเข้าไปมาก (หายใจยาว) ความเย็นก็เข้าไปมาก ก็จะทำให้หายใจสั้น ๆ (จ้อ ๆ หน้อย ๆ) ไซ้ไหมครบหายใจ ๆ เพราะว่าความเย็นเข้าไปมากแล้วร่างกายเกิดการปรับตัว จากนั้นเม็ดเลือดก็ไปพอกกับออกซิเจน ถ้าเป็นเด็กออกซิเจนไปเลี้ยงสมองไม่พอ ทำให้ไซ้ขึ้นหัว เขาเรียกว่าไซ้ขึ้น ขางขึ้น โบราณเรียกว่าขางขึ้น เป็นจุด เป็นวง เป็นคันขาว ลื่นแข็ง นี่ก็จุดเริ่มต้นที่จะเป็นหอบหืดครับ”

6) มีการอักเสบของหลอดลม

มีชาวบ้านเพียง 1 รายเท่านั้นที่เชื่อว่าคนที่เป็นโรคหืดนั้นมีอาการอักเสบของหลอดลม ดังนั้นเมื่อลูกมีอาการหอบกำเริบจึงให้พ่นยารักษาอาการอักเสบ (Budesonide MDI) แต่ชาวบ้านเองก็ไม่เชื่อว่าการอักเสบของหลอดลมเป็นสาเหตุหลักของโรคหืด เนื่องจากครั้งแรกที่พาลูกไปโรงพยาบาลมีความเชื่อว่าลูกเป็นภูมิแพ้ เมื่อได้ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับยารักษาโรคจึงมีมุมมองเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหืดเปลี่ยนไป สำหรับผู้ป่วยทั้ง 21 ราย ไม่ได้กล่าวถึงการอักเสบของหลอดลมว่าเป็นสาเหตุของโรคหืด หมอพื้นบ้านไม่ได้กล่าวถึงการอักเสบของหลอดลมหรือของอวัยวะอื่น ๆ ว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคหืด

7) การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และการคลอด

7.1) การรับประทานอาหารที่ไม่ถูก (ของแสลง) ขณะตั้งครรภ์

หมอพื้นบ้านทุกรายเชื่อว่าการที่หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารต่าง ๆ โดยไม่ได้เลือก เนื่องจากขณะตั้งครรภ์นั้นความต้องการหรือความอยากอาหารของแต่ละคนแตกต่างกันไป หากหญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่ไม่ถูกกับภูมิต้านทานของเด็กในครรภ์หรือ

ภาษาพื้นบ้านเรียกว่า “อาหารแสลง” นั้น จะส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของลูกอ่อนแอลงด้วย ซึ่งหมอพื้นบ้านจะเรียกลักษณะดังกล่าวว่า “ผิดกระบวน” สำหรับประเด็นนี้ในมุมมองของผู้ป่วยและชาวบ้านไม่ได้กล่าวถึง มีเพียงชาวบ้าน 1 รายที่กล่าวถึงการรับประทานอาหารเสริม ที่ไม่เพียงพอขณะตั้งครรภ์ แต่ก็ไม่แน่ใจว่ามีความเกี่ยวข้องกับการที่มีลูกเป็นหอบหืดหรือไม่

7.2) หญิงตั้งครรภ์เป็นหวัด พักผ่อนไม่เพียงพอหรืออ่อนเพลีย

ชาวบ้าน 3 ราย ที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์มีผลต่อการเป็นโรคหืดของลูก โดยชาวบ้าน 2 ราย ซึ่งมีลูกมากกว่า 1 คน ให้ข้อมูลว่าตอนตั้งครรภ์ลูกคนที่ เป็นโรคหืดนั้นมีการเจ็บป่วย อ่อนเพลีย หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่วนการตั้งครรภ์ลูกคนอื่นไม่มีอาการดังกล่าว และลูกคนอื่นไม่ป่วยเป็นโรคหืด ดังตัวอย่างชาวบ้านคนหนึ่ง (หญิงไทย อายุ 27 ปี) เล่าว่า

“ มันสิเป็นไปได๋บ่คุณหมอ ตอนท้องนี้แม่สิเป็นหวัดบ่อย มันสิมีผลกระทบต่อลูกในครรภ์เฮาบ่ บ่ได้ป่วยเป็นแต่หวัด มันสิเป็นภาวะแทรกซ้อนบ่ เพราะว่ามีหมออนามัยเห็นว่าภาวะครรภ์แทรกซ้อน เพิ่นลงให้ เป็นหวัด แต่กะบ่ถึงกับไข้”

7.3) มีปัญหาตอนคลอด

มีผู้ป่วย 2 ราย และชาวบ้าน 2 ราย ที่เชื่อว่าตอนคลอดหากมีปัญหาหรือลูกที่คลอดออกมาไม่ปกติมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคหืดได้ ทั้งปัญหาการคลอดยาก เด็กสำลัก น้ำคร่ำ ปัญหาทารกพันคอเด็ก หรือเด็กที่คลอดออกมาแล้วปอดทำงานไม่เต็มที่ต้องเข้าตู้อบ ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่พ่อแม่เล่าให้ฟังหรือจากประสบการณ์ของชาวบ้านเองที่เป็นแม่ให้ข้อมูลว่าเด็กที่มีปัญหาตอนคลอด จะเสี่ยงยาก ดังตัวอย่างผู้ป่วยคนหนึ่ง (หญิงไทย อายุ 65 ปี) เล่าว่า

“ เพิ่นบอกว่ตอนออกมามากว่าหน้า [ตอนคลอดเด็กคว่หน้า] เพิ่นบอกว่ตอนออกมันต้องหงายหน้า แต่เนี้ยมันคว่หน้าแล้วรกกะพันคอ กะเป็นสาเหตุให้เป็น โรคหืด เลี้ยงกะเสี่ยงยาก”

7.4) ลูกไม่ได้กินนมแม่หรือกินนมแม่น้อย

มีชาวบ้าน 3 ราย และหมอพื้นบ้าน 1 ราย ที่กล่าวถึงการที่ลูกไม่ได้กินนมแม่หรือกินนมแม่น้อย แล้วอาจเกี่ยวกับการเป็นโรคหืดได้ โดยทุกคนให้ความเห็นว่า การที่ลูกไม่ได้กินนมแม่นั้นทำให้การสร้างภูมิคุ้มกันของลูกน้อย มีผลทำให้เกิดโรครุมิแพ้ได้ง่ายกว่าคนอื่น สำหรับสาเหตุของการที่ลูกไม่ได้กินนมแม่หรือกินนมแม่น้อยเกิดจากการที่แม่มีน้ำนมน้อยหรือหัวนมบอด

สาเหตุของโรคหืดในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์จะใช้ข้อมูลที่อ้างอิงตามหลักวิชาการในการอธิบายถึงสาเหตุของโรคหืดว่าโรคหืดเป็นอาการอักเสบของหลอดลม โดยผู้ป่วยโรคหืดที่มีกรรมพันธุ์เป็น

โรคหัดมีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคหัดได้ ดังนั้นในการซักประวัติผู้ป่วยจึงมีการสอบถามเกี่ยวกับประวัติการเป็นโรคหัดของบุคคลในครอบครัวหรือเครือญาติ

ตารางที่ 8 สาเหตุของโรคหัดในมุมมองของผู้ป่วย ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์

สาเหตุของการเกิดโรคหัด	มุมมองของ			
	ผู้ป่วย	ชาวบ้าน	หมอพื้นบ้าน	บุคลากรทางการแพทย์
1. กรรมพันธุ์	✓	✓	✓	✓
2. ระบบร่างกายของผู้ป่วย				
2.1 ร่างกายไม่สมบูรณ์การทำงานของอวัยวะ	✓	✓	✓	
2.2 การเสื่อมสภาพของร่างกายตามอายุ	✓	✓	✓	
3. เป็นโรคภูมิแพ้หรือแพ้สารก่อภูมิแพ้	✓	✓	✓	✓
4. การประกอบอาชีพได้รับสารเคมีสารพิษ	✓	✓	✓	
5. พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตน	✓	✓	✓	
5.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	✓	✓	✓	
5.2 พฤติกรรมการนอน	✓	✓	✓	
6. มีการอักเสบของหลอดลม		✓		✓
7. การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และการคลอด			✓	
7.1 การรับประทานอาหารที่ไม่ถูก (ของแสดง) ขณะตั้งครรภ์				
7.2 หญิงตั้งครรภ์เป็นหวัด พักผ่อนไม่เพียงพอหรืออ่อนเพลีย		✓		

ตารางที่ 8 สาเหตุของโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วย ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านและบุคลากร
ทางการแพทย์ (ต่อ)

สาเหตุของการเกิดโรคหืด	มุมมองของ			
	ผู้ป่วย	ชาวบ้าน	หมอพื้นบ้าน	บุคลากรทาง การแพทย์
7.3 มีปัญหาตอนคลอด	✓	✓		✓
7.4 ลูกไม่ได้กินนมแม่หรือ กินนมแม่น้อย		✓	✓	

4. ช่วงอายุกับการเป็นโรคหืด

ผู้ป่วย ชาวบ้านและหมอพื้นบ้านมีมุมมองเกี่ยวกับช่วงอายุกับการเป็นโรคหืดที่น่าสนใจ เนื่องจากมีการเชื่อมโยงสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นให้อาการหอบกำเริบกับช่วงอายุของผู้ป่วย ความเชื่อหรือมุมมองเหล่านี้มีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาหรือความร่วมมือในการรักษาของโรคผู้ป่วย

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับการเป็นโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วย ชาวบ้าน
และหมอพื้นบ้าน

ช่วงอายุของการเป็นโรคหืด	สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เป็นโรคหืด
1. แรกเกิด – 10 ปี	เกิดจากกรรมพันธุ์ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการนอน
2. อายุ 11 – 25 ปี	ไม่ค่อยป่วยด้วยโรคหืด เพราะร่างกายแข็งแรง
3. อายุ 26 – 60 ปี	ทำงานหนัก สัมผัสกับสารเคมีหรือสารพิษ
4. อายุ 61 ปี ขึ้นไป	การเสื่อมสภาพของร่างกาย

4.1 ช่วงอายุแรกเกิด – อายุ 10 ปี

ในมุมมองของผู้ป่วย ชาวบ้านและหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ เชื่อว่าเด็กที่ป่วยเป็นโรคหืด ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ที่ต่อเนื่องมาจากพ่อแม่หรือเครือญาติ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะเป็นตั้งแต่แรกเกิดหรือตั้งแต่เล็ก ตัวผู้ป่วยเอง ชาวบ้านและหมอพื้นบ้านเชื่อว่าหากเด็กมีอายุเลยช่วงอายุนี้แล้วจะหายจากโรคหืด

4.2 อายุ 11 – 25 ปี

ช่วงอายุนี้เป็นวัยของคนที่มีร่างกายแข็งแรง เนื่องจากมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผู้ป่วย ชาวบ้านและหมอพื้นบ้านเชื่อว่าคนในวัยนี้ไม่ค่อยเจ็บป่วยด้วยโรคหืด นอกจากผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยต่อเนื่องมาจากวัยเด็ก หากมีผู้ป่วยโรคหืดที่เจ็บป่วยต่อเนื่องตั้งแต่เด็กจนมีอายุในช่วงนี้แล้วยังไม่หาย โรคหืดจะกลายเป็นโรคประจำตัวของผู้ป่วยตลอดชีวิต

4.3 อายุ 26 – 60 ปี

คนในวัยนี้ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน ซึ่งมีพฤติกรรมการทำงานหนัก เร่งรีบ ไม่ได้พักผ่อน มีการสัมผัสกับสารเคมีหรือสารพิษอยู่เป็นประจำโดยเฉพาะเกษตรกร ดังนั้นผู้ป่วย ชาวบ้านและหมอพื้นบ้านเชื่อว่าคนในวัยนี้จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคหืดหรืออาการหืดกำเริบได้ง่าย อาการที่เป็นจะรุนแรงมากกว่าคนในวัยอื่น หมอพื้นบ้านให้ความเห็นว่าผู้ป่วยโรคหืดในช่วงอายุนี้จะรักษายากกว่าในช่วงอายุอื่น สำหรับผู้ป่วยที่เคยป่วยในวัยเด็กแล้วหายหรือไม่มีอาการกำเริบในช่วงวัยรุ่น อาการหอบหืดจะกำเริบได้อีกในช่วงอายุนี้ เนื่องจากสภาพร่างกายที่อ่อนเพลียจากการหักโหมงานหนัก มีโอกาสเสียชีวิตจากอาการหืดกำเริบได้สูงกว่าคนวัยอื่น

4.4 อายุ 61 ปี ขึ้นไป

ผู้ป่วยโรคหืดในช่วงอายุนี้มักเกิดจากการเสื่อมสภาพของร่างกายจากประสบการณ์การรักษาของหมอพื้นบ้านเชื่อว่าอาการกำเริบของโรคหืดของผู้ป่วยวัยนี้มักไม่รุนแรงเท่าคนวัยทำงาน เนื่องจากไม่มีสิ่งกระตุ้นมากนัก ในมุมมองของหมอพื้นบ้านเชื่อโรคหืด มีการรักษาสภาพผู้ป่วยโรคหืดจะไม่ดีขึ้นแต่ก็ไม่รุนแรง ผู้ป่วยจะสามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคหืดได้จนเสียชีวิต

5. ปัจจัยที่มีผลกระตุ้นให้อาการหืดกำเริบ

5.1 สารก่อภูมิแพ้

บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนเชื่อว่าสารก่อภูมิแพ้สามารถกระตุ้นให้อาการหืดกำเริบได้ โดยสารก่อภูมิแพ้จะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตัวบุคคล ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงใช้เป็นข้อมูลในการซักประวัติผู้ป่วยโรคหืดทุกราย โดยกำหนดในแบบฟอร์มการซักประวัติ รวมทั้งการให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้

มีเพียงผู้ป่วย 1 ราย และชาวบ้าน 3 รายที่มีความเห็นว่าสารก่อภูมิแพ้ประเภทเกสรดอกไม้หรือสัตว์เลี้ยงสามารถกระตุ้นให้อาการหอบกำเริบได้ ดังตัวอย่างของผู้ป่วยรายหนึ่ง (เด็กไทย อายุ 10 ปี) เล่าว่า

“สัตว์ที่มีขนผมอยู่ใกล้ไม่ได้รับมันจะหอบครับ ยายบอก ตอนเช้าผมอยู่ใกล้หมา เวลาขนเข้าจมูกผมก็หอบครับ”

จากประสบการณ์หรือผู้ป่วยและชาวบ้านเองที่คลุกคลีอยู่กับสัตว์เลี้ยงของตนเอง แต่ไม่มีอาการกำเริบของโรคหอบหืด ทำให้ผู้ป่วยและชาวบ้านส่วนใหญ่แน่ใจว่าสารก่อภูมิแพ้ประเภทขนสัตว์เลี้ยง เกสรดอกไม้ กระตุ้นอาการหอบหืดของตน อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยและชาวบ้านได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมารักษาที่โรงพยาบาลแล้วจะมีแนวคิดหรือมุมมองที่เปลี่ยนไป แม้ว่าเคยมีอาการหอบกำเริบแต่ก็แสดงความกังวลและพยายามหลีกเลี่ยงการเลี้ยงสัตว์บางชนิด โดยเฉพาะสัตว์มีขน เช่น สุนัขและแมว ดังตัวอย่างชาวบ้านคนหนึ่ง (หญิงไทย อายุ 27 ปี) เล่าว่า

“ไม่เลี้ยง เพราะลูกเกิดมารู้ว่าเป็นหอบ ก็ไม่เคยคิดจะเลี้ยง แต่เวลาอยู่บ้านลูกก็จะวิ่งไปโน่นมานี่ มีหมาอยู่บ้านน้ำ บ้านย่ามีแมว แต่ลูกจะไม่ไปเล่นด้วย ลูกก็จะไม่ค่อยรู้สักชอบหมาแมวเท่าไร เพราะเคยบอกลูกไม่ให้เข้าใกล้ ลูกก็จะไม่เล่นด้วยแต่ไหนแต่ไรแล้ว ถ้าไปแมวก็อยู่ส่วนแมว ลูกก็อยู่ส่วนลูก แต่ก็ไม่ทราบว่าขนแมวจะมีผลยังงัยบ้าง ก็ตอบไม่ได้เหมือนกัน”

ส่วนหมอพื้นบ้านไม่ได้ให้ข้อมูลในประเด็นนี้ เพียงแต่แสดงความคิดเห็นว่าอาการของผู้ป่วยโรคหืดมีลักษณะคล้ายแมวเป็นจะขี้ (เวลาแมวเป็นหอบจะหายใจมีเสียงฮืด ฮืด)

5.2 สารระคายเคือง

สารระคายเคืองเป็นปัจจัยหลักที่ผู้ป่วยและชาวบ้านเชื่อว่าสามารถกระตุ้นให้โรคหืดกำเริบได้ สารระคายเคืองมีหลายชนิด ซึ่งผู้ป่วยและชาวบ้านมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของตนเอง

ตัวอย่างสารระคายเคืองที่กระตุ้นให้อาการหืดกำเริบ ได้แก่

1) ฝุ่น

ผู้ป่วยและชาวบ้านทุกคนเชื่อว่าฝุ่นสามารถกระตุ้นให้อาการหืดกำเริบได้ โดยอาศัยประสบการณ์ของตนเอง นอกจากผู้ป่วยเชื่อว่าฝุ่นสามารถกระตุ้นให้อาการหอบกำเริบแล้วยังเชื่อว่าฝุ่นเป็นสาเหตุของโรคหืดด้วย เนื่องจากผู้ป่วยบางคนเริ่มมีอาการของโรคหืดหลังจากทำงานกับฝุ่น โดยครั้งแรกที่ผู้ป่วยตัดสินใจมารักษาที่โรงพยาบาลเพราะคิดว่าตนเองเป็นโรคภูมิแพ้

ซึ่งตรงกันกับมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ จากการซักประวัติผู้ป่วยโรคหืดพบว่าส่วนใหญ่จะให้ประวัติการสัมผัสกับฝุ่นแล้วมีอาการหืดกำเริบ

ส่วนหมอพั้นบ้านมีมุมมองที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น เนื่องจาก หมอพั้นบ้านเชื่อว่าคนที่มึนร่างกายแข็งแรงหรือมีภูมิคุ้มกันที่ดีแล้ว แม้ว่าสัมผัสกับฝุ่นก็ไม่ทำให้เกิดอาการหืดกำเริบได้ ดังตัวอย่างหมอพั้นบ้านคนหนึ่ง (ชายไทยคู่ อายุ 60 ปี) กล่าวว่า

“ที่บอกว่าฝุ่นละเอียดทำให้เป็นหืดหอบ เวลาไปเล่นกับแมวเป็นหอบ ขนหมาน้อยจะทำให้เป็นหอบ สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยน้อย ฝุ่น ละออง เป็นปัจจัยน้อย มีผลต่อโรคนี้น้อยมาก แทบจะไม่มีผลเลย ปัจจัยตัวนี้ น่าจะแค่ 1 ใน 100”

2) กวันบุหรื/กวันไฟ

ที่ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่ ชาวบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ ทุกคนเชื่อว่า กวันบุหรืสามารถกระตุ้นให้อาการหืดกำเริบได้ บางคนเห็นว่าเป็นสิ่งที่อันตรายหรือร้ายแรงที่สุดในการกระตุ้นให้อาการหืดกำเริบ ผู้ปกครองบางคนสอนให้ลูกรู้จักและจำกลิ่นบุหรืเพื่อหลีกเลี่ยงหรือเตือนผู้ที่สูบบุหรืไม่ให้เข้าใกล้ คำบอกเล่าที่ว่า

“ไม่ค๊ะ ไม่ให้ใกล้ ไม่เคยสูบให้เห็น พ่อจะรู้ จะห่างตั้งแต่ลูกเกิดแล้ว ไปทำงานก็จะสูบประมาณ 1 มวน จะสูบนอกบ้าน หนูสอนให้ลูกดมกลิ่น ถ้าพ่อสูบยามายังไม่ทันเข้าบ้านลูกก็จะได้กลิ่นเลย ลูกก็จะถามพ่อว่าพ่อสูบยามาใช่ไหม”

การหลีกเลี่ยงจากกวันบุหรืเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายสำหรับผู้ใหญ่ เนื่องจากสามารถเดินหนีหรือพูดคุยกับผู้สูบบุหรืได้ แต่สำหรับผู้ป่วยที่เป็นเด็กยังคงเป็นปัญหา เนื่องจากผู้สูบบุหรืบางคนไม่ได้ตระหนักว่าการสูบบุหรืหรือกวันบุหรืที่ตนเองสูบนั้นจะเป็นปัญหาสำหรับคนอื่น มีผู้ปกครองผู้ป่วยคนหนึ่งเล่าให้ฟังถึงปัญหานี้ว่า

“เทื่อนี่หนูไปกรุงเทพ เอาลูกไว้กับยาย พ่อใหญ่เพิ่มสูบบุหรืใส่ค๊ะ กะเลยเป็นหอบ ถ้าถึงละกะสิไอเลยค๊ะ”

นอกจากกวันบุหรืแล้ว จากประสบการณ์ของผู้ป่วยและชาวบ้าน พบว่า กวันไฟ กวันจากการเผาขยะ กวันจากท่อไอเสียดังยังเป็นสิ่งกระตุ้นอาการหอบหืดได้

3) สารเคมี สารพิษ

หมอพั้นบ้านทุกคนเชื่อว่าสารเคมีหรือสารพิษจากการประกอบอาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้อาการหืดกำเริบ ทุกคนให้ความเห็นว่าการที่คนในวัยทำงาน มีอาการหืดกำเริบบ่อยเนื่องจากการสัมผัสกับสารเคมีบ่อยกว่าคนวัยอื่น เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการกำเริบรุนแรงจนต้องโทรศัพท์เรียกรถพยาบาลมารับเชื่อว่าสิ่งที่ร้ายแรงที่สุดที่ต้องหลีกเลี่ยง

คือสารเคมีที่ชาวไร่ชาวนาฉีดกำจัดวัชพืชหรือแมลง ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับชนิดหรือประเภทของสารเคมีที่สามารถกระตุ้นอาการกำเริบของโรคหืดได้

5.3 พฤติกรรม

1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

อาหารแช่เย็น เช่น น้ำแข็ง ไอศกรีม น้ำเย็น เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคหืดชาวบ้านและหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ เชื่อว่าสามารถกระตุ้นให้อาการหอบหืดกำเริบได้ นอกจากนี้ยังมีอาหารประเภทอื่นที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าสามารถกระตุ้นอาการหอบหืดได้ เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม อาหารมัน อาหารหมักดอง เป็นต้น มีผู้ป่วย 2 รายที่เชื่อว่าการรับประทานแตงโมสามารถกระตุ้นอาการหอบหืดได้ แม้ว่าจะรับประทานเพียงเล็กน้อยก็ตาม ผู้ป่วยหลายคนโดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กจะมีการรับประทานอาหารเหล่านี้ ซึ่งภายหลังพบว่ามีอาการกำเริบจนบางครั้งต้องเข้ารักษาที่โรงพยาบาล แม้กระทั่งผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ก็มีการทดลองรับประทานอาหารเช่นเดียวกัน ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง (หญิงไทยคู่ อายุ 40 ปี) เล่าว่า

“ก็หลีกเลี่ยงของในตู้เย็นทุกชนิด คือบ่กินเลย ถ้ากินกะติเห็นผลทันตาเลย เคยลองเบิ่งเพราะคิดว่าจะของเขาได้ 3 ปีแล้วที่มารักษา หาย 100 % แล้ว กะเลยลองซื้อสเปย์ใส่น้ำแข็งมากิน กินแล้วลงเลย ได้เรื่องเลย”

บุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่าการรับประทานอาหารแช่เย็นหรือน้ำเย็นอาจกระตุ้นอาการหอบหืดได้ ดังนั้นจึงแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่นซึ่งนอกจากเป็นการหลีกเลี่ยงการกำเริบของโรคหืดแล้วยังเป็นการช่วยละลายเสมหะบรรเทาอาการไอด้วย

2) พฤติกรรมการนอน

การนอนในห้องที่เปิดพัดลม เปิดเครื่องปรับอากาศหรือนอนไม่ห่มผ้า เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้อาการหืดกำเริบโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก หมอพื้นบ้านทุกคนเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยเด็กมีอาการกำเริบบ่อยเพราะพ่อแม่ไม่ห่มผ้าให้ลูก ดังตัวอย่างผู้ป่วยคนหนึ่ง (หญิงไทยคู่ อายุ 40 ปี) เล่าว่า

“เห็นใครเป็นก็เห็นเขาเปิดพัดลม เวลาเดินรอบหมู่บ้าน เห็นเขาเปิดก็บอกว่า “อย่าเตื่อ” อีกไม่นานเขาก็ได้พามาหาหมอ สาเหตุคิดว่าเป็นพัดลม บอกว่าอย่าตั้งตรง ๆ ให้เอียงให้ เขาก็ไม่เชื่อ เขากลับลูกร้อน”

3) พฤติกรรมการทำงานหนักของผู้ใหญ่และการชุกชุมของเด็ก

หมอพื้นบ้านทุกคนและผู้ป่วยโรคหืดเชื่อว่าการทำงานหนักไม่ได้พักผ่อน ทำให้ปอดไม่ได้พัก (ปอดทำงานหนัก) ผู้ป่วยทุกรายมีประสบการณ์หอบหืดกำเริบในเวลาที่เราเร่งรีบทั้งการรีบเดินรีบทำงาน ซึ่งจะเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการใช้ยาที่มีเปลี่ยนไปจากคำสั่งแพทย์

แม่ของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหืดเชื่อว่าการชุกชนของลูก ทำให้ร่างกายไม่ได้พักผ่อน ทำให้ปอดทำงานไม่เต็มที่กระตุ้นอาการหอบหืดให้กำเริบได้ ชาวบ้านรายหนึ่ง(หญิงไทยคู่อายุ 27 ปี) เล่าว่า

“มันเป็นชุกชน ปอดมันบ่ได้พักผ่อน คิดจังซี่ละ มันใหญ่ มันคือ ละมันกะไปได้ ช่วงที่อยู่กับแม่กะห้ามไว้ มันใหญ่มันกะเล่นน้ำเล่นหยังนะ มันกะไปอาบน้ำ เสื่อมันกะสู่มันกะมีผลต่อปอดต่อหยัง”

ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่าการทำงานหนัก ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยแล้วอาการหืดกำเริบได้ แต่ส่วนใหญ่จะไม่ได้ใช้ข้อมูลการทำงานหนักหรือการชุกชนของเด็กในประเด็นสิ่งกระตุ้นอาการกำเริบของโรคหืด แต่จะใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด

ส่วนการออกกำลังกายและเล่นกีฬานั้น ผู้ป่วย ชาวบ้าน หมอพื้นบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนเชื่อว่าการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬามากเกินไปจะทำให้อาการหืดกำเริบได้ เหมือนกับการทำงานหนัก ดังนั้นชาวบ้านบางคนจึงห้ามไม่ให้ลูกเล่นกีฬาบางชนิด ส่วนผู้ป่วยเด็กจะรับรู้ว่าคุณเองสามารถเล่นกีฬาอะไรได้บ้าง แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยเด็กเคยมารักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากอาการหืดกำเริบจากการเล่นกีฬา

5.4 สภาพภูมิอากาศ

ผู้ป่วย ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ทุกคน มีมุมมองที่เหมือนกันเกี่ยวกับสภาพภูมิอากาศมีผลต่ออาการกำเริบของโรคหืด แต่มีรายละเอียดที่แตกต่างกันไป บุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่าเวลาฝนตก อากาศชื้น อากาศหนาว จะทำให้อาการหืดกำเริบของผู้ป่วยมากขึ้น สำหรับฤดูร้อนหรืออากาศร้อนไม่มีผลหรือมีผลกระทบน้อย มุมมองนี้มีความแตกต่างจากผู้ป่วยและชาวบ้านซึ่งมีประสบการณ์ตรง ทุกคนเชื่อว่าสภาพภูมิอากาศที่มี ผลกระตุ้นอาการหอบหืดให้กำเริบคือสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทำให้ร่างกายปรับสภาพไม่ทัน ผู้ป่วยใช้คำว่า “เด็วร้อนเด็วหนาว” หรืออากาศที่ร้อนเกินไป เย็นเกินไป ฤดูฝนเป็นช่วงที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญทั้งในเรื่องของการสำรวจเวชภัณฑ์ยา การให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ระวังการตากฝนแล้วอาการหืดกำเริบ จากประสบการณ์ของผู้ป่วยและชาวบ้านเห็นว่าช่วงเวลาที่ฟ้าคลุ้มฝนกำลังจะตก เป็นช่วงเวลาที่อันตรายสำหรับผู้ป่วยโรคหืด แต่การตากฝนหรือเปียกฝนบางครั้งไม่ทำให้อาการกำเริบ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง (หญิงไทย อายุ 66 ปี) เล่าว่า



“หน้าหนาวหน้าฝนนี่ละ แต่บางทีน้ำมันกะบ่เป็น ถึงตากฝนเปียกจั่งได้กะบ่ เป็น เปียกฝนจนแข่งฝนจนกะบ่หอบ มันก็ยังหายใจสะดวกดี หายใจหาแบบที่มันเป็น (อาการที่เคยเป็นหอบ) มันก็บ่เป็น มันก็ไม่ดังก้อดๆ แก้กๆ”

แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะให้ความสำคัญกับฤดูฝนและฤดูหนาว สำหรับการเตรียมสำรองยาและเวชภัณฑ์ แต่ผู้ป่วย ชาวบ้านและหมอพื้นบ้านทุกคนเห็นว่าทุกฤดูกาลอาการหอบหืดสามารถกำเริบได้ไม่แตกต่างกัน ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง (หญิงไทย อายุ 56 ปี) เล่าว่า

“หน้าร้อนกับหน้าฝนซ้ำ ๆ กัน ไปโรงพยาบาลหมอบอกว่าช่วงนั้นมันเย็น มันสิเป็นหอบ ในใจจะของคิดว่ามันสิเกี่ยวกับบื้อ เพราะว่ามันเป็นเหมิด”

5.5 สถานะทางอารมณ์

บุคลากรทางการแพทย์และหมอพื้นบ้านทุกคนเชื่อว่าอารมณ์เครียดสามารถกระตุ้นอาการหืดกำเริบได้ ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าความเครียดกระตุ้นให้อาการหอบกำเริบได้หรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีปัญหาการนอนไม่หลับและมีความกังวลกลัวว่าตอนกลางคืนขณะหลับจะมีอาการกำเริบ บางครั้งต้องลุกขึ้นมาเนื่องจากมีอาการในช่วงกลางคืน แต่ผู้ป่วยไม่สามารถระบุได้ชัดเจนอาการหืดกำเริบนั้นเกิดจากความเครียดความกังวลที่เกิดขึ้นหรือจากสาเหตุอื่น

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่มีผลกระตุ้นให้อาการหืดกำเริบในมุมมองของผู้ป่วย ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์

ปัจจัยกระตุ้นอาการหอบหืด	มุมมองของ			บุคลากรทางการแพทย์
	ผู้ป่วย	ชาวบ้าน	หมอพื้นบ้าน	
1. สารก่อภูมิแพ้				
1.1 เกสรดอกไม้	✓	ไม่ชัดเจน	ไม่ชัดเจน	✓
1.2 สัตว์เลี้ยง/ขนสัตว์	✓	✓	ไม่ชัดเจน	✓
2. สารระคายเคือง				
2.1 ฝุ่น	✓	✓	มีผลน้อย	✓
2.2 ควันบุหรี่/ควันไฟ	✓	✓	มีผลน้อย	✓

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่มีผลกระตุ้นให้อาการหืดกำเริบในมุมมองของผู้ป่วย ชาวบ้าน
หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ (ต่อ)

ปัจจัยกระตุ้นอาการหืด	มุมมองของ			
	ผู้ป่วย	ชาวบ้าน	หมอพื้นบ้าน	บุคลากร ทางการแพทย์
2.3 สารเคมี/สารพิษ	✓	✓	✓	
3. พฤติกรรม				
3.1 การรับประทานอาหารเย็น/ ของแสดง	✓	✓	✓	✓
3.2 การนอนเปิดพัดลม/ เครื่องปรับอากาศ นอนไม่ห่มผ้า	✓	✓	✓	✓
3.3 การทำงานหนัก/ชุกชน	✓	✓	✓	✓
4. สภาพภูมิอากาศ	✓	✓	✓	✓
5. สภาวะทางอารมณ์	ไม่ชัดเจน	✓	✓	✓

6. การวินิจฉัยโรคและอาการแสดงของโรคหืด

บุคลากรทางการแพทย์และหมอพื้นบ้านมีวิธีการวินิจฉัยโรคหืด เพื่อใช้เป็นข้อมูล ในการรักษาโรค ซึ่งวิธีการวินิจฉัยโรคหืดของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน ดังนี้

6.1 การวินิจฉัยโรคหืดของบุคลากรทางการแพทย์

ในกระบวนการวินิจฉัยโรคของบุคลากรทางการแพทย์นั้น อาศัยการซักประวัติ ร่วมกับอาการทางคลินิก โดยพยาบาลจะทำหน้าที่ในการซักประวัติเพื่อคัดกรองเบื้องต้น ได้แก่ ประวัติครอบครัว การสูบบุหรี่ โรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคภูมิแพ้ ส่วนแพทย์จะทำหน้าที่ในการซักประวัติเพื่อวินิจฉัยและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมหากจำเป็นเพื่อแยกโรคหืดออกจากโรคอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน สำหรับอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหืดที่แพทย์ใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคหืด คือ อาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดและหอบเหนื่อยเป็น ๆ หาย ๆ โดยอาการเหล่านี้เกิดขึ้นเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นและอาการดังกล่าวสามารถหายไปเองหรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น ภาพถ่ายรังสีทรวงอก การตรวจเสมหะ เป็นต้น

6.2 การวินิจฉัยโรคหืดของหมอพื้นบ้าน

หมอพื้นบ้านแต่ละคนมีวิธีในการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคหืดที่แตกต่างกัน ซึ่งแต่ละคนอาศัยประสบการณ์ในรักษาผู้ป่วย ได้แก่

1) สังเกตเสียงหายใจ/ลักษณะการหายใจ เป็นวิธีที่หมอพื้นบ้านทุกคน ใช้ในการตรวจอาการของผู้ป่วยโรคหืด โดยลักษณะการหายใจขาดหายเป็นช่วง ๆ ซึ่งหมอพื้นบ้านเรียกว่า “หายใจแบบแน่น” จะเป็นลักษณะของโรคหอบหืด การหายใจลักษณะนี้จะทำให้ เป็นปอดบวม หมอพื้นบ้านบางคนเชื่อว่าผู้ป่วยที่มีอาการปอดบวมหรือเป็นหวัดก่อนจะทำให้มีอาการหืดกำเริบ

2) ใช้มือสัมผัสจับตรงกลางฝ่ามือ ฝ่าเท้าเพื่อตรวจคูชีพจร หากชีพจรเต้นช้าแสดงว่ามีอาการหอบหืด วิธีนี้หมอพื้นบ้านใช้ในการตรวจได้ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก แต่ไม่สามารถบอกระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหืดได้

3) ใช้หลายวิธีรวมกันเพื่อวินิจฉัยโรคหืด ซึ่งหมอพื้นบ้านสามารถอธิบายได้ว่า อาการดังกล่าวเกิดจากอะไร แสดงให้เห็นว่าหมอพื้นบ้านเองมีกระบวนการวินิจฉัยโรคโดยใช้ อาการแสดงในการวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดโรคและระดับความรุนแรงของโรคหืด ดังตัวอย่างหมอพื้นบ้านรายหนึ่ง มีวิธีการวินิจฉัยโรคหืด ดังนี้

“ถ้าคนเป็นหอบจะสังเกตอาการของเขาก่อน อันดับแรกจะดูลักษณะการหายใจ ของเขาก่อน หายใจเต็มอ้อมใหม่ แล้วจับที่แขน ถ้าลักษณะเป็นหอบจะมีลักษณะเหนียว ๆ เราจะเริ่ม รู้แล้วว่า ออกซิเจนในเม็ดเลือดไม่ค่อยดีจะในลักษณะขางตาย เป็นยางเหนียวในมือ แล้วจึงดูว่าเขา หายใจถี่ไหม ถ้าหายใจถี่ ๆ แสดงว่าปอดไม่ดี เสริมแล้วจะมีอาการแทรกได้ บางคนเป็นริดสีดวง จมูกตามมา ถ้าเรานั่งคุยกับเขาไปด้วย เขาก็จะมีลักษณะหน้าซีดเหลืองเหมือนกับอาการออกซิเจนไป เลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เราก็วิเคราะห์ได้หลายเปอร์เซ็นต์แล้วว่า การแลกเปลี่ยนออกซิเจนในปอดไม่ดี ขณะเดียวกันเราก็จะเห็นอาการของเขา บางคนนั่งได้สักครู่ก็ต้องไอ บางคนก็เข็ดขี้มูก น้ำหู น้ำตา สารพัดอย่าง ถ้ามีอาการอย่างนี้เราสามารถวิเคราะห์ได้ว่าเขาเป็นโรคหืดแน่นอน หอบแน่นนอน เพราะเวลาเป็นหืดหอบหายไอนาน ๆ จะไอขึ้นมาหรือกลืนหายใจ เม็ดเลือดของเขาจะแย่งไป เรื่อยๆ เพราะปัญหาเรื่องออกซิเจนในเม็ดเลือด...”

อาการแสดงของโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วยและชาวบ้าน

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและชาวบ้านสามารถ แบ่งอาการแสดงของโรคหืดได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ อาการแสดงทางร่างกายและพฤติกรรม ที่แสดงออก ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) อาการแสดงทางร่างกาย

1.1) อาการไอ มีเสมหะเหนียว/มีก้อนอุจที่คอ

เป็นอาการแสดงที่ผู้ป่วยและชาวบ้านทุกรายเชื่อว่าเป็นอาการนำไปสู่การเป็นหอบหืดคือ อาการไอ ลักษณะอาการไอของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันไป บางคนเชื่อว่าอาการไอที่มีเสมหะจะไม่มีอาการหอบ แต่การไอแห้ง ๆ แต่มีลักษณะเหมือนมีเสมหะเหนียวหรือมีก้อนอุจที่คอ ทำให้หายใจลำบากจะทำให้หอบได้ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง (หญิงไทยคู่ อายุ 65 ปี) เล่าว่า

“ เวลามันหอบขึ้นมันจะแน่นหน้าอก ละกะมาตันสูทนี่ละกะ มีเสมหะสีเหลือง ขากจ้งได้กะบ่ออก คือจ้งคุมหมอเห็นนั่นละ กะออกมาแล้วกะเป็นเหนียว ๆ เอมือกวอดออกก่อน”

มีชาวบ้านรายหนึ่งเชื่อว่าเวลาอาการหืดกำเริบจะมีเสมหะติดในปอด เนื่องจากเคยได้ยินแพทย์พูดว่า “ เหลือนิดเดียวเหลือติดปอดนิดเดียวก็จะหายแล้ว” ซึ่งเขาเชื่อว่าสิ่งที่ติดปอดนิดเดียวนั้นคือเสมหะ ดังนั้นจึงสอนลูกที่ป่วยเป็นโรคหืดให้รู้จักวิธีขากเสมหะเมื่อมีอาการไอ

1.2) แน่นหน้าอก หายใจลำบาก

ผู้ป่วยทุกรายมีอาการแน่นหน้าอก หายใจลำบากเมื่อมีอาการหืดกำเริบ ซึ่งผู้ป่วยมีวิธีการอธิบายลักษณะอาการดังกล่าวที่แตกต่างกันไป ผู้ป่วยเด็กเรียกว่า “หายใจฝืดหรือหายใจติดขัด” และเชื่อว่าเป็นอาการที่เกิดจากหลอดลมตีบ ส่วนผู้ป่วยอายุ 40 ปี ขึ้นไปเรียกลักษณะดังกล่าวว่า หายใจบ่อ้ม หายใจบ่ติด หายใจฝืด หายใจตีบ หายใจบ่สอดท้อง และเชื่อว่าเป็นอาการที่เกิดจากปอดตีบ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง (ชายอายุ 56 ปี) อธิบายว่า

“ปอดข้างหลังตีแน่น ปอดบ่ทำงาน คือปอดมันตีบเข้า คนปกติ ปอดตี ไปงวับ ไปงวับ (ขยายแล้วหุบ ทำท่ามือฟองยุบ) ถ้าเขาเป็นหอบมันตีบเข้าไปเลย แน่นติดแน่นขึ้น หายใจคือบ่อ้ม หายใจบ่เต็ม”

ส่วนชาวบ้านไม่ได้อธิบายลักษณะดังกล่าวได้ชัดเจนมากนัก ซึ่งอาจเกิดจากไม่เคยเกิดอาการ มีเพียงการสังเกตอาการของผู้ป่วยคนอื่นจึงสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคหืดจะมีอาการคล้ายคนหายใจยากเท่านั้น

1.3) หายใจมีเสียงหวีด

การหายใจมีเสียงดังเป็นอาการแสดงที่ผู้ป่วยทุกรายและชาวบ้านทุกคนเชื่อว่าเป็นอาการของโรคหอบหืดที่ชัดเจนที่สุด เสียงหายใจของคนที่ป่วยเป็นโรคหืดเป็นที่มาของชื่อ “-จะฮือ” ซึ่งเป็นชื่อเรียกโรคหืดของคนอีสานสมัยเก่า เสียงหายใจของผู้ป่วยโรคหืดมีหลายเสียงขึ้นอยู่กับ การได้ยินของแต่ละคน ได้แก่ ฮือดฮือด ฮือกฮือก ขอดขอด ก้อดก้อด กัดก้าด หวิดฮืด แช่ว เป็นต้น

1.4) กอบูม ซีกโครงบูม หน้าอกยุบ

ผู้ป่วยและชาวบ้านบางคนสังเกตอาการหอบกำเริบจากรอยบุบบริเวณคอ ไหล่ปลาร้า ซีกโครง ยอดอก ซึ่งสามารถสังเกตอาการนี้ได้ทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ โดยผู้ป่วยอธิบายว่าเป็นลักษณะที่เห็นได้ง่าย หากพบว่าใครมีลักษณะแบบนี้ก็รู้ว่าเป็นโรคหืด ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง (หญิง อายุ 65 ปี) อธิบายว่า

“ตรงหน้าอกนี่ละ เบ่งหมองนี่กะได้ ถ้าเป็นเด็กน้อยให้เบ่งที่หัวใจ (ชี้ที่ยอดอก) มันสิยุบลงแสง ผู้ได้เห็นกะรู้ว่าเฮเป็นหอบ”

นอกจากนี้ ยังมีอาการแสดงอื่น ๆ ที่บ่งบอกถึงอาการหืดกำเริบหรือเป็นอาการนำก่อนมีการกำเริบ เช่น มีไข้ เป็นหวัดไม่มีน้ำมูก ซึ่งชาวบ้านรายหนึ่งให้เล่าว่า หากลูกเป็นหวัดมีน้ำมูกจะไม่หอบ ถ้าไม่มีน้ำมูกจะมีอาการหอบเนื่องจากน้ำมูกอยู่ในปอด ส่วนอาการไข้ ไม่มี ความชัดเจนเกี่ยวกับอาการโรคหืดและมีไข้ มีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่เชื่อว่าหากตนเองเป็นไข้ตัวร้อน ซึ่งผู้ป่วยเรียกว่า “ถือคิงไข้” จะมีอาการหืดกำเริบทุกครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยคนอื่นมีอาการกำเริบโดยไม่มีอาการไข้ (ไข้ในภาษาชาวบ้านคืออาการป่วยที่มีอาการตัวร้อน)

2) พฤติกรรมที่แสดงออก

พฤติกรรมกรรมของผู้ป่วยโรคหืดขณะมีอาการกำเริบซึ่งผู้ป่วยทุกรายและชาวบ้านทุกคนสามารถสังเกตได้ ซึ่งเป็นลักษณะหอบเหนื่อยในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ผู้ป่วยและชาวบ้านจะอธิบายให้เห็นภาพได้ชัดเจนขึ้น แบ่งเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ดังนี้

ผู้ป่วยเด็กถ้าเป็นเด็กเล็กจะงอแง ร้องไห้ ถ้าเป็นเด็กโตจะมีอาการซึม หงอย ไม่ร่าเริง ไม่พูดคุยกับใคร เมื่อถามว่าทำไมจึงไม่ร่าเริงเหมือนเดิม ผู้ป่วยจะบอกว่ากลัวเหนื่อย ดังคำบอกเล่าของชาวบ้านหญิงรายหนึ่งว่า

“กะสิเศร้า สิแบบว่าบร่าเริงคือหมู้สิบ่อยากเว้า ปกติอยู่กับหมู้สิเว้าอยู่ แต่ถ้าเป็นอยู่กับหมู้ช่วงที่เป็นสิหงอย แบบว่าสิมีอาการเหนื่อย สิบ่อยากเล่นกับหมู้ บายเบ็งอาการกะสูแล้วว่สิหอบแล้ว”

ผู้ป่วยผู้ใหญ่จะมีอาการเหนื่อย ไม่หิว อยากรู้อยู่เฉย ๆ ไม่ต้องการพูดคุยกับใคร แม้จะรู้ว่าคนอื่นมาถามด้วยความหวังดีก็ตาม เพราะกลัวว่าเวลาพูดแล้วจะเสียเวลาหายใจ ดังตัวอย่างผู้ป่วยหญิง อายุ 66 ปี เล่าว่า

“ถ้ามีคนมาพูดด้วย ก็ไม่พูดด้วย พูดด้วยไม่ได้ มันเหนื่อย ไม่ได้โกรธเขาแต่พูดไม่ได้ เช่น ถ้ามีคนมาถามว่า “เป็นจิ้งใต้” ก็จะไม่พูดด้วยเลย พูดแล้วมันจะเหนื่อย มันจะเสียเวลาหายใจ ถ้าพูดแล้วมันจะขาดเวลาหายใจ”

ลักษณะการนอนของผู้ป่วยโรคหืดยังคงมีความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่เป็นเด็กกับผู้ใหญ่ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ทุกคนจะบอกว่าหากอาการหอบกำเริบได้จะไม่สามารถนอนราบได้ ต้องลุกขึ้นนั่งเอนหลังประมาณ 45 องศา หรือนั่งก้มหน้ากับโต๊ะ ส่วนเด็กจะนอนกระสับกระส่ายหรือนอนตะแคง ซึ่งหากถามเด็กว่าเวลาหอบนอนได้หรือไม่ เด็กมักจะตอบว่านอนได้

7. การแบ่งระดับความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด

การแบ่งระดับความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วย ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ มีความแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยและชาวบ้านอาศัยประสบการณ์การเป็นโรคหืดหรือการดูแลผู้ป่วยโรคหืด หมอพื้นบ้านอาศัยประสบการณ์ในการรักษาหรือสังเกตอาการผู้ป่วย ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ใช้ความรู้ทางวิชาการและประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยในการแบ่งระดับความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด

ผู้ป่วยและชาวบ้าน

ผู้ป่วยและชาวบ้านไม่ได้แยกระดับความรุนแรงของโรคหืดตามอาการแสดง แต่แยกตามความจำเป็นหรือผลของการใช้ยา จากการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างอาการที่รุนแรงกับไม่รุนแรง ผู้ป่วยอธิบายลักษณะอาการเหมือนกัน แต่มีน้ำเสียงหรือสีหน้าที่บ่งบอกว่าอาการที่รุนแรงจะทำให้เหนื่อยมากกว่า ใช้ยาอย่างไรก็ไม่ดีขึ้นหรือผู้ป่วยมีการประเมินตนเองแล้วว่าอาการลักษณะนี้หากใช้ยาที่ไม่ได้ผล ต้องไปพ่นยาที่โรงพยาบาลจึงจะดีขึ้น ดังคำบอกเล่าเกี่ยวกับอาการรุนแรง ของผู้ป่วยหญิงอายุ 42 เป็นโรคหืดมานาน 5 ปี ดังนี้

“เป็นแสบคือหายใจแน่นหน้าอก ต้องมาโรงพยาบาล อาการที่บ่งแสบ พอนอนได้ก็กินยาอยู่บ้าน ทำงานได้ ถ้าเป็นแสบ ๆ กะหายใจบ่ได้กะต้องมาหาหมอ หมอพ่นยาแล้วให้ยาไปกิน กะหายใจได้ กะบ่เป็นหยั่ง ถ้าหมดยากิน ถ้าไม่ได้กินยาติดต่อกัน หายใจแน่นหน้าอกเหมือนเดิม”

นอกจากการประเมินความรุนแรงด้วยตนเองแล้ว ความรุนแรงของโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วยและชาวบ้านยังขึ้นอยู่กับกรณีวินิจฉัยโรคและการพิจารณาให้การรักษาของบุคลากรทางการแพทย์อีกด้วย หากผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลได้พ่นยาแล้วรับยากลับบ้าน ผู้ป่วยเชื่อว่าอาการโรคหืดรุนแรงระดับปานกลาง แต่ถ้าต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือต้องฉีดยา พ่นยาตลอด เป็นอาการรุนแรงมาก ยิ่งถ้าถูกส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลในระดับสูงขึ้นแสดงตนเองมีอาการรุนแรงมากที่สุด ดังตัวอย่างผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง เป็นโรคหืดมานาน 11 ปี เล่าว่า

“มือที่เป็นหนักกะบ่ได้เส็ดจั่งได้นะคุณหมอ มันเป็นหลาย มันเป็นบ่เขาเลย บัดมัน อัดมา มันหันใจบ่ได้ มันกะเป็นมันกะอัดขึ้นเอาซื่อ ๆ กะว่าจะของคือสิบรอดละ เพิ่นส่งเข้าเมือง มือนั้นหายใจบ่ได้เลย ทาวเลย (เอามือไขว่คว่ำไปทั่ว) ทาวคือใจสิขาด ทาวไปทั่วเลย”

หมอฟันบ้าน

หมอฟันบ้านได้อธิบายเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคเชื่อมโยงกับการวิเคราะห์สาเหตุเช่นเดียวกับการวินิจฉัยโรคที่ได้กล่าวมาแล้ว เนื่องจากหมอฟันบ้านเชื่อว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรค หืดหาคไม่รักษาหรือรักษาไม่หาย ปล่อยไว้จะกลายเป็นโรคเรื้อรังที่ภาวะแทรกซ้อนไปที่ระบบอื่นของร่างกายได้ เช่น ระบบไหลเวียนเลือดและการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนั้นหมอฟันบ้านจึงใช้วิธีการจับชีพจรเพื่อวิเคราะห์การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและการกดฝ่ามือวิเคราะห์การทำงานของระบบการไหลเวียนเลือดในการประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด ดังตัวอย่างหมอฟันบ้าน อายุ 69 ปี มีประสบการณ์รักษาโรค 49 ปี อธิบายว่า

“ถ้าเป็นอาการที่ไม่ค่อยรุนแรง การสัมผัสตัวเขา จะจับคู่มือ แขน ถ้าแขนเขาเหนียว เหมือนยางตุม เราจะรู้ว่าตอนนี้ระบบเม็ดเลือดเขาไม่ค่อยดี เกี่ยวกับมีสารพิษในเม็ดเลือดมาก เกี่ยวกับไต จากนั้นกดที่ฝ่ามือ ถ้ากดแล้วซิด ไม่มีสีแดงในมือ เราจะวิเคราะห์ให้รู้ว่าเม็ดเลือดไม่แข็งแรง ความเข้มข้นของเม็ดเลือดไม่ดี มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องลำไส้ก็ไม่ดี วิเคราะห์ไปก่อน ถ้ากดแล้วไม่มีสีแดงขึ้นมาแสดงว่าอาการค่อนข้างรุนแรง ถ้ากดแล้วขึ้นสีแดงเลยแสดงว่าเม็ดเลือดดี ถ้าประมาณ 2-3 นาทีแสดงว่ารุนแรง ถ้ารุนแรงมากกดเท่าไรก็ไม่ขึ้นแสดงว่ารุนแรง ถ้าปานกลางเมื่อ กดแล้วนับ 1-5 ประมาณ 3 จะขึ้นสีแดง ถ้ากดแล้วนับถึง 10 ก็ไม่ขึ้นแสดงว่ามันรุนแรงมาก จากนั้นจับชีพจร ถ้าเต้นถี่จะเกี่ยวกับหัวใจ เราจะบอกว่าประสาทตึงเครียดมากเพราะว่าเต้นถี่มาก ถ้าเต้น ตูบ ตูบ ธรรมดาแสดงว่าหัวใจปกติ การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจยังดี ถ้าเต้นถี่แสดงว่ากล้ามเนื้อหัวใจไม่ดี ถ้าเต้นแบบนาน ๆ เต้นทีหนึ่ง แสดงว่าระบบการทำงานของกล้ามเนื้อของหัวใจล่าแล้ว แสดงว่ารุนแรงที่สุด”

บุคลากรทางการแพทย์

การประเมินระดับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์มี 2 ประเภท คือ ประเมินจากความถี่และช่วงเวลาของการเกิดอาการกำเริบและประเมินจากอาการที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การประเมินจากความถี่และช่วงเวลา (กลางวัน กลางคืน การทำกิจกรรม)ของการเกิดอาการกำเริบ แบ่งความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีอาการนาน ๆ ครั้ง อาการรุนแรงเล็กน้อย อาการรุนแรงปานกลางและอาการรุนแรงมาก การประเมินผลลักษณะนี้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการวาง

แผนการรักษาผู้ป่วยในระยะยาว เช่น การวางแผนใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ สำหรับการประเมินอาการที่ผู้ป่วยกำเริบมาโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง นุคตาการทางการแพทย์จะประเมินความรุนแรงของ Asthma Exacerbation ได้แก่ หายใจลำบาก ทำนอน การพูด สติสัมปชัญญะและอัตราการหายใจ การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ เสียงหวีดและซีฟจร รวมทั้งการตอบสนองต่อการรักษาในแต่ละครั้ง เพื่อพิจารณาวางแผนการรักษาในครั้งนั้น

ตารางที่ 11 ระดับความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด

มุมมองของ	ระดับความรุนแรงของโรคหืด
ผู้ป่วยและชาวบ้าน	<p>มีความรุนแรง 3 ระดับ</p> <p>ระดับที่ 1 รุนแรงน้อย</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีอาการแล้วเองได้หรือหายเมื่อใช้ยาพ่น <p>ระดับที่ 2 รุนแรงปานกลาง</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีอาการแล้วใช้ยาพ่นไม่หายต้องมาพ่นยาที่โรงพยาบาล <p>ระดับที่ 3 รุนแรงมาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีอาการแล้วต้องนอนโรงพยาบาลหรือถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลอื่น
หมอพื้นบ้าน	<p>มีความรุนแรง 3 ระดับ พิจารณาตามการตรวจวินิจฉัย</p> <p>ระดับที่ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - กดฝ่ามือแล้วปล่อยเลือดไหลเวียนดี (มีสีแดงทันที) ไม่รุนแรง - ซีฟจรเด่นปกติ - ไม่มีภาวะโรคอื่นแทรกซ้อน <p>ระดับที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - กดฝ่ามือแล้วปล่อยเลือดไหลเวียนดี (นับ 1-5 แดง) รุนแรงปานกลาง - ซีฟจรเด่นเร็วกว่าปกติ - มีภาวะโรคอื่นแทรกซ้อน <p>ระดับที่ 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - กดฝ่ามือแล้วปล่อยเลือดไหลเวียนไม่ดี (ไม่สีแดงเลย) รุนแรงมาก - ซีฟจรเด่นช้ามาก - มีภาวะโรคอื่นแทรกซ้อน

ตารางที่ 11 ระดับความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด (ต่อ)

มุมมองของ	ระดับความรุนแรงของโรคหืด
บุคลากรทางการแพทย์	<p>มีความรุนแรง 4 ระดับ พิจารณาตามความถี่และช่วงเวลาของการกำเริบ</p> <p>ระดับที่ 1 มีอาการนาน ๆ ครั้ง</p> <p>ระดับที่ 2 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงเล็กน้อย</p> <p>ระดับที่ 3 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงปานกลาง</p> <p>ระดับที่ 4 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงมาก</p>

8. การรักษาโรคหืดในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยและชาวบ้านทุกคนมีวิธีการสังเกตอาการกำเริบของโรคหืดรวมทั้งอาการนำก่อนการกำเริบ โดยผู้ป่วยผู้ใหญ่จะมีการสังเกตอาการด้วยตนเอง หลังจากประเมินความรุนแรงของอาการแล้วผู้ป่วยจะวางแผนการรักษาเบื้องต้น เช่น หยุดพักเหนื่อย ใช้น้ำอุ่น ยาแก้อาการแพ้ หากผู้ป่วยประเมินแล้วว่าอาการกำเริบนั้นใช้ยาแล้วไม่ดีขึ้นหรือไม่หาย ผู้ป่วยจึงจะตัดสินใจไปโรงพยาบาลด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ไปเอง ให้คนอื่นพาไป (เนื่องจากไม่กล้าขับรถเอง) หรือโทรศัพท์เรียกรถโรงพยาบาลไปรับ สำหรับผู้ป่วยเด็กตัวเองจะรับรู้ว่าจะรู้สึกเหนื่อยจะเริ่มมีอาการหอบตามมา โดยเด็กจะรู้เอง ผู้ที่เกี่ยวข้องก็สามารถสังเกตอาการได้ เช่น พ่อแม่ ญาติที่ดูแล รวมทั้งครูและเพื่อนที่โรงเรียน หากเด็กมีอาการหืดกำเริบที่โรงเรียน เพื่อนจะรีบแจ้งให้ครูทราบแล้วครูจะโทรศัพท์แจ้งให้ผู้ปกครองมารับเด็กกลับบ้านหรือพาไปโรงพยาบาลเอง

1) อาการแสดง การรักษาเบื้องต้นและการตัดสินใจมาโรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการหืดกำเริบจะมีการดูแลตนเองเบื้องต้น ทั้งการใช้น้ำอุ่น ยาแก้อาการแพ้และไม่ใช้ยา เช่น หยุดพักเหนื่อย ใช้น้ำอุ่น พยายามหายใจยาว ๆ หากผู้ป่วยประเมินแล้วว่าอาการไม่ดีขึ้นก็จะรีบมาโรงพยาบาล ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง อายุ 56 ปี เป็นโรคหอบ 8 ปี เล่าว่า

“ถ้ากินยาแล้วมันอนแบบนี่ (ก้มหน้ากับโต๊ะ) พักหนึ่งอาการกะสติขึ้น กะสินอนลงได้ ถ้าได้พ่นยาเข้าไปยังมีอาการแน่นหน้าอก กะต้องเงยหน้าขึ้นฟ้าสวบลมไว้ [สูดลมหายใจยาว ๆ] มันสิหายใจยาวเพื่อช่วยจะของ เพราะว่าเวลาเป็นต้องหายใจยาว ๆ ฟ่าว ฟ่าว ฟ่าว เพื่อให้อาการมันทุเลาลง เพราะว่ามันช่วยเอาไว้ ก่อนสิมาถึงหมอ”

สำหรับผู้ป่วยที่เป็นเด็ก ผู้ปกครองให้ข้อมูลว่าหากมีอาการจะรีบมาลูกมาโรงพยาบาลทันที บางคนต้องคอยสังเกตอาการของลูกตลอดเวลา เนื่องจากเด็กบางคนไม่แสดงออกแม้ว่ามี

อาการหอบหรือบางคนกลัวหรือไม่ชอบการพ่นยาที่โรงพยาบาล (ยาพ่นสเตียรอยด์ พ่นแบบ nebulizer) ดังตัวอย่างมารดาของผู้ป่วยเด็กคนหนึ่งเล่าว่า

“เมื่อคืนกะหายใจมีเสียงฮ้อก กะให้กินยาolongเบ็งก่อน มียาแก้แพ้ ยาแก้ไอ กินลงไป เขากะนอนได้ช่วงเช้า ตื่นขึ้นมาแม่ถามว่าเมื่อปลุก เขากะบอกว่าเขาสิเบ็งหนั่ง ทีนี้เบ็งหนั่งจบแล้ว แม่กะพาไปอนามัย แม่เห็นว่ายังมีอาการอยู่ หมออนามัยตรวจเขากะบอกว่ายังมีหอบ ยังหายใจฮ้อก ฮ้อก อยู่ แต่เจ้าโตนี่ปิดไว้บ่บอกออก อยากรเบ็งหนั่ง”

การที่ผู้ป่วยและชาวบ้านตัดสินใจมาโรงพยาบาลนั้น ทุกคนให้เหตุผลตรงกันว่า กลัวตาย ไม่มีใครช่วยได้นอกจากโรงพยาบาล สงสารลูก เนื่องจากทุกคนเชื่อว่าโรคหืดเป็นโรคที่อดทนไม่ได้ หากมีอาการแล้วอดทนรอที่บ้านจะไม่หายเหมือนอาการเจ็บปวดอย่างอื่นแต่อาจเป็นอันตรายถึงเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยบางคนเล่าว่าเคยมาโรงพยาบาล 2-3 ครั้งใน 1 วัน มาก่อนวันนัดหรือมาก่อนยามดึก ซึ่งบางครั้งบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ตรวจสอบประวัติการรับยาของผู้ป่วยทำให้มีการจ่ายยาซ้ำซ้อนได้

2) ขณะรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยทุกคนเชื่อว่าตนเองจะปลอดภัยหรือสามารถหายจากอาการหืดกำเริบได้เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ชาวบ้านเองก็คาดหวังว่าบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนจึงพยายามทำตามที่บุคลากรทางการแพทย์สั่งหรือแนะนำ แม้ว่าบางครั้งผู้ป่วยไม่เข้าใจเหตุผลหรือความจำเป็นในการทำกิจกรรมนั้น เช่น การเป่า peak flow meter มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 47 ที่รู้ว่าการเป่า peak flow meter นั้นเป็นการทดสอบสมรรถภาพปอด แต่ผู้ป่วยยังไม่ทราบว่าการเป่าแต่ละครั้งได้ผลเป็นอย่างไร ดังตัวอย่างผู้ป่วยชาย อายุ 63 ปี เป็นโรคหืดนาน 13 ปี เล่าว่า

“กะบู้ฮู้คือกัน เพิ่นให้เป่ากะเป่า ถ้าเป่าได้หลายมันกะสิดีขึ้น ถ้าเป่าได้น้อยมันกะ บ่ดี บางคนสิเป่าได้หลายอยู่ครับ แต่ว่ามันแห่ว (ปากหุบไม่สนิท) มันสิออกทางข้างกะมี เฮาปิดบ่สนิท บางคนหันใจสนใจสิขาดละมันกะเบิด มันบ่มีแสงเป่า”

9. การใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยา

9.1 ยาชนิดรับประทาน

อาการที่ผู้ป่วยและชาวบ้านเชื่อว่าเป็นอาการแสดงหรืออาการนำของโรคหืดนั้นมีความเชื่อมโยงกับความต้องการยาของผู้ป่วย นอกจากยาขยายหลอดลมแล้วยาที่ช่วยบรรเทาอาการไอเป็นกลุ่มยาที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ได้แก่ ยาแก้ไอ ยาขับเสมหะ ยาละลายเสมหะ ทั้งชนิดเม็ด น้ำหรือ

ผสมน้ำ เนื่องจากอาการไอเป็นอาการนำไปสู่อาการหืดกำเริบที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ รายการยาอื่นที่ผู้ป่วยต้องการ ได้แก่ ยาฆ่าเชื้อ (ผู้ป่วยเรียกว่ายาแก้อักเสบ) ยาแก้แพ้ ยาแก้ไอ ในการมารับบริการหรือมารักษาที่โรงพยาบาลในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยจะพยายามจำรายการยาที่เคยได้เพื่อนำไปใช้เป็นต้นแบบหรือใช้ในการเปรียบเทียบรายการยาที่ควรได้รับในการรับบริการครั้งถัดไป แพทย์และเภสัชกรให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยมักจะสอบถามถึงรายการยาที่เคยได้รับครั้งก่อน หากได้รับยาไม่ครบตามรายการเดิมแล้วจะมีการสอบถามเพิ่มเติม แม้ว่าการรักษาแต่ละครั้งนั้นอาการอาจจะไม่รุนแรงเหมือนกัน ซึ่งตรงกับข้อมูลที่ได้จากชาวบ้านรายหนึ่งที่ให้เล่าเกี่ยวกับรายการยาเดิมที่เคยได้และยาที่ต้องการว่า

“เสากะต้องถาม บอกเหตุผล บอกอาการเพิ่น หมอเพิ่นจั่งชี้ฐู้ อันนี้กะลิมบอก เพราะดีเพิ่นให้ โอ้ยาโตนี่ตัวที่เคยได้ไปกิน ยาโตนี่เฮ็ดให้ลูกดีขึ้น ยาโตนี่มันบ่ทันโรค ยามันอ่อนต่อโรค คือพาราโรงพยาบาลเพิ่นกะให้พาราจี้พีโอธรรมดา เวลาไปหาหมอกlinikเพิ่นกะให้ยาลดไข้ มันกะแตกต่างกัน อันนี้เพิ่นกะรักษาตามพื้นฐานของเพิ่น เพิ่นกะเพิ่มยาให้”

ความร่วมมือในการใช้ยาชนิดรับประทานของผู้ป่วยนั้นมีความแตกต่างกันตามความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะรับประทานยาตามแพทย์สั่ง เนื่องจากกลัวว่าหากไม่รับประทานยาแล้วจะมีอาการกำเริบ มีผู้ป่วย 1 รายที่รับประทานยาขยายหลอดลมก่อนนอนซึ่งผู้ป่วยให้เหตุผลว่า

“กะบ่ได้คิดอิชัย มันหายใจบ่ได้ แน่นหน้าอก ถ้าบ่ได้กินกะนอนบ่ได้ ถ้ากินแล้วกะนอนได้จั้นแจ้ง อากาศเย็น ๆ ถ้าฝนตก หมอสั่งให้กินมือละ 3 เทื่อ แต่บ่อยากกิน กินเฉพาะเวลาก่อนนอนนี่ละ”

9.2 ยาพ่นชนิด solution สูดพ่นจาก Nebulizer

ในการใช้ยาชนิดรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและชาวบ้านทุกคนมีความคาดหวังว่าเมื่อมาโรงพยาบาลด้วยอาการหืดกำเริบแล้วจะต้องได้ยาพ่น (ยาขยายหลอดลมชนิด solution สูดจาก Nebulizer) ทุกครั้ง ทุกคนเชื่อว่ายาพ่นที่โรงพยาบาลดีกว่ายาพ่นที่บ้าน (MDI) โดยเชื่อว่าละอองยา (อายุยา) ต่างกัน ยาดีกว่า แรงกว่า ออกฤทธิ์ได้เร็วกว่า ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า

“ต่างกัน พ่นโตนี่(MDI)มันสิบ่สว่าง มันสิหันใจแบบบ่สุด ถ้าได้ไปพ่นโตนี่[solution] คือมันสิดีขึ้น ดีกว่าโตนี่(MDI)อยู่”

ความเชื่อเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยานั้นจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหืด มีชาวบ้านคนหนึ่งเชื่อว่ายาพ่นชนิด solution จะเป็นควันที่สูดเข้าไปในปอดเพื่อไล่สารพิษที่อยู่ในปอดออกมา เพราะเชื่อว่าสารพิษที่อยู่ในปอดเป็นสาเหตุของโรคหืด ความรู้สึกของ

ผู้ป่วยเมื่อได้รับยาพ่นชนิด solution ผ่าน Nebulizer แต่ละคนมีความแตกต่างกันผู้ป่วย ปัญหาการพ่นยาชนิด solution นั้นมักพบในเด็ก เนื่องจากเด็กบางคนกลัวอุปกรณ์การพ่นยาที่มากรอบหน้า แล้วรู้สึกอึดอัด กลัวหายใจไม่ออก บางคนกลัวละอองยาที่พ่นออกมามีลักษณะคล้ายควันไฟที่ผู้ป่วยแพ้ ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าความรู้สึกกลัวนี้จะไม่หายแม้ว่าจะเคยพ่นยาแล้วหลายครั้งก็ตาม สำหรับจำนวนครั้งและเวลาในการพ่นยานั้นผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นผู้กำหนดและแจ้งผู้ป่วยเอง ถ้าผู้ป่วยมีอาการก่อนเวลาที่ได้รับแจ้งสามารถขอให้มีการพ่นยาเพิ่มได้

9.3 ยาพ่นชนิด (MDI)

จากข้อมูลประวัติการได้รับยาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 90 ได้รับยาพ่นชนิด MDI และร้อยละ 76 ได้รับยาพ่น 2 รายการ (ยาขยายหลอดลมและยาพ่นสเตียรอยด์) ผู้ป่วยทุกราย ให้ข้อมูลว่าได้รับการสอนเทคนิคการใช้ยาพ่นจากเภสัชกรโรงพยาบาลแล้ว จากการสังเกตวิธีการพ่นยาของผู้ป่วยพบว่าทุกคนสามารถพ่นได้ถูกต้องทั้งผู้ใหญ่และเด็ก แต่พบปัญหาเกี่ยวกับจำนวนครั้งในการพ่นยาและการใช้ยาพ่นไม่ถูกชนิด ผู้ป่วยที่กดยาพ่นมากกว่า 1 ครั้ง ก่อนสุดให้เหตุผลว่าการกดยา 1 ครั้งละอองยาที่ออกมามันน้อยสุดเข้าไปไม่ทันเลยต้องกดมากกว่า 1 ครั้ง ส่วนชนิดของการยาที่พ่น ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เวลามีอาการหอบ ผู้ป่วยบางคนให้เหตุผลว่าเนื่องจากพ่นยาขยายหลอดลมแล้วไม่ดีขึ้น จึงทดลองใช้ยาพ่นอีกตัวหนึ่งที่ได้ หากใช้ยาพ่นทั้งสองแล้วไม่ดีขึ้น จึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล

9.4 การเรียกชื่อยาและวิธีการจ่ายยา

การเรียกชื่อยาของผู้ป่วยและชาวบ้านมีความแตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยเรียกชื่อยาตามผลการรักษาที่ได้จากยา สีของยาและวิธีใช้ยา ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ใช้การเรียกชื่อยาตามชื่อสามัญ ชื่อการค้า ในการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพ และเรียกชื่อยาตามชื่อสามัญและฤทธิ์การรักษาเมื่อสื่อสารกับผู้ป่วย



ตารางที่ 12 ชื่อเรียกยาของผู้ป่วย ชาวบ้านและบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์		ผู้ป่วยและชาวบ้าน
สื่อสารในสาขาวิชาชีพ	สื่อสารกับผู้ป่วย	
1. Salbutamol 2 mg. Tab	ยาขยายหลอดลม	ยาขยายหลอดลม ยาเม็ดสีชมพู
2. Theophylline 200 mg. Tab	ยาขยายหลอดลม	ยาขยายหลอดลม ยาเม็ดสีขาว
3. Prednisolone 5 mg. Tab	ยารักษาอาการอักเสบ	ยาหอบ
4. Salbutamol solution	ยาพ่นขยายหลอดลม	ยาพ่นโรงพยาบาล
5. Ipratropium Br + Fenoterol solution	ยาพ่นขยายหลอดลม	ยาพ่นโรงพยาบาล
6. Salbutamol MDI	ยาพ่นขยายหลอดลม	ยาพ่นที่บ้าน ยาหลอดสีฟ้า ยาแก้หอบ
7. Ipratropium Br + Fenoterol MDI	ยาพ่นขยายหลอดลม	ยาพ่นที่บ้าน ยาหลอดสีเขียว ยาแก้หอบ
8. Budesonide MDI	ยาพ่นรักษาอาการ อักเสบ	ยาพ่นเข้าเย็น ยาพ่นแก้อักเสบ ยาหลอดสีขาว ยาหลอดสีแดง
9. Bromhexine 8 mg. Tab	ยาแก้ละลายเสมหะ	ยาแก้ไอ ยาเม็ดสีเหลือง
10. Acetylcysteine 100 mg. granule	ยาละลายเสมหะ	ยาผงสีส้ม ยาแก้ไอ
11. Paracetamol 325 mg., 500 mg. Tab 120mg./5ml Syr	ยาพาราเซตมอล	ยาพารา ยาแก้ไข
12. Chlorpheniramine 4 mg. Tab	ยาแก้แพ้ ลดน้ำมูก	ยาแก้แพ้ ยาเม็ดสีเหลือง
13. ยา Antibiotic ทุกชนิด	ยาฆ่าเชื้อ	ยาแก้อักเสบ

9.5 ความร่วมมือในการใช้ยา

ประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับยาพ่นขยายหลอดลม คือช่วงเวลาและเหตุผลที่ผู้ป่วยใช้ยาพ่น MDI บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลว่าการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมเป็นยาบรรเทาอาการ ดังนั้นจึงควรใช้เมื่อเกิดอาการหืดกำเริบ แนวทางการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมนี้แตกต่างจากการรับรู้หรือพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกคนใช้ยาพ่นขยายหลอดลมเมื่อมีอาการหืดกำเริบ มีผู้ป่วย 7 ราย ที่พ่นยาก่อนไปทำงานหรือทำกิจกรรมประจำวัน บางคนพ่นยาก่อนนอน เนื่องจากเคยมีอาการหืดกำเริบตอนกลางคืน ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเป็นการตัดไฟตั้งแต่ต้นลม ดังตัวอย่างผู้ป่วยหญิงอายุ 63 ปี เป็นโรคหืดมานาน 13 ปี เล่าว่า

“ ถ้าจะเข้ตงานหนักนี้ต้องพ่นก่อน ดัดมันก่อนเลย มันอยู่เลยบ่มีหอบ แมนคือหมอว่า ถ้าพ่นไปแล้วย่างไปกะบ่หอบ คับบ่ได้พ่นย่างไปชำได้ชำนึ่งหอบเลยได้ ไอขึ้นแครก เอาเลยละ บัดนี้ฟังเบ็งคัก ๆ คุณหมอเฟิ่นสอนมาแบบนี้แบบนี่ยะถึกต้องอยู่ คับบ่หอบกะชา ให้พ่นก่อนมันกะบ่หอบ”

แต่ผู้ป่วยบางคนเชื่อว่าเมื่อถึงเวลาที่อาการหืดกำเริบไม่ว่าจะใช้ยาป้องกันไว้ก่อน (ยาขยายหลอดลมก่อน) ก็มีอาการกำเริบเหมือนเดิม

สำหรับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรงจนต้องมารักษาที่โรงพยาบาลบ่อย ๆ เป็นกลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้น้อย ส่วนกลุ่มที่มาโรงพยาบาลตามนัดหรือไม่ค่อยมาโรงพยาบาลเป็นกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูงทำให้ผลการรักษาโรคดี ความเชื่อนี้ในมุมมองนี้มีความแตกต่างจากผู้ป่วยบางคน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหืดกำเริบน้อยหรือไม่มีอาการเลย แต่ยังคงใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เพื่อรักษาอาการอักเสบของหลอดลมในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยบางคน ไม่เข้าใจเหตุผลที่ต้องใช้ยา ผู้ป่วยเข้าใจว่ายาทุกชนิดที่แพทย์สั่งให้ใช้นั้นจะใช้เฉพาะช่วงที่มีอาการหืดกำเริบเท่านั้น หากผู้ป่วยไม่มีอาการแล้วความต้องการใช้ยาก็จะน้อยลงด้วย ดังตัวอย่างความรู้สึก ของผู้ป่วยรายหนึ่งที่ไม่มีอาการหืดกำเริบแล้ว แต่ยังคงได้ยาพ่นพ่นสเตียรอยด์ เล่าว่า

“กะหมอบอกให้ใช้ ถ้าเขาบ่ใช้ตามหมอบอก เวลามันเป็นจั้งจั้งจั้งชี่กะย่านหมอเฟิ่นว่าบ่ทำตาม ถ้าหมอบอกว่าใช้เข้าแลงกะต้องเข้าแลง ตอนนี่ยบอกเข้ากะต้องเข้าอย่างเดียวนะ จริง ๆ แล้วกะอยากเขาใช้ เพราะชี่ค้ำน...ตามที่สอบถามส่วนใหญ่ เขาสิบใช้เข้าแลง บางคนกะใช้แบบน่นใช้ไปเฮ็ดหยัง ชี่ค้ำน”

9.6 ผลข้างเคียงของยา

ผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นพ่นสเตียรอยด์ ทุกรายให้ข้อมูลว่าบ้วนปากหลังพ่นยาทุกครั้ง บางคนบ้วนปากหลังพ่นยาขยายหลอดลมด้วย เหตุผลที่ผู้ป่วยบ้วนปากเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร มีผู้ป่วยเพียง 3 ราย ที่เล่าว่าหากไม่บ้วนปากหลังพ่นยาจะมีอาการไอเนื่องจากยาที่พ่นทำให้ระคายเคืองคอ สำหรับยารับประทานชนิดสเตียรอยด์นั้น มีผู้ป่วยเพียง 1 ราย ที่ให้ข้อมูลว่าจะมีผลข้างเคียงแต่ต้องใช้ยาตามแพทย์สั่ง

“มันก็มีผลแล้ว โดนมันเป็นสเตียรอยด์ แต่ว่าพ่นให้ไปแล้วจะต้องกิน กินน้อยกินหลายก็ต้องค่อยกินไป เสาบได้กินตลอด ถ้าจำเป็นพ่นกะบ่ให้”

9.7 การพกษาและเก็บรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่น 2 รายการใช้วิธีจำสีหลอดยาในการแยกความแตกต่าง ของยาพ่นแต่ละตัว มีผู้ป่วย 2 รายที่ให้ข้อมูลว่าสามารถจำกลิ่นยาได้ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ทุกคนจะพกษาพ่นไว้กับตัวตลอดเวลา โดยทุกคนให้เหตุผลว่ากลัวอาการหืดกำเริบเพราะสามารถกำเริบได้ตลอดเวลา บางคนเล่าว่าต้องเก็บไว้ข้างที่นอนในตอนกลางคืน สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาพ่นมีเพียง 1 รายที่เอายาพ่นไปโรงเรียนด้วย ผู้ป่วยที่ไม่ได้เอายาพ่นไปโรงเรียนให้เหตุผลว่าหากเอาไปโรงเรียนกลัวยาพ่นหาย แม้ว่าผู้ป่วยกลัวเกิดอาการกำเริบในโรงเรียน แต่ผู้ป่วยเชื่อว่าหากมีอาการกำเริบต้องมีการแสดงตั้งแต่เข้าก่อนไปโรงเรียนแล้ว ถ้ามีอาการกำเริบเด็กจะแจ้งให้ครูทราบแล้วให้ผู้ปกครองมารับไปโรงพยาบาลหรือกลับไปพ่นยาที่บ้าน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นนักเรียนทุกคนเคยมีอาการหอบขณะอยู่ในโรงเรียนแล้วต้องกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์ของครูที่เคยดูแลนักเรียนที่มีอาการหอบ ซึ่งครูเห็นว่ามีความจำเป็นที่ผู้ป่วยโรคหืดต้องพกษาไปโรงเรียนด้วย ดังตัวอย่างครูคนหนึ่ง เล่าว่า

“ยังไม่เคยเด็กหอบนะ แต่ว่าพ่อแม่เขาจะบอกว่าเด็กเป็นหอบ ถ้าเด็กเป็นหอบจะถามเขาว่าที่บ้านมียากินไหม แม่พาไปหาหมอหรือยังแล้วก็จะให้กลับบ้านให้แม่ให้พ่อพาไปหาหมอ แต่ถ้าดูแล้วเขาไม่เป็นไรก็จะให้นอนพักที่โรงเรียนก็ได้ เพราะว่าบางคนพ่อแม่เขาไม่อยู่บ้าน แต่ยังไม่เคยเห็นเด็กเป็นหอบที่โรงเรียน บางครั้งพ่อแม่ไม่บอกแต่เพื่อนเขาก็มาบอกว่าคนนั้นคนนี้เป็นหอบ บางทีครูก็จะถามบ้าง ผู้ปกครองแถวบ้านเราเขาไม่ค่อยใส่ใจอะไรมากรอก เขาจะรักษาไปตามอาการ เป็นหอบก็จะมาหาหมอ เขาจะไม่ป้องกันอะไรมากรอก เขาอาจจะไม่คิดมากเหมือนเรา แต่ถ้าเขาบอกครูไว้ก็จะดี แต่โดยสัญชาตญาณแล้วถ้าเด็กเป็นเราก็จะหลีกเลี่ยงอยู่แล้ว จะถามตลอดว่าถ้าทำนี้จะไหวไหม ถ้าไม่ไหวก็ไม่ให้ทำ ยังไม่เคยเห็นใครพกษาพ่นไปโรงเรียน ถ้าคนที่เป็นหอบหืดจริง ๆ น่าจะจำเป็นต้องพกษาไป จำเป็นมาก ๆ เลย แล้วก็ต้องใช้แบบถูกวิธีด้วย”

ปัญหาเกี่ยวกับยาพ่นชนิด MDI ที่ค้นพบจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยคือ การเก็บรักษายาพ่นมีผู้ป่วย 2 ราย ที่เคยเก็บยาพ่นไว้ในตู้เย็นเพราะว่ากลัวยาที่เปิดใช้แล้วเสื่อมสภาพ ส่วนยาที่ยังไม่ได้เปิดใช้ผู้ป่วยไม่ได้เก็บไว้ในตู้เย็น

10. การรักษาโดยวิธีอื่น

การรักษาโรคหืดนั้น เป้าหมายหลักคือหายจากอาการหืดกำเริบ โดยความคาดหวังสูงสุดของทุกคนคือการหายขาดจากการเป็นโรคหืด ดังนั้นผู้ป่วยและชาวบ้านจึงแสวงหาวิธีต่าง ๆ ในการรักษาโรคหืดนอกจากการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีอายุมากแล้วจะเคยได้ยินเกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรและสัตว์ต่าง ๆ ในการรักษาโรคหืด ซึ่งเป็นลักษณะปากต่อปาก สำหรับผู้ป่วยเด็กบางคนเคยได้ใช้พืชสมุนไพรและสัตว์ต่าง ๆ จากการที่ผู้ปกครองให้ทดลองรับประทาน

ตัวอย่างสิ่งที่ผู้ป่วยและชาวบ้านเชื่อว่าสามารถรักษาโรคหืดได้

1) พืชและยาสมุนไพร

- ยาฮากเดี่ยวต้มเอาน้ำดื่มหรือสูบ
- กาบไม้ไผ่เผาไฟ ข้าวเปลือกเผา แขน้ำจี้เถ้าต้ม
- ชูดยาสมุนไพร
- ว่านหอม ใบอ้ม ก้านทูน แขน้ำดื่ม

2) สัตว์

- กูดจี้ ฝักหลอกหลีก เผาไฟ
- จิ้งจก แมงสาบ ต๊กแก แมวคำ สุนัขคำ ตั๊กหมี่ เนื้อจระเข้
- รกช้าง หางช้าง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 40 ปี ทุกรายและชาวบ้านทุกคน

ให้ข้อมูลว่าเคยได้ยินและผู้ป่วยชายอายุ 56 ปี เป็นโรคหืดมานาน 8 ปี เคยรับประทาน เล่าว่า

“ กินครั้งเดียว ชื่นเดียว ชื่นละ 100 เท่านั้นเอง (หยิบมือ) ถ้ากินประจำคงจะหาย แต่ไม่ได้กินประจำมันหายาก ”

3) วิธีการอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยใช้ในการบรรเทาอาการกำเริบของโรคหืด คือ การฝังไฟ กอดก้อนหินร้อน (ภาษาชาวบ้านเรียกว่า “ก้อนเส้า”) มีผู้ป่วย 7 รายที่มีประสบการณ์ใช้วิธีการนี้ ดังตัวอย่างผู้ป่วยหญิงอายุ 49 ปี เป็นโรคหืดมานาน 19 ปี เล่าว่า

“ ถ้าเป็นหอบข้อยสิเอาก้อนเส้าไปขางไฟให้อุ่น ๆ แล้วเอามาใส่หน้าอก แม่บอกว่าถ้าเป็นหอบให้เอาก้อนเส้าไปขางแล้วเอามากอดให้อุ่นกะสิบ่หอบ มันถึกความฮ้อน มันกะระบายออก ”

ซึ่งผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเวลาหอบหืดกำเริบปอดจะขึ้นเนื่องจากความเย็นในร่างกาย (ในปอด) ดังนั้นต้องให้ความอบอุ่นเพื่อให้ปอดอุ่นขึ้น ผู้ป่วยบางคนเล่าว่าเมื่อมีอาการหอบหากไม่ต้องการไปโรงพยาบาลให้ก่อไฟแล้วผิงไฟ เมื่อร่างกายอบอุ่นก็จะไม่หอบ ซึ่งบางคนบอกว่าหากไม่ต้องการผิงไฟให้ค้ำน้ำอุ่นแทนได้ ความเชื่อนี้สอดคล้องกับเหตุผลที่ผู้ป่วยเชื่อว่าการนอนเปิดพัดลมนอนในห้องที่เปิดเครื่องปรับอากาศ นอนไม่ห่มผ้าจะทำให้ปอดขึ้นเป็นโรคหืดได้ แต่ก็มีผู้ป่วย 1 รายที่ไม่เชื่อว่าวิธีการนี้สามารถบรรเทาอาการกำเริบของโรคหืดได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์นี้

11. วิธีการรักษาโรคหืดของหมอพื้นบ้าน

การรักษาโรคหืดของหมอพื้นบ้านแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์ของตนเอง โดยการรักษาโรคหืดของหมอพื้นบ้านมีลักษณะเป็นองค์รวมหรือการรักษาหลาย ๆ ระบบในร่างกาย ไม่ได้จำเพาะเจาะจงที่ส่วนใดส่วนหนึ่ง (การรักษาในโรงพยาบาลจะเน้นที่การอักเสบของหลอดลมหรืออาการไอ) ได้แก่ การเป่าด้วยคาถาและการใช้ยาสมุนไพร สำหรับประเด็นที่เหมือนกันคือการแบ่งวิธีการรักษาตามอายุของผู้ป่วย เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 10 ปี และผู้ป่วยที่มีอายุ 10 ปี ขึ้นไป ระยะเวลาในการรักษาโรคหืดขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรคหืด แต่จะอยู่ระหว่าง 3 – 7 วัน โดยหมอพื้นบ้านจะประเมินระดับความรุนแรงเอง หมอพื้นบ้านให้เหตุผลว่าผู้ป่วยอาจไม่บอกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วยที่แท้จริง หมอพื้นบ้านเชื่อว่าผู้ป่วยเด็กสามารถรักษาได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากมีความรุนแรงน้อยกว่า การรักษาผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่มีความยากเนื่องจากความร่วมมือในการรักษาน้อยและผู้ใหญ่ ต้องทำงานหนักพักผ่อนไม่เพียงพอ ประกอบกับอายุมากอวัยวะบางส่วนเริ่มเสื่อมสภาพ ทำให้ผลการรักษาได้ผลไม่ดี หมอพื้นบ้านเล่าว่าบางรายรักษาได้แค่รักษาสภาพโรคไว้เท่านั้น

12. การป้องกันไม่ให้อาการหืดกำเริบ

การป้องกันไม่ให้อาการหืดกำเริบนั้นในมุมมองของผู้ป่วย ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางเดียวกันคือ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดการกำเริบของโรคหืดได้ แต่การให้ความสำคัญกับแต่ละปัจจัยแตกต่างกันตามความเชื่อของแต่ละคน

ประเด็นคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยจำได้จากการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับคำแนะนำที่ได้รับ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ สารระคายเคือง สภาวะอากาศและ การเปลี่ยนแปลงของอากาศ โดยเฉพาะการทำสะอาดที่อยู่อาศัยนั้น เป็นคำแนะนำที่ผู้ป่วยจำได้มากที่สุด ดังตัวอย่างคำแนะนำที่ได้รับจากคำบอกเล่าของชาวบ้านรายหนึ่ง

“เพราะว่าหมอห้องผู้ป่วยในเพิ่งบอกว่าอย่าให้ลูกนอนเสื้อ แม่กระรื้อออกเพราะว่าย่านไรฝุ่น กะเลเยื่อออก กะตีสขึ้น แกบนอนเขี้ยวใส่บ่อน แต่กะได้ตากทุกมือ เคาะทุกมือ ถ้ามือได้ฝนตกกะตากข้างในให้ลมมันพัด”

สิ่งที่ผู้ป่วย ชาวบ้านและหมอพื้นบ้านได้อธิบายเพิ่มเติมในภาษาหรือมุมมองที่แตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ คือ การหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ถูกกับโรคหรือที่เรียกว่า “อาหารแสลง” ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่าเป็นอาหารที่ผู้ป่วยแพ้หรือเป็นสารก่อภูมิแพ้ โดยผู้ป่วยแต่ละรายมีรายการอาหารแสลงที่ต่างกัน เช่น อาหารหมักดอง (ผู้ป่วยบางคนไม่รับประทานปลาร้าเนื่องจากกลัวอาการหอบหืดแต่ไม่ได้กลัวพยาธิ) เนื้อสัตว์ อาหารหวาน อาหารมัน ขนมนจีน น้ำอัดลม เป็นต้น ผลไม้บางชนิดที่เป็นอาหารแสลงในความเชื่อของผู้ป่วย เช่น แดงโม จากการสัมภาษณ์พบว่า มีผู้ป่วย 2 รายที่เป็นหอบหืดทุกครั้งที่ได้รับประทานแดงโม

หมอพื้นบ้านเชื่อว่าเครื่องคั้นบำรุงกำลังสามารถกระตุ้นให้ร่างกายทำงานหนักไม่ได้พักผ่อน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหืดกำเริบได้ ดังนั้นจึงแนะนำให้หลีกเลี่ยงด้วย พร้อมทั้งแนะนำให้รับประทานอาหารประเภทผักกลุ่มเย็น ดังตัวอย่างหมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์ในการรักษาโรคนาน 49 ปี แนะนำว่า

“ต่อไปคือให้นอนมาก ๆ พักผ่อนให้เพียงพอ ตอนกลางวันต้องหาเวลาพักผ่อนบ้าง 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงเป็นนั่นตำ แต่กลางคืนควรนอน 8 ชั่วโมง ถ้าทำแบบนี้ร่างกายจะหายเร็วขึ้น การนอนอย่างนอนในห้องแอร์หรือใช้พัดลมเป่า ถ้ามียพัดลมเป่าให้พัดลมอยู่ห่างที่สุด แม้ว่าจจะร้อนต้องใส่เสื้ออย่างปล่อยตัวเปล่า เพราะตกคึกมาอากาศจะเย็นจะทำให้ร่างกายเราเปลี่ยนแปลง การกินควรกินผักกลุ่มเย็น เช่น พัก แฝง แดงกวา ผักหวาน ผักบึง ควรกินบ่อย ๆ ประจำจะทำให้ร่างกายฟื้นเร็ว ผักที่ทำให้ร้อนหรือเผ็ดขอพักไว้ก่อน อาการพวกเครื่องเทศก็ควรใส่จำนวนน้อย ควรหลีกเลี่ยงผักกลุ่มร้อน”

ในประเด็นการออกกำลังกายและการเล่นกีฬานั้น ผู้ป่วยและชาวบ้านแต่ละคน ยังมีความเชื่อที่แตกต่างกัน แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะแนะนำว่าการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายแข็งแรง อาการหืดกำเริบน้อยลงได้ ซึ่งผู้ป่วยหลายคนได้ทำตามคำแนะนำและได้ผลดี แต่บางคนยังไม่เชื่อเนื่องจากหลังออกกำลังกายแล้วมียังมีอาการเหนื่อยหอบ ดังตัวอย่างชาวบ้านรายหนึ่งเป็นมีลูกเป็นโรคหืดนาน 12 ปี เล่าว่า

“เล่นหรือออกกำลังกายแมนเบิดละ แสงหอบ มีอาการไอ สองสามทีอกะหอบ คนนี้คือลีเมื่อຍบได้ บางคนกะว่าเล่นกีฬากะเซา นี้แสงเล่นกีฬาแสงเมื่อย แสงตะหอบ จักลีเชื่อผู้ได้”

คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยาบางชนิดที่มีผลกระตุ้น ให้อาการหืดกำเริบได้ ได้แก่ ยากลุ่ม NSAID aspirin และ β -blocker เป็นส่วนที่ไม่มีผู้ป่วย และชาวบ้านคนใดกล่าวถึงเลย แม้ว่าบางคนจะได้รับยากลุ่มนี้ร่วมกับยารักษาโรคหืดด้วย

13. เป้าหมายและความคาดหวังในการรักษาโรคหืด

มุมมองของผู้มีประสบการณ์ป่วยเป็นโรคหืดและการเป็นผู้รักษาของบุคลากรทางการแพทย์มีการกำหนดเป้าหมายในการรักษาโรคหืดที่แตกต่างกัน ดังนี้

เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคหืดของบุคลากรทางการแพทย์ มีดังนี้

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

เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่าโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่การรักษาให้หายขาดเลยทำได้ยาก ดังนั้นจึงไม่มีเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยให้หายขาด

ความคาดหวังของผู้ป่วยโรคหืด

ผู้ป่วยทุกรายมีความคาดหวังอยากให้ตนเองหายจากโรคหืด ในขณะเดียวกัน ก็ไม่เชื่อว่าตนเองจะสามารถหายได้ โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยเป็นโรคหืดมานาน เนื่องจากผู้ป่วยใช้เวลาในการรักษาและแสวงหาวิธีการต่าง ๆ แล้ว แม้ว่าจะอาการจะเริ่มดีขึ้น (บุคลากรทางการแพทย์เรียกว่าสามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบได้) แต่ก็ไม่หายขาด ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งป่วยเป็นโรคหืดนาน 11 ปี เล่าว่า

“กะบู้ฮู้ละเนา คิดว่าสิบหายเลยคิดว่าจั่งซันละ เพราะว่ามันเป็นมาโดนบ่เห็นมันเขา แต่ว่ามันดีขึ้นอยู่ซันี่ละ มันกะสิอยู่ซันี่ละ สิให้มันดีขึ้นเลย คือสิบมีดอกคือ”

สำหรับผู้ป่วยที่เป็นเด็ก ผู้ปกครองจะได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่าเด็กบางคนอาจหายได้เนื่องจากอาการหอบที่เด็กเป็นนั้นอาจไม่ใช่อาการของโรคหอบหืดแต่เป็นอาการของโรคที่มีลักษณะคล้ายกัน ซึ่งอาการเหล่านี้อาจหายได้เมื่อเด็กโตขึ้น แต่ผู้ปกครองเองก็ไม่มั่นใจว่าลูกที่เป็นโรคหืด

จะหายได้ เนื่องจากเด็กมีอาการหืดกำเริบบ่อย ต้องพามารักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ดังตัวอย่าง
ชาวบ้านรายหนึ่งที่มีลูกอายุ 9 ปี เป็นโรคหอบหืดมานาน 4 ปี เล่าว่า

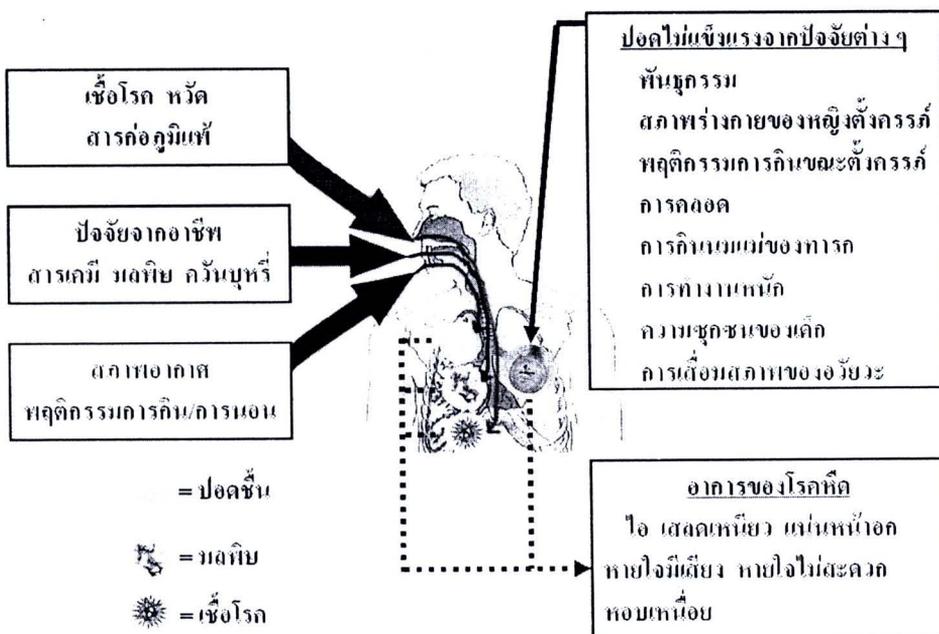
“ แต่กะได้ยินคนอื่นเขาเว้าอยู่ว่าใหญ่ขึ้นอาจสหาย แต่กะบ่เห็นหาย กะเห็นเป็น
ตลอดคิดวาคือสิบ่หาย บ่ทรงสหายหรือมันคล้าย ๆ เป็นโรคประจำโตะละ คิดวาคือสิบ่หาย
เป็นยามได้กะหอบมาจั่งซีละ”

แม้ว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าอยากหายขาดในขณะที่เชื่อว่าคงไม่สามารถหายได้
แต่ผู้ป่วยและชาวบ้านเองก็มีวิธีการสังเกตว่าอาการของผู้ป่วยโรคหืดดีขึ้นได้ ลักษณะของผู้ป่วยที่มี
อาการดีขึ้น ได้แก่ ทำงานได้ ไม่หอบ ไม่เหนื่อย ไม่ไอ สามารถรับประทานอาหารได้ หากเป็น
เด็กจะร่าเริง เล่นได้ ไม่งอแง ซึ่งเป็นลักษณะที่ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เหมือนคนปกติใน
เป้าหมายการรักษาโรคหืดของบุคลากรทางการแพทย์

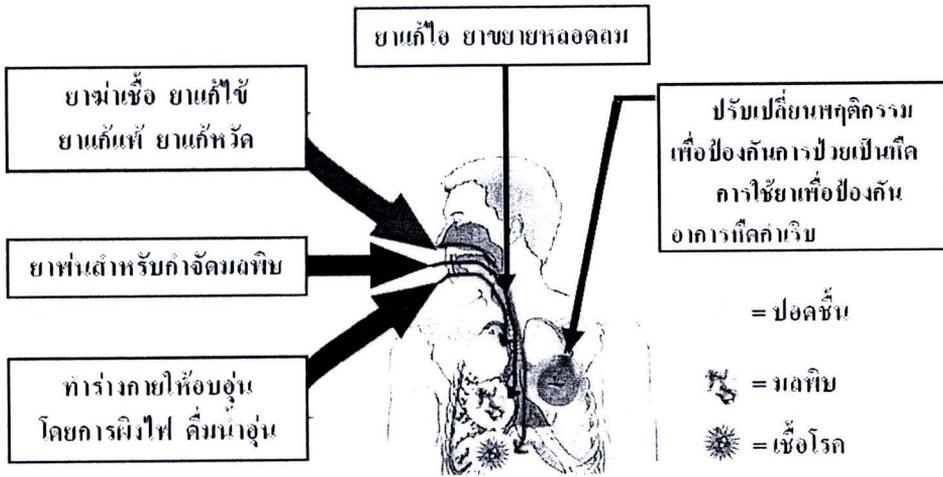
14. แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืด

จากข้อมูลความเชื่อและมุมมองเกี่ยวกับโรคหืดของผู้ป่วยสามารถสรุปเป็นแบบจำลองการ
อธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดของผู้ป่วย หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ได้ดังนี้

14.1 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วย

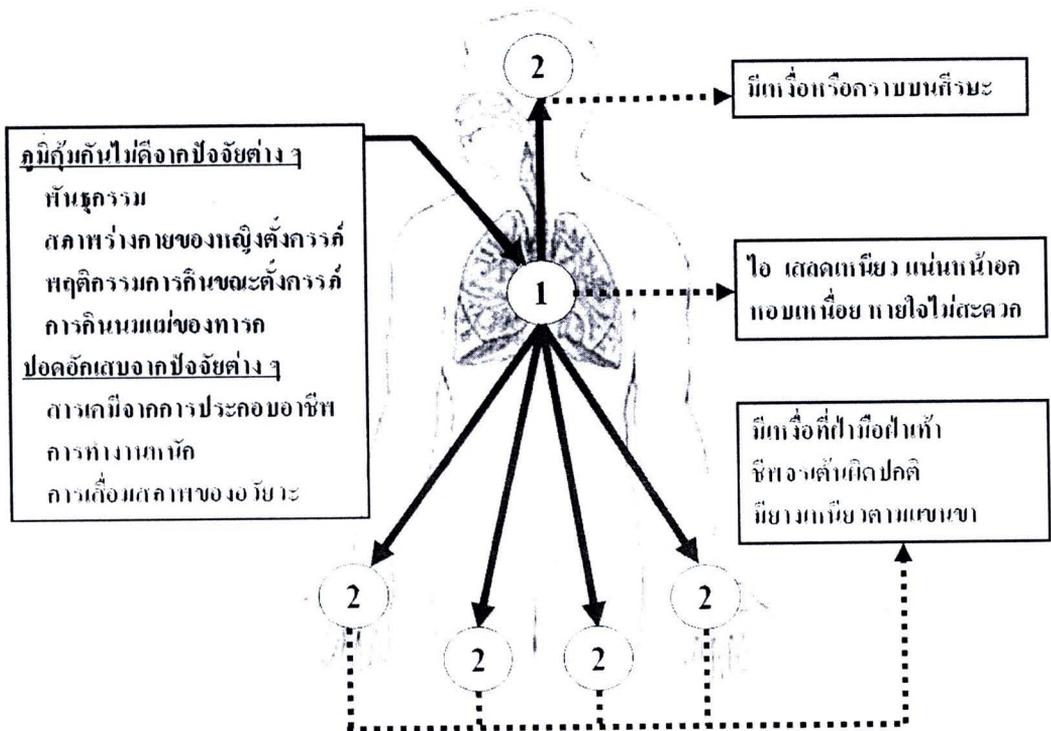


ภาพที่ 5 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดของผู้ป่วยโรคหืด : สาเหตุและอาการ

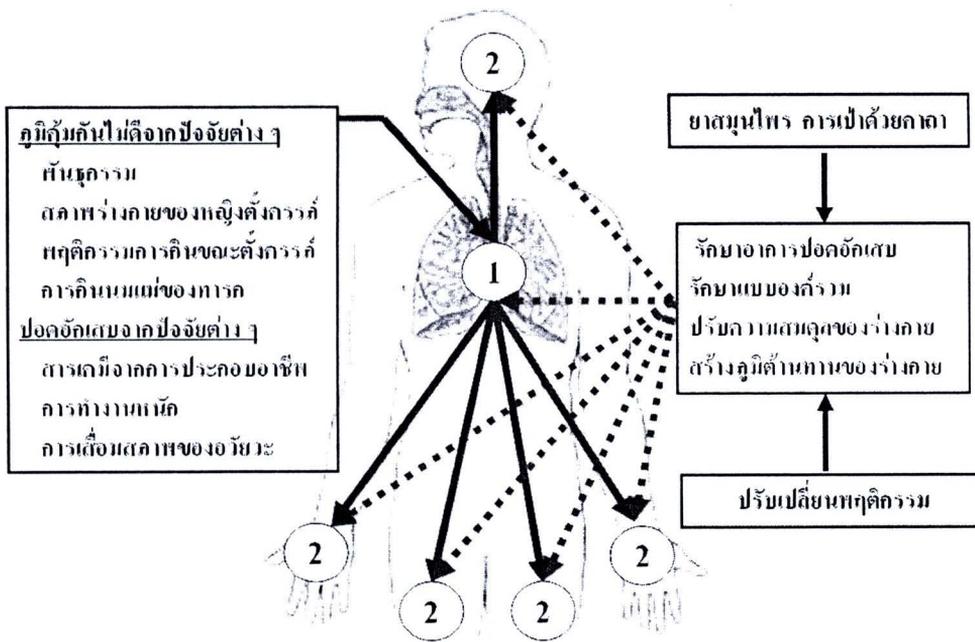


ภาพที่ 6 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดของผู้ป่วยโรคหืด : การรักษา

14.2 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดในมุมมองของหมอพื้นบ้าน

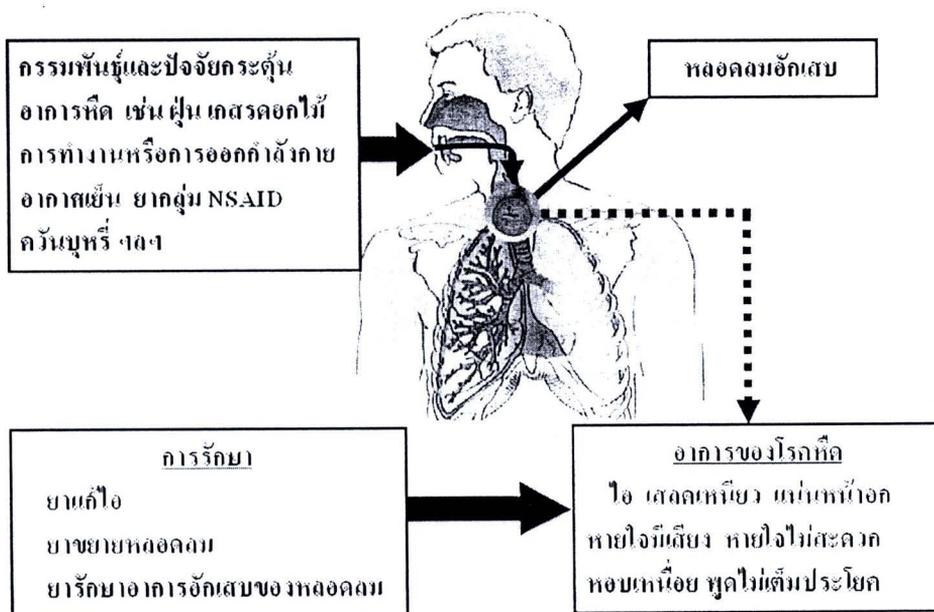


ภาพที่ 7 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดของหมอพื้นบ้าน : สาเหตุและอาการ



ภาพที่ 8 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหัดของหมอพื้นบ้าน : การรักษา

14.3 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหัดในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์



ภาพที่ 9 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหัดของบุคลากรทางการแพทย์

15. ความคิดเห็น ความรู้สึกเมื่อทราบมุมมองของผู้ป่วย ชาวบ้าน หมอพื้นบ้าน

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก เมื่อทราบ มุมมองของผู้ป่วย ชาวบ้านและหมอพื้นบ้าน มีรายละเอียดดังนี้

1) ชื่อของโรคหืดและคนบอกว่าเป็นโรคหืด

เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนเป็นในท้องถิ่นและเป็นผู้ที่แจ้งชื่อโรคให้ผู้ป่วยรู้ จึงคุ้นเคยกับชื่อเรียกโรคหืดของผู้ป่วย แต่บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่มั่นใจกับคำว่า “เป็น หอบ” ในความเชื่อของผู้ป่วยว่าหมายถึงโรคหืดหรือเป็นแค่อาการหอบเหนื่อยเท่านั้น เนื่องจาก บางครั้ง เมื่อมีการซักประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัวหรือโรคที่เคยเป็น มีหลายครั้งที่ผู้ป่วยให้ประวัติ ว่าเคยเป็นโรคหอบ แต่เมื่อตรวจดูประวัติย้อนหลังพบว่า เป็นอาการของโรคอื่น ๆ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภูมิแพ้ หลอดลมอักเสบ เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องมีการซักประวัติเพิ่มเติมหรือตรวจดู ประวัติย้อนหลัง เพื่อให้การลงประวัติการรักษาได้ถูกต้อง เพราะระยะเวลาเจ็บป่วยมีความสำคัญ ต่อการวางแผนการรักษา

2) สาเหตุของโรคหืดและปัจจัยที่มีผลกระตุ้นให้อาการหืดกำเริบ

จากข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคหืด บุคลากรทางการแพทย์เคยได้รับรู้เกี่ยวกับ สาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้จากการซักประวัติผู้ป่วยเบื้องต้น แต่ไม่ได้รับรู้ข้อมูลในเชิงลึกเกี่ยวกับความ เชื่ออื่นของผู้ป่วย พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองจะสอบถามผู้ป่วยจะเกี่ยวกับประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต สารก่อภูมิแพ้ การสูบบุหรี่ สัตว์เลี้ยง ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของ ผู้ป่วยที่นำไปสู่การเป็นโรคหืดเป็นข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับรู้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาหาร ที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคหืด บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ข้อมูลนี้ในการอธิบายหรือ แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารหรือหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิดได้ สำหรับข้อมูล เกี่ยวกับภาวะการตั้งครรภ์และการคลอด เป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์เห็นว่าควรให้ความสำคัญ มากขึ้น ปัจจัยที่มีผลกระตุ้นอาการหืดกำเริบที่บุคลากรทางการแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยยังไม่ให้ ความสำคัญคือ ยากลุ่ม NSIAD Aspirin และ β -blocker เนื่องจากมีผู้ป่วยบางคนที่ต้องใช้ยา กลุ่มนี้ ดังนั้นเภสัชกรควรเน้นประเด็นนี้มากขึ้น

ความเชื่อและมุมมองของผู้ป่วยในประเด็นนี้เป็นข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ รับทราบและใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันอาการหืดกำเริบ ข้อมูลที่ได้เพิ่มเติม คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพภูมิอากาศ เดิมบุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่าช่วงฤดูฝน และฤดูหนาวผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบได้มากกว่า ทำให้มีการสำรองเวชภัณฑ์ยาไว้มาก ส่วนฤดูร้อน จะมีการสำรองเวชภัณฑ์ยาน้อย จากข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยพบว่าไม่มีความแตกต่างเกี่ยวกับฤดูกาล

เนื่องจากอาการหอบหืดสามารถกำเริบได้ตลอดเวลา ปัจจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาเป็นอีกปัจจัยที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญ เนื่องจากพบปัญหาความไม่เข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำให้ออกกำลังกายและเล่นกีฬาที่ผู้ป่วยได้รับ จากการที่มีผู้ป่วยและชาวบ้านบางคนได้รับคำแนะนำว่าการเล่นกีฬาจะทำให้ร่างกายแข็งแรง อาการหืดกำเริบน้อยลง แต่เมื่อผู้ป่วยเล่นกีฬาแล้วกลับมีอาการแย่ลง ปัญหานี้บุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่าอาจเกิดจากผู้ป่วยหักโหมเกินไป ดังนั้นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายและเล่นกีฬาควรพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

ความเชื่อเกี่ยวกับช่วงอายุกับการเป็นโรคหืดของผู้ป่วย ชาวบ้านและหมอพื้นบ้านเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เรียนรู้ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย โรคหืดเพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาและการให้คำแนะนำผู้ป่วยในแต่ละช่วงอายุได้

3) การวินิจฉัยโรค อาการแสดงและการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหืด

การวินิจฉัยโรคของหมอพื้นบ้านมีแนวทางที่แตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากหมอพื้นบ้านไม่ได้จำเพาะเจาะจงที่อวัยวะใดหรือระบบใด แต่หมอพื้นบ้านมองการเชื่อมโยงของโรคหืดจากระบบการหายใจไปสู่ระบบอื่นของร่างกาย ซึ่งสัมพันธ์กับการจัดชุดยาสมุนไพรในการรักษาโรคหืดที่รักษาในหลายระบบ แนวทางนี้ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความสนใจในการค้นหาปัญหาหรืออาการในระบบอื่นนอกจากระบบการหายใจของผู้ป่วยมากขึ้น

บุคลากรทางการแพทย์ได้เรียนรู้อาการแสดงและความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหืดเมื่อเกิดอาการกำเริบ จากระบบการให้บริการในปัจจุบันที่มีการสอบถามอาการตามแบบฟอร์มที่กำหนดหรือคำถามที่ซ้ำ ๆ กัน ทำให้อาจขาดในบางประเด็น เช่น พฤติกรรมหรือความสามารถ ในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย หากบุคลากรทางการแพทย์ถามผู้ป่วยว่าสามารถทำงานได้หรือไม่ ผู้ป่วยอาจตอบว่าทำงานได้ แต่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ทราบว่าก่อนผู้ป่วยทำงานนั้นได้ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมก่อนจึงสามารถทำงานได้ ถ้าไม่ใช้ยาพ่นก่อนจะทำงานไม่ได้

4) การรักษาโรคหืด เป้าหมายและความคาดหวังในการรักษาโรคหืด

พฤติกรรมการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดเป็นสิ่ง que บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญมากที่สุด ประเด็นเกี่ยวกับอาการแสดงที่ผู้ป่วยตัดสินใจมารักษาที่โรงพยาบาลนั้นบุคลากรทางการแพทย์เห็นว่าน่าจะนำไปใช้ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตอาการตนเองก่อน สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นนักเรียนและต้องไปโรงเรียน บุคลากรทางการแพทย์

เห็นความสำคัญเกี่ยวกับการแจ้งให้ครูทราบว่ามีเด็กนักเรียนเป็นโรคหืด เพื่อให้ระมัดระวังการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการสังเกตอาการของผู้ป่วยด้วย

มีการรักษาหลายวิธีที่บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เคยรู้จัก เช่น การฝังไฟหรือถอดก้อนหินร้อนเพื่อบรรเทาอาการหืดกำเริบ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจและอยากศึกษาเพิ่มเติม บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยเมื่อเข้ามาใช้บริการ ในโรงพยาบาล ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีความต้องการไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยบางคนต้องมาพ่นยาแล้วกลับบ้าน ผู้ป่วยบางคนต้องการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงต้องวางแผนการรักษาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ได้รับบริการที่ดีขึ้น

5) การใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยา

การรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยเป็นประเด็นที่บุคลากรทางการแพทย์ยอมรับว่าไม่เคยได้รับรู้มาก่อน การที่ผู้ป่วยมีการปรับวิธีการใช้ยาและขนาดการใช้ยาเองโดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยใช้ยาพ่นขยายหลอดลมก่อนการทำงานนั้น บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจมาก แม้ว่าจะบางคนเคยได้ยินผู้ป่วยคนอื่นเล่าให้ฟังเกี่ยวกับการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมก่อนการเล่นกีฬา เพื่อไม่ให้รู้สึกเหนื่อย แต่ไม่รู้ว่าผู้ป่วยบางคนใช้ยาพ่นก่อนทำงานทุกครั้ง และที่บุคลากรไม่เคยรู้เลยคือการที่ผู้ป่วยใช้ยาพ่นขยายหลอดลมก่อนนอนเพราะกลัวอาการหอบหืดตอนกลางคืน ในประเด็นนี้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยใช้ประสบการณ์เรียนรู้เกี่ยวกับแบบแผนการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยทุกรายจะทราบว่าตนเองจะมีอาการหืดกำเริบเมื่อทำกิจกรรมใดหรือช่วงเวลาใด ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะป้องกันอาการกำเริบ ประกอบกับการที่ผู้ป่วยเชื่อว่ายาขยายหลอดลมสามารถช่วยให้อาการหืดกำเริบดีขึ้นได้ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยนำแบบแผนการเจ็บป่วยมารวมกับความเชื่อในการใช้ยา จึงเกิดแนวทางในการใช้ยาของผู้ป่วยเอง ทั้งการปรับวิธีการใช้ยาและปรับขนาดการใช้ยา ทั้งยาพ่นและยารับประทาน

สิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ได้เรียนรู้เพิ่มขึ้นอีกประการหนึ่งคือ ผู้ปกครองบางคนไม่ต้องการให้ลูกใช้ยามากเกินไปเนื่องจากเคยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นแล้วมีการรักษาโดยไม่ใช้ยาดังตัวอย่างชาวบ้านคนหนึ่งที่เคยพาลูกไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น เล่าว่า

“ เคยไปนอนโรงพยาบาลที่กรุงเทพ ครั้งหนึ่ง บอกว่าลูกเป็นหอบเขาก็ให้นอนโรงพยาบาลหัดคืน ที่ได้เข้าโรงพยาบาลเพราะว่าเป็นไข้ ก็ไปหาหมอ เขาก็เป็นหอบนั่นแหละ แล้วก็เล่าให้หมอฟังว่าเขาเคยเป็นหอบ หมอเขาก็เลยให้นอนโรงพยาบาลให้ดูอาการ ก็เลยเป็นวิธีการรักษาที่แตกต่างกันมาก ที่นั่นเขาไม่ได้ให้ยาพ่น ไม่ให้ยาฉีดเหมือนโรงพยาบาลวังหินนะ เขาจะให้ยาตามอาการ ถ้ามีไข้ก็จะให้ยาแก้ไข แล้วก็ให้เช็ดตัวกินยาแก้ไข เขาก็ไม่ให้พ่นยา เขาจะให้ครอบ

ออกซิเจน (ทำท่าครอบทั้งศีรษะ) เหมือนกระปุก แล้วที่นี้เขาก็จะไปดูเสลดเข้าเย็น ดูดที่คอ เข้าหนึ่งครั้งเย็นหนึ่งครั้ง ยาแทบจะไม่ได้กิน พอเขาเห็นว่ามิเสลดเขียวเขาก็จะให้กินยาอะไรนะ ยาลดยาเสมหะเขาไม่ให้กิน เขาคูดเสลดเอาเขาให้กินยาม่าเชื้อ ถ้ามีน้ำมูกเขาก็ให้กินยาคลอเฟรานีและนิค ๆ หน่อย ๆ เอง แต่ที่ให้อนโรงพยาบาลเขาไม่ได้เป็นอะไรนะ เขาบอกว่าให้ออกอากาศเพราะว่าเขาเคยเป็นหอบ เขากลัวว่าจะเป็นหอบที่บ้าน เพราะว่าถ้าพ่อแม่สะดวกก็ให้อนโรงพยาบาลไปเลย”

บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาแต่ไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยเป็นโรคหืดขณะที่ยังรักษาหรือป่วยเป็นโรคอื่น ซึ่งประเด็นนี้บุคลากรให้ความเห็นว่าควรสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการรักษาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการรักษาผู้ป่วย

รายการยาที่ผู้ป่วยต้องการเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล เป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ได้เรียนรู้เพิ่มเติม เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการรักษาและการสำรองเวชภัณฑ์ยา ยารายการ ที่พบว่าผู้ป่วยเกิดปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา เช่น ปัญหายาพ่นมีรสขมแล้วเด็กไม่ใช้ยา บุคลากรทางการแพทย์เห็นว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพิจารณารายการยาที่เหมาะสม การเก็บรักษาและการพกพาติดตัวของผู้ป่วยโรคหืดเป็นเรื่องที่เภสัชกรต้องให้ความสำคัญในการแนะนำผู้ป่วยเพิ่มเติม สำหรับผลข้างเคียงในการใช้ยานั้น

ในประเด็นการเรียกชื่อยาที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย ชาวบ้านและบุคลากรทางการแพทย์นั้น บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะทราบชื่อเรียกยาของผู้ป่วยจากความคุ้นเคยและสามารถตรวจสอบจากรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับหรือจากลักษณะยาที่ผู้ป่วยนำมาด้วย หากรายการยาใดที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ทราบหรือไม่มั่นใจจะมีการสอบถามเภสัชกรทุกครั้ง ประเด็นปัญหาผู้ป่วยเรียกชื่อยาตามลักษณะภายนอกของยาก่อให้เกิดปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ เนื่องจากการจัดชื่อยาแต่ละครั้งอาจไม่ได้ชื่อจากแหล่งจำหน่ายเดิม ทำให้รูปลักษณะภายนอกของยาไม่เหมือนเดิม เช่น Budesonide มี 2 สี คือ สีขาวและสีแดง เภสัชกรได้อธิบายความจำเป็นในการจัดชื่อยาตามนโยบายจัดซื้อร่วม ซึ่งมีการพิจารณาทุกปี ในแต่ละปีอาจมีผลการพิจารณาจัดชื่อยาที่แตกต่างกัน จำเป็นต้องมีการจัดชื่อยาจากแหล่งจำหน่าย ที่แตกต่างกัน

6) การป้องกันไม่ให้อาการหืดกำเริบ

สำหรับข้อมูลการป้องกันโรคหืดที่ได้จากผู้ป่วยนั้น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบว่าผู้ป่วยรู้จักวิธีการป้องกันไม่ให้อาการหืดกำเริบแล้ว แต่สิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ทราบคือการที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าทำไมบุคลากรทางการแพทย์ห้ามหรือระงับการทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตากฝน เนื่องจากแม้ว่าผู้ป่วยจะเคยตากฝนจนเปียกแต่ก็ไม่มีอาการหืดกำเริบ

16. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบูรณาการแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยในระบบบริการผู้ป่วยโรคหืดโดยเน้นระบบการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

ผลการสนทนากลุ่มเพื่อพิจารณาแนวทางการบูรณาการแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยในระบบบริการผู้ป่วยโรคหืด โดยเน้นระบบการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ ในระบบบริการผู้ป่วยนั้น ควรมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยดั่งเพื่อนมนุษย์ด้วยหัวใจที่มีแต่ความปรารถนาดี เอาใจเขามาใส่ใจเรา ให้บริการด้วยความรัก มีความเมตตาธรรม บริการด้วยหัวใจรัก ทำด้วยความเต็มใจเข้าใจความคาดหวังของผู้ป่วยที่มารับการรักษาและระลึกอยู่เสมอว่าผู้รับบริการต้องมีความสุขทั้งกายและใจ และผู้ปฏิบัติมีความเปิดต่อความดีในหน้าที่ที่ทำ โดยบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ให้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง สำหรับองค์ความรู้ที่ต้องเน้นในการพัฒนา คือ องค์ความรู้เกี่ยวกับแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้จากการศึกษานี้ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์เสนอให้เพิ่มกิจกรรมในระบบบริการผู้ป่วยโรคหืด ดังนี้

1) ขั้นตอนการซักประวัติและจัดทำทะเบียนผู้ป่วย

ในการซักประวัติผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการซักประวัติโดยเพิ่มเติมในประเด็นสาเหตุและปัจจัยกระตุ้นอาการหอบหืด เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีปัจจัยกระตุ้นที่แตกต่างกัน ดังนั้นการให้คำแนะนำในเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นจึงไม่สามารถจำเพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจและมีความคิดขัดแย้งขึ้น อาจมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาโรคได้ สำหรับประเด็นที่ควรเพิ่มเติมในการซักประวัติและจัดทำทะเบียนผู้ป่วย ได้แก่

- ข้อมูลสิ่งกระตุ้นให้อาการหืดกำเริบ เช่น สารก่อภูมิแพ้ สารระคายเคือง เป็นต้น
- ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
- ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด (กรณีผู้ป่วยเด็ก)
- ประวัติโรคภูมิแพ้หรือโรคอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ
- ข้อมูลการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยและคนรอบข้าง
- อาชีพ (เพื่อเก็บข้อมูลกิจกรรมของผู้ป่วยและการสัมผัสกับสารเคมีต่าง ๆ)
- สภาพภูมิอากาศหรือฤดูกาลที่มักมีอาการกำเริบบ่อย
(ใช้ในการวางแผนด้านเวชภัณฑ์)
- อื่น ๆ เช่น สอบถามผู้ป่วยว่ามีอาการหืดกำเริบหลังจากทำกิจกรรมใด

2) ขั้นตอนการตรวจและคัดกรองเบื้องต้น

ในการตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองเบื้องต้นนั้น ควรเน้นการตรวจอาการไอ เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายมีอาการไอก่อนอาการหืดกำเริบ ในขณะที่เดียวกันการไอก็เป็นอาการแสดงของหลาย ๆ โรคที่มีลักษณะคล้ายกัน แต่ลักษณะการไอแห้ง ๆ หรือไอมีเสลดสีเหลืองเหนียวจุดแน่นที่ถือเป็นลักษณะการไอที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าเป็นอาการนำของโรคหืด ดังนั้นการตรวจเพื่อแยกอาการไอจากสาเหตุอื่นนอกจากอาการของโรคหืดจึงมีความสำคัญ

ลักษณะอาการที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นอาการโรคหืดที่ชัดเจน คือ การหายใจมีเสียงหวีด (หรือเสียงอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยได้ยิน) ในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยควรสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเสียงหวีดที่เกิดจากการกำเริบของโรคหืดให้เข้าใจตรงกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย หากเสียงที่ผู้ป่วยได้ยินกับเสียงที่บุคลากรทางการแพทย์ประเมินว่าเป็นเสียงหายใจขณะที่มีอาการกำเริบของโรคหืดแล้ว การนับจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีเสียงหวีดอาจช่วยประเมินความถี่ของอาการหืดกำเริบได้ เนื่องจากที่ผ่านมามีการประเมินความถี่ของอาการหืดกำเริบประเมินจากจำนวนครั้งของการใช้ยาพ่นผู้ป่วยบางคนนับจำนวนครั้งที่กดยาพ่นซึ่งอาจเป็นการ กดยาพ่นมากกว่า 1 ครั้งในการบรรเทาอาการหืดกำเริบครั้งเดียว จึงแจ้งจำนวนครั้งที่มีการกำเริบมากเกินความเป็นจริง หรือบางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการหอบหืดแต่ไม่ยอมใช้ยาพ่นขยายหลอดลมเนื่องจากกลัวติดยาหรือชินกับการใช้ยา ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยรายหนึ่ง เป็นโรคหืดนาน 8 ปี เล่าว่า

“ย่านมันห่ามยาพ่น [กลัวชิน] เวลาหอบกะลองทดสอบเบ็ง กะอยู่ได้อยู่ ย่านมันติด”

ซึ่งในกรณีนี้หากนับจำนวนครั้งที่อาการกำเริบจากจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยพ่นยา จะได้จำนวนครั้งที่มีการกำเริบน้อยกว่าความเป็นจริง

การใช้เครื่อง peak flow meter ควรมีการสอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง เนื่องจากเทคนิคการเป่าของผู้ป่วยมีผลต่อค่า PEFR ที่ได้ ซึ่งแตกต่างจากค่า FBS ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้จากการตรวจวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการ พร้อมทั้งต้องสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยทราบว่าเป่าเพื่ออะไร และการเป่าแต่ละครั้งนั้นได้ผลเป็นอย่างไร

สำหรับแนวทางการวินิจฉัยโรคของหมอพื้นบ้านควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเปรียบเทียบกับแนวทางการวินิจฉัยโรคของแพทย์ หากผลการศึกษามีความใกล้เคียงกันสามารถนำมาใช้ในการเฝ้าระวังหรือติดตามความรุนแรงของโรคหืดได้

3) ขั้นตอนการตรวจรักษา

การตรวจรักษาเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการสร้างความเข้าใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการวางแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าเมื่อมารักษาที่โรงพยาบาลแล้วจะหาย (อาการกำเริบหาย) ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักจะปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ในช่วงแรก หากปฏิบัติตามแล้วไม่ได้ผลตามที่คาดหวังหรือเห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามแล้ว ผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติเอง แต่หากแพทย์สอบถามแล้วผู้ป่วยมักจะเกรงใจหรือกลัวแพทย์โกรธทำให้ตอบคำถามในลักษณะที่เป็นไปแนวทางเดียวกับคำสั่งแพทย์ครั้งที่ผ่านมา ยกตัวอย่างเช่น คำสั่งการใช้ยา ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนวิธีและขนาดการใช้ยาเองตามแบบแผนการกำเริบของโรคหืด แต่เมื่อแพทย์นัดก็มารับยาตามนัด ทำให้แพทย์เชื่อว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาหรือมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี ซึ่งปัญหาลักษณะนี้เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้จ่ายระยะเวลาาน ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยรายหนึ่ง เป็นโรคหืดนาน 8 ปี เล่าว่า

“ ตามที่สอบถามส่วนใหญ่ เขาสิบใช้เข้าแลง บางคนกะใช้แบบแ่น ใช้ไปเฮ็ดหยั่งซี้ค่าน นี่เป็นอีกข้อหนึ่งที่มันบ่ลดอาการอีกเสบซของหลอดลม คิดว่าอาจสิบใช้ตามหมอสั่ง เพราะว่าเคยเห็น คือคนใช้ความดันคือกัน เอายาไปซื้อ ๆ บ่กิน แต่มาทุกนั๊ก มาเอาไปซื้อ ๆ เคยมีเคยบอกอยู่ว่าถ้าบ่กินกะบ่ต้องไป มันเปลืองยาเอาไว้ให้ผู้อื่น”

ดังนั้นการสร้างความเข้าใจและการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ จากข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ควรให้ความสนใจหรือสร้างความเข้าใจให้มากขึ้นคือ ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการหืดได้ดีเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อาการหืดกำเริบน้อยลงหรือไม่มีอาการกำเริบเลย ในขณะที่แพทย์วางแผนการรักษาตามขั้นตอนการรักษาคือค่อย ๆ ลดขนาดยาลงจนถึงระดับที่สามารถหยุดยาได้ ซึ่งในระหว่างนี้หากผู้ป่วยหยุดใช้ยาเนื่องจากไม่เห็นความสำคัญหรือความจำเป็น อาการหอบหืดอาจกลับมาอีกภายในเวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน ทำให้ต้องเริ่มการรักษาใหม่ ดังนั้นการสร้างความเข้าใจในแผนการรักษาโรคและความสำคัญ

4) ขั้นตอนการค้นหาปัญหาการใช้ยา/การจ่ายยา/สอนเทคนิคการใช้ยา

การรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน บางคนเชื่อว่ายาพ้นโรงพยาบาลดีกว่ายาพ้นที่ได้ตอนกลับบ้าน บางคนเชื่อว่ายาปรับประทานดีกว่ายาพ้นจึงไม่พ้นยา จากการสัมภาษณ์พบว่าความเชื่อมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ถ้าผู้ป่วยเชื่อมั่นว่ายาชนิดใดให้ผลดีก็จะใช้ยาชนิดนั้น หากผู้ป่วยไม่เชื่อมั่นแล้วจะมีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาเอง ดังนั้นการค้นหาวิธีการใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้จริงเป็นสิ่งสำคัญต่อการวางแผนการสอนหรือให้คำแนะนำในการใช้ยา

ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการที่ผู้ป่วยมารับยาเพิ่มในขณะที่ยังมียาเดิมเหลืออยู่ ซึ่งอาจเกิดจากการมาก่อนหน้าเนื่องจากอาการกำเริบ หรือการไม่ใช้ยาทำให้ยาเหลือ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงเห็นว่าควรมีระบบการแลกเปลี่ยนยาโดยเฉพาะยาพ่น โดยให้ผู้ป่วยนำยาพ่นที่หมดหรือเหลือน้อยมาแลกเปลี่ยนยาหลอดใหม่ ส่วนยาชนิดรับประทานให้ใช้ระบบ Drug reconciliation เพื่อตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วย

5) เพิ่มกิจกรรมออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อค้นหารูปแบบบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ทั้งกลุ่มผู้ป่วยและชาวบ้าน พบว่าความเชื่อและมุมมองที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละรายมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากปัจจัยแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ทั้งปัจจัยกระตุ้นอาการหืดกำเริบ สิ่งแวดล้อม ความเชื่อส่วนบุคคล ดังนั้นหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถค้นหามุมมองหรือความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละรายแล้วนำมาวางแผนการรักษาให้เหมาะสมเป็นรูปแบบการรักษาเฉพาะรายแล้วความร่วมมือในการรักษาและผลการรักษาน่าจะดีขึ้น

17. การอภิปรายผล

17.1 ผลการศึกษา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้ป่วยและชาวบ้านแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและชาวบ้านมีมุมมอง การรับรู้ ความเชื่อหรือมีแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของตนเอง แม้ว่า จะได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วก็ตาม เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ (Helman, 1990; Peterson & Sterling, 2005; Arcury et al., 2004; Hardie et al., 2000; Aidoo & Harpham, 2001; อังกูร ภาวสิทธิไพศิฐและคณะ, 2551) แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย ของโรคหืดในงานวิจัยนี้ประกอบด้วย การนิยามชื่อโรค สาเหตุของการเกิดโรคและปัจจัยกระตุ้น พยาธิวิทยาหรืออาการของโรค ความรุนแรงของโรค การรักษาและการป้องกันที่เหมาะสม

1) การให้นิยามชื่อโรค

จากผลการศึกษาพบว่า การให้นิยามชื่อ โรคของผู้ป่วยมีความแตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเหมือนกับงานวิจัยอื่น (Hardie et al., 2000) แม้ว่าผู้ป่วย ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านจะรู้ว่ามิชื่อเรียกทางการแพทย์ของโรคหืด แต่การสื่อสารกันด้วยภาษาที่คุ้นเคยทำให้ทุกฝ่ายสามารถเข้าใจกันได้ชัดเจนมากขึ้น เช่นเดียวกับการที่บุคลากรทางการแพทย์สื่อสารกับผู้ป่วยด้วยชื่อ “โรคหอบ” มากกว่า “โรคหืด” แต่การสื่อสารด้วยชื่อโรคหอบอาจทำให้ผู้ป่วยสับสนระหว่างคำว่า

“หอบ” แทนโรคหืด หรือแทนอาการหอบเหนื่อยเท่านั้น ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ค้นหาข้อมูลในเชิงลึกประกอบในการซักประวัติเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

2) สาเหตุของโรคหืดและปัจจัยกระตุ้นให้อาการหืดกำเริบ

ผู้ป่วยและชาวบ้านอาศัยประสบการณ์ของตนเองและคำบอกเล่าของคนอื่นในพิจารณาสาเหตุของโรคหืด แม้ว่าข้อมูลทางการแพทย์ได้ให้คำจำกัดความของโรคหืดว่า เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมซึ่งเป็นผลจากปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืด พ.ศ. 2551, 2551) แต่ผู้ป่วยและชาวบ้านส่วนใหญ่ยังเชื่อว่าสาเหตุของโรคหืดหรืออวัยวะที่เกี่ยวข้องคือปอด ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นให้อาการหืดกำเริบนั้น แม้ว่าผู้ป่วยและชาวบ้านจะมีวิธีเรียกปัจจัยกระตุ้นที่แตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยรับประทานแตงโมไม่ได้จึงเชื่อว่าแตงโมเป็นอาหารแสลงซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ให้ความเห็นว่าอาจเป็นเพราะผู้ป่วยแพ้สารบางชนิดที่อยู่ในแตงโม แต่ความเชื่อเหล่านี้ก็ทำให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นได้ สาเหตุของโรคหืดที่ผู้ป่วยชาวบ้าน หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์เชื่อเหมือนกันคือโรคหืดสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ โดยผู้ป่วยเชื่อว่าโรคหืดเกิดจากร่างกายตนเองและไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยา เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น (Peterson & Sterling, 2005) สำหรับหมอพื้นบ้านซึ่งพบว่าบางคนสูบบุหรี่แต่ไม่มีอาการหอบจึงเชื่อว่าบุหรี่ไม่ใช่สาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นให้อาการหืดกำเริบ

3) พยาธิวิทยาหรือลักษณะอาการของโรค

โรคหืดเป็นโรคที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการของตนเองได้ค่อนข้างชัดเจน จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ป่วยและชาวบ้านทุกรายสามารถอธิบายลักษณะอาการของโรคหืดได้เหมือนกัน ลักษณะอาการที่ทุกคนเชื่อว่าเป็นอาการแสดงของโรคหืด ได้แก่ ไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีด หายใจหอบเหนื่อย ซึ่งลักษณะอาการเหล่านี้เป็นลักษณะอาการที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการวินิจฉัยโรคหืด แม้ว่าการเรียกอาการที่เกิดขึ้นอาจแตกต่างกันตามอายุและประสบการณ์ของแต่ละคน เช่น การเรียกอาการแน่นหน้าอกของผู้ป่วยแตกต่างกันตามความรู้สึกของผู้ป่วยขณะมีอาการ เช่นเดียวกับงานวิจัยอื่น (Hardie et al., 2000)

4) ความรุนแรงของโรค

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหืดมีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยแบ่งตามอาการแสดง ความจำเป็นในการใช้ยา

และผลของการใช้ยา เช่นเดียวกับหมอพื้นบ้านแบ่งตามการวินิจฉัยโรค ส่วนบุคลากรทางการแพทย์แบ่งตามความถี่และความรุนแรงของอาการเช่นเดียวกับการศึกษาอื่น (Lurie et al, 2007) การที่ผู้ป่วยแบ่งระดับความรุนแรงจากการใช้ยาและผลของการใช้ยานั้นอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้อาการของโรคไม่ถูกต้อง เนื่องจากผลของการใช้ยาหรือการออกฤทธิ์ของยานั้นขึ้นอยู่กับเทคนิคในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งปัญหานี้ อาจส่งผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วย โดยนับจากจำนวนครั้งของการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม

5) การรักษาที่เหมาะสมและการป้องกัน

ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่จำลักษณะอาการหืดกำเริบของตนเองได้และจะมีการดูแลรักษาตนเองก่อนไปพบแพทย์ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น (Loignon et al.,2009) สำหรับการรักษาของผู้ป่วยมีหลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ร้ายจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางคนใช้วิธีการรักษามากกว่า 1 วิธี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคหืดมากกว่า 5 ปี หรือผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังและผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้อาการกำเริบรุนแรงทำให้เกิดความกลัว ดังมีรายงานในงานวิจัยอื่น (Handelman et al., 2004) ดังนั้นความคาดหวังของผู้ป่วยคือหายขาดจากโรคหืด ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์มีเป้าหมายในการรักษาโรคหืดเพียงการควบคุมอาการของโรคหืดได้และผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติได้ ส่วนเป้าหมายการหายจากโรคหืดยังไม่ใช่เป้าหมายของบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์เห็นว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษา โดยเฉพาะการใช้ยาและเทคนิคในการใช้ยา จากงานวิจัยหลายการศึกษาพบว่าเทคนิคและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยยังเป็นปัญหาสำคัญ (Chapman et al., 2000) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ แต่งานวิจัยอื่นยังไม่ได้ค้นหาปัญหาหรือเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาได้ถูกต้องหรือไม่สามารถใช้ยาในเทคนิคที่ถูกต้อง แม้ว่าจะผ่านการสอนหรือการประเมินจากเภสัชกรแล้ว

วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการจำชื่อยาจากรูปลักษณะภายนอก ได้แก่ สี (เม็ดยาน้ำยา หลอดยา) เช่นเดียวกับงานวิจัยอื่น (Hussein & Partridge, 2002) วิธีการนี้อาจทำให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ เนื่องจากการจัดซื้อจากแหล่งจำหน่ายที่แตกต่างกันอาจทำให้รูปลักษณะภายนอกต่างกัน สำหรับความแตกต่างในการเรียกชื่อยาตามการออกฤทธิ์ของยานั้นไม่ก่อให้เกิดปัญหาการสื่อสารหรือการให้บริการผู้ป่วย เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยมีความคุ้นเคยและสามารถเข้าใจได้ง่าย นอกจากนี้วิธีการนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีวิธีการอื่นในการจำ

ยา ได้แก่ กลิ่น รสชาติ เป็นต้น สำหรับการรักษาของหมอฟันบ้านพบว่าเป็นวิธีการแบบองค์รวม ไม่มีการแยกเฉพาะส่วนเหมือนการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ มีการใช้ประเภทของอาหาร ที่ควรรับประทานให้เหมาะสมกับโรค ซึ่งเป็นแนวทางการรักษาโรคของหมอฟันบ้าน

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยบางคนไม่ชอบใช้ยาฟันสแตียรอยด์ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น (Williams et al., 2007) ส่วนสาเหตุของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ฟัน สแตียรอยด์ของผู้ป่วยจากการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาอื่น (Cochrane, Home & Chanez, 1999) เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้แสดงว่ากลัวอาการข้างเคียงจากการใช้ยาสแตียรอยด์ แม้ว่าผู้ป่วยจะให้ข้อมูลว่าบ้วนปากหลังฟันยาตามคำแนะนำของเภสัชกร แต่ผู้ป่วยบางคนไม่ใช้ยา เนื่องจากไม่มีอาการกำเริบจึงไม่ต้องการใช้ยาหรือเชื่อว่าจะไม่จำเป็นต้องใช้ยา ดังนั้นความร่วมมือของผู้ป่วย จึงไม่สามารถประเมินจากอาการแสดงหรืออาการกำเริบของโรคหืดเท่านั้น เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น (Clark et al, 1999) เพราะการที่ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบบ่อยอาจไม่ได้เกิดจากความร่วมมือในการใช้ยาดีแต่เกิดจากการที่ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น

บุคลากรทางการแพทย์ไม่ทราบว่าผู้ป่วยไม่ใช้ตามแพทย์สั่งแต่มีการปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาเองตามแบบจำลองการเจ็บป่วยเกี่ยวกับระยะเวลาของการกำเริบของโรคหืด เช่น การที่ผู้ป่วยเชื่อว่าอาการหอบหืดมักกำเริบในตอนกลางคืนหรือตอนทำงาน ผู้ป่วยจึงมีการพ่นยาก่อนนอนและก่อนไปทำงาน การที่บุคลากรทางการแพทย์ประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจากอาการแสดงของโรคและจำนวนเม็ดยาที่เหลือโดยไม่เข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ยังไม่สามารถควบคุมหรือดูแลผู้ป่วยบางกลุ่มได้ แม้ว่าจะมีการใช้ยาตาม GINA Guideline ซึ่งพบได้จากการศึกษาอื่น ๆ (ละเอียด นาคใหม่, 2550; เลิศชัย จิตต์เสรี, 2551; อดุลย์ ไบจรัส, เกษศิริินทร์ โพธิ์ทิพย์, หัสยาภรณ์ ทองเทียน & พรรัตน์ โพธิ์, 2551; อารีย์ ดวงดี, 2550)

17.2 เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ใช้การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ขั้นตอนการสนทนากลุ่มในการค้นหาประเด็นหรือแนวคำถามสำหรับค้นหาข้อมูลเชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มผู้ป่วยนั้นเป็นผู้ที่มีเคยได้รับการจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ดังนั้นผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำหรือความรู้เชิงวิชาการทางการแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจมีผลต่อมุมมองหรือความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ในการสนทนากลุ่มนั้นผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความกล้าในการให้ข้อมูล เนื่องจากการสนทนากลุ่มนั้น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญรู้สึกว่าคุณเองมีอำนาจเพราะไม่ได้เผชิญอยู่กับนักวิจัยโดยตรง (ชาย โพลิตา, 2549) นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่มเป็นเครื่องมือ

ในการสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ความมั่นใจและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เนื่องจากข้อมูลสำคัญบางอย่างผู้ให้ข้อมูลสำคัญอาจไม่พูดความจริงเนื่องจากกลัวหรือเกรงใจผู้วิจัย ซึ่งพบได้ระหว่างกระบวนการวิจัยในการศึกษานี้ เนื่องจากผู้วิจัยเองเป็นส่วนหนึ่งของบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยให้บริการหรือให้คำแนะนำในเรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ในการสนทนากลุ่มช่วงแรกผู้ให้ข้อมูลสำคัญไม่กล้าพูดในมุมมองหรือความเชื่อของตนเอง แต่มีการสอบถามผู้วิจัยในประเด็นที่ผู้วิจัยใช้เป็นประเด็นการสนทนา ซึ่งผู้วิจัยต้องอาศัยการควบคุมประเด็น จังหวะของการสนทนา และใช้เวลาสำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการคิด มีความยืดหยุ่น เปิดใจ มีความอดทนและสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมสนทนา โดยผู้วิจัยทำตัวเสมือนผู้เรียนรู้ โดยเป็นผู้ฟังที่ดีไม่แสดงความคิดเห็นของตนเอง หากผู้ให้ข้อมูลมีการสอบถามเกี่ยวกับความรู้เชิงวิชาการ ผู้วิจัยจะพยายามสร้างบรรยากาศให้เหมือนการเรียนรู้ร่วมกัน โดยเปิดโอกาสให้ผู้สนทนาได้แสดงความคิดอย่างเสรี ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด กระบวนการดังกล่าวสามารถกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสามารถระลึกถึงข้อมูลที่เป็นมุมมองที่แท้จริงของตนเองได้ และการมีสมาชิกกลุ่มที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหืดเหมือนกัน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความกล้าในการพูดและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคหืดในมุมมองตนเองได้โดยการพูดเสริมหรือเติมเต็ม ในประเด็นที่มีสมาชิกบางคนพูดไปแล้ว สำหรับประเด็นอุปสรรคที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางคนที่ไม่ยอมพูดหรือพูดไม่ตรงประเด็น ในกระบวนการสนทนาผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มนี้จะถูกกระตุ้นจากสมาชิกในกลุ่มให้แสดงความคิดเห็นมากขึ้น

การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาประเด็นเกี่ยวกับความเชื่อและมุมมองของกลุ่มตัวอย่างในหลายการศึกษา (อังกูร ภาวลิตธิไพศิฐและคณะ, 2551; Arcury et al, 2004; Loignon et al, 2009) ผู้วิจัยเลือกการสัมภาษณ์เชิงลึกในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์และความเชื่อในมุมมองของคนใน (emic view) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยอาศัยแนวคำถามหรือประเด็นที่ได้จากการในสนทนากลุ่มซึ่งได้ปรับปรุงจากแนวคำถามในการค้นหาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของ Kleinman และเพิ่มประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับยาและความคาดหวังในการรักษา สำหรับแนวคำถาม 8 ข้อในการค้นหาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของ Kleinman นั้นสามารถใช้ในการค้นหาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มผู้ป่วยได้ เนื่องจากการค้นหาข้อมูลจากความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ที่เคยเจ็บป่วยจริง แต่การค้นหาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยจากหมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่รักษาโรคและไม่เคยป่วยเป็นโรคหืดนั้นไม่สามารถใช้แนวคำถามบางข้อได้ เช่น “ความเจ็บป่วยนั้นมีผลต่อคุณอย่างไร” ดังนั้นผู้วิจัยจึงอาศัยแนวคำถามดังกล่าวเชื่อมโยงกับแนวทางการรักษาโรคหืด (GINA, 2008; คณะกรรมการปรับปรุงแนวทาง..., 2551)

ผลการวิจัยที่ได้จากการใช้เครื่องมือในการวิจัย 2 อย่าง คือ การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก นั้น พบว่าข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยและชาวบ้านบางประเด็นมีความคล้ายคลึงกับข้อมูลที่ได้จากบุคลากรทางการแพทย์ โดยอาจเกิดจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 2 กลุ่มนี้มีความใกล้ชิดหรือมีความสัมพันธ์กันจากการรับบริการในโรงพยาบาล ดังนั้นการค้นหาความเชื่อหรือมุมมองของผู้ป่วยโรคหืดหรือชาวบ้านนั้นต้องอาศัยความประสบการณ์หรือทักษะของผู้วิจัยในการวิจัยเชิงคุณภาพ แม้ว่าการสนทนากลุ่มจะสามารถค้นหาแนวทางหรือประเด็นคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกได้ และการสัมภาษณ์เชิงลึกอาจค้นหาข้อมูลสำคัญในเชิงลึกได้ แต่กระบวนการดังกล่าวเป็นเพียงการค้นหาที่ค้นพบเพียงข้อมูลหรือข้อเท็จจริงเท่านั้น ส่วนมุมมองหรือความเชื่อ นั้นผู้วิจัยต้องทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญเอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ออกมาเป็นแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืด ในมุมมองของผู้ป่วย หมอพื้นบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งแบบจำลองดังกล่าวแสดงให้เห็นมุมมองและความเชื่อที่แตกต่างกันตามผลการศึกษาที่ได้อธิบายไปแล้วข้าง

