

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืด เป็นโรคที่มีการอักเสบของหลอดลมทำให้หลอดลมมีความไวมากกว่าปกติ เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นก็จะทำให้หลอดลมเกิดการตีบแคบและมีเสมหะเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอมีเสมหะ และเกิดการหอบเหนื่อยโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก (Cruz, 2007) ในปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคหืด 300 ล้านคนทั่วโลก และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 400 ล้านคน (Masoli, Fabian, Holt, & Beasley, 2004) โรคหืดเป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับสถานการณ์โรคหืดในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความชุกของโรคหืดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.3 ในปี ค.ศ. 2001 เป็นร้อยละ 8.4 ในปี ค.ศ. 2010 ซึ่งมีผู้ป่วยโรคหืดทั้งหมดจำนวน 25.7 ล้านคน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยเด็ก 7 ล้านคน และผู้ใหญ่ 18.7 ล้านคน (Akinbami et al., 2012)

ในประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย โรคหืดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากการขยายตัวของเขตเมืองผู้ป่วยโรคหืดทั้งหมดคาดว่าจะมีไม่น้อยกว่า 3 ล้านคน พบความชุกของโรคหืดในเด็กสูงกว่าผู้ใหญ่ โดยพบมากถึงร้อยละ 10 - 12 (Teeratakulpisarn, Pairojkul, & Heng, 2000) ส่วนผู้ใหญ่พบความชุกร้อยละ 6.9 (Sirimai, Limwattananon, & Boonsawat, 2007) โดยในเขตภาคเหนือ พบผู้ป่วยโรคหืดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากถึง 17,194 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 145.97 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราการเสียชีวิตจากโรคหืดก็เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันโดยพบผู้เสียชีวิตจากโรคหืดเพิ่มขึ้นจาก 806 คน ในปี พ.ศ. 2540 เป็น 1,697 คน ในปี พ.ศ. 2546 โดยรวมมีผู้เสียชีวิตจากโรคหืดในประเทศไทยเฉลี่ย 934 คนต่อปี โดยเป็นประเทศที่มีสถิติการเสียชีวิตจากโรคหืดสูงเป็นลำดับที่ 9 ของโลก (World Health Organization Statistical Information System, 2013)

โรคหืดส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ขาดงาน การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายทางตรง และทางอ้อม องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับให้โรคหืดเป็นภาวะโรคส่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นอันดับที่ 22 ของโลก ซึ่งถือว่าใกล้เคียงกับโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน และโรคอัลไซเมอร์ (World Health Organization, 2004) สำหรับประเทศไทย โรคหืดเป็นโรคที่มี

ผลกระทบต่อผู้ป่วย และระบบสาธารณสุขของประเทศค่อนข้างสูง เพราะโรคหืดเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหืดจะมีอาการหอบเหนื่อยเป็นๆ หายๆ สมรรถภาพปอดลดลงทำให้เหนื่อยง่ายกว่าคนปกติ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง ซึ่งอาจจะมากหรือน้อยขึ้นกับความรุนแรงของโรค (Sirimai, et al., 2007) จากการสำรวจพบว่าผู้ป่วยโรคหืดมากกว่าครึ่งไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เช่นคนปกติ อาจต้องหยุดจากการทำงานที่ทำประจำ เพราะอาการหอบ ทำให้สูญเสียรายได้และลดผลผลิตของประเทศ (Sirimai, et al., 2007) เช่นเดียวกันกับประเทศสหรัฐอเมริกาและสหภาพยุโรป ที่พบว่าโรคหืดบั่นทอนประสิทธิภาพการทำงานการเรียนและชีวิตทางสังคมของผู้ป่วยโดยตัวโรคหืดเองนั้นจะบั่นทอนคุณภาพชีวิตทางกายภาพ ในขณะที่โรคร่วมของโรคหืดอย่างโรคภูมิแพ้จะบั่นทอนชีวิตทางสังคม (Accordini et al., 2008; Bousquet et al., 1994; Leynaert, Neukirch, Liard, Bousquet, & Neukirch, 2000)

แนวทางการรักษาโรคหืดในปัจจุบัน เน้นการรักษาโดยการ inhale ในการควบคุมอาการของโรคด้วยยาพ่นสเตียรอยด์ เพื่อลดอาการอักเสบของหลอดลมเป็นยาหลักเพราะเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จำเป็นต้องใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานเพื่อลดการกำเริบของโรคหืด (อภิชาติ; คณิตทรัพย์, 2555) เป้าหมายในการรักษาโรคหืดตาม GINA guideline ที่ใช้กันทั่วโลกได้แก่ 1) ควบคุมอาการของโรคให้ได้ 2) ป้องกันการเกิดอาการจับหืดกำเริบแบบเฉียบพลัน 3) สมรรถภาพปอดปกติและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 4) ไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา 5) ป้องกันการเกิดพังผืดและการหนาตัวของผนังหลอดลม (Airway remodeling) (Bateman et al., 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการ inhale (Bednall, McRobbie, & Hicks, 2003; ฉานี สโมสร, 2546) การ inhale ไม่ถูกต้องหรือได้รับยาไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคอย่างเฉียบพลันซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต รวมทั้งเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในแผนกฉุกเฉิน และในโรงพยาบาล ปัญหาหลักที่เกี่ยวข้องกับการ inhale ในผู้ป่วยโรคหืดเกิดจากความไม่ร่วมมือในการ inhale ได้แก่ เทคนิคการ inhale ผันไม่ถูกวิธี ร้อยละ 62.9 และผู้ป่วยใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 36.2 โดยผู้ป่วยลดขนาดการ inhale หรือหยุดยาเอง เนื่องจากอาการดีขึ้นหรือกลัวผลข้างเคียงจากการใช้ยาระยะยาว และผู้ป่วยลืม inhale เป็นต้น (ฉานี สโมสร, 2546)

ความร่วมมือในการ inhale ของผู้ป่วยโรคหืด มีความสำคัญต่อการรักษา (Rand et al., 2007; Wilson et al., 2010) การไม่ให้ความร่วมมือในการ inhale ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านคลินิก เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การลดผลกระทบจากการไม่ให้ความร่วมมือในการ inhale บุคลากรทางการแพทย์มีความจำเป็นต้องหาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการ inhale และแก้ไขปัญหาดังกล่าว เกสัชกรเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการ inhale เพื่อให้มีการ inhale เหมาะสม เกิดประสิทธิภาพ

และลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Banning, 2009; Chisholm-Burns et al., 2010; Tabor & Lopez, 2004) NAEPP ได้กำหนดบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดว่า ควรมีหน้าที่ในการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ได้รับและวิธีการใช้ยาพ่น ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ทำให้ผู้ป่วยสามารถลดความรุนแรงของโรคและควบคุมอาการโรคหืดได้ดีขึ้น 2.7 เท่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันโรคหืดเพิ่มขึ้น 1.89 เท่า (Armour et al., 2007)จากการทบทวนวรรณกรรมบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในการจัดการปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด สามารถสรุปได้เป็น 4 วิธี คือ 1) การเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย 2) การสอนเทคนิคการใช้ยาพ่นที่ถูกต้องวิธี 3) การแนะนำการแก้ไขและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผลการจัดการปัญหาโดยการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วย พบว่า สามารถแก้ไขปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 20-73.6 (ทัศนาศิลป์, 2542; วิมลวรรณ พันธุ์เกา, สมพงษ์ เจิ้งฮั่ว, วราพร สุภามูล และอรรถการ นาคำ, 2548; สุณี เลิศสินอุดม, 2549) การแก้ปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยการทำงานเข้าใจความเชื่อ และระบบวิถีชีวิตต่อโรคหืดของผู้ป่วยด้วย

วิธีการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา สามารถทำได้หลายวิธี ทั้งทางตรง ได้แก่ การวัดปริมาณยาที่อยู่ในกระแสเลือด หรือทางอ้อม ได้แก่ การให้ผู้ป่วยบันทึกเวลาที่ใช้ยา การวัดผลการรักษา การสัมภาษณ์ หรือการนับยาที่เหลือ โดยแต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะความเจ็บป่วย ยาและแบบแผนการรักษา บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยานั้นทำได้โดยการให้คำแนะนำทั้งในเรื่องโรคและการใช้ยา การปรับความเชื่อ การวางแผนการรักษาให้เหมาะสม ตลอดจนเน้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการวางแผนการรักษา การที่เภสัชกรมีความเข้าใจปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยา โดยทำความเข้าใจและหาสาเหตุที่มาจากความเชื่อในการใช้ยาของผู้ป่วย จะช่วยป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมดังกล่าวได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษา ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ต่อไป

แนวคิดเรื่องแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory model; EM) เป็นแนวคิดในการทำความเข้าใจความเจ็บป่วยในทัศนะคนใน (Emic) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ความเจ็บป่วยและการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยได้รับการตีความเชิงสัญลักษณ์และถูกให้ความหมายในแต่ละวัฒนธรรม ประกอบด้วย 5 มิติ คือ 1) สาเหตุของการเกิดโรค 2) ช่วงเวลาและอาการเจ็บป่วย 3) พยาธิสรีรวิทยา 4) ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน และ 5) วิธีการรักษา (Kleinman, 1980) โดยความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี ประสพการณ์และสามารถใช้เป็นแนวทางตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้นอกจากนี้แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย เป็นแนวคิดที่แสดงให้เห็นว่า

ระบบสุขภาพในแต่ละส่วน ทั้งในส่วนของวิชาชีพ (Professional Sector) หรือส่วนของประชาชน (Popular sector) ต่างก็มีการอธิบายความเจ็บป่วยของตัวเองที่ไม่เหมือนกัน (Helman, 2007) กล่าวคือ บุคลากรทางการแพทย์มีแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยตามแนวทางของระบบการแพทย์แบบชีวการแพทย์ (Biomedicine) ซึ่งแตกต่างจากแบบจำลองของผู้ป่วย ทำให้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษาในมุมมองของผู้ป่วยแตกต่างกับระบบการแพทย์ส่งผลต่อการยอมรับการรักษา และความร่วมมือในการรักษาได้

ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองลำพูน เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานในรูปแบบคลินิกชุมชนอบอุ่น “ใกล้บ้านใกล้ใจ” โดยเป็นการดำเนินงานของเทศบาลเมืองลำพูน เริ่มให้บริการคลินิกโรคหืดแบบง่ายซึ่งจัดตั้งขึ้นในปี 2554 ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหืดขึ้นทะเบียนรวม 55 คน โดยในปี 2555 มีผู้ป่วยโรคหืดมารับบริการจำนวน 30 คน (จำนวน 62 ครั้ง) พบว่ามีผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ร้อยละ 16 ของจำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการได้บางส่วน คิดเป็น ร้อยละ 36 ของจำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ และมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ร้อยละ 48 ของจำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ (งานเภสัชกรรม, 2555) แม้ว่าผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการรักษาโดยใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาหลักตามแนวทางการรักษามาตรฐานแล้วก็ตาม นอกจากนั้นพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 20 มารับบริการตามกำหนดนัด แม้ว่าจากการให้คำปรึกษาผู้ป่วยร้อยละ 70 แจ้งว่าให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี โดยใช้ยาพ่นประจำและสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 80 จากการเยี่ยมบ้านและรายงานการดำเนินงานคลินิกโรคหืดประจำปี 2555 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ไม่มาตามกำหนดนัดให้เหตุผลว่ายังมียาเหลืออยู่ เมื่อประเมินระยะเวลาที่นับกับปริมาณยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ไปหรือปริมาณที่เหลืออยู่ไม่สัมพันธ์กัน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยบางส่วนยอมรับว่าลดขนาดการใช้ยาเองเพราะรู้สึกว่าการของตนดีขึ้น แม้ว่าการดำเนินงานคลินิกโรคหืด เภสัชกรจะทบทวนและสอนการใช้ยาพ่นทุกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาต่อที่บ้านได้ โดยผู้ป่วยต้องผ่านเกณฑ์มีคะแนนเทคนิคการใช้ยาพ่นสูงกว่าร้อยละ 75 ของคะแนนเต็ม นอกจากนี้จากกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาด้านเทคนิคการใช้ยา ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านหลายครั้งจนมีความสนิทและรู้สึกไว้วางใจได้ให้ข้อมูลประสบการณ์การใช้การแพทย์ทางเลือกเพื่อรักษาโรคหืด เช่น ผู้ป่วยเคยลองดื่มเลือดแพะ กินตุ๊กแกและจิ้งจกขณะยังมีชีวิต โดยทำให้สัตว์สลบหรืออ่อนแรงลงก่อน และเคยดื่มน้ำอุ่นที่ผสมกับเมือกของตากชนิดหนึ่ง ภาษาเหนือเรียกว่า “จีตักฟ้า” เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการใช้สมุนไพร เช่น การนำใบพลับพลึงมาเผาไฟและคั้นเอาน้ำผสมน้ำผึ้ง ดื่มเพื่อให้อาเจียนขับรังของโรคหืดโดยมีความเชื่อว่าหากขับรังของโรคหืดออกมาได้หมดจะหายขาดจากโรค แสดงให้เห็นความเชื่อเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาของผู้ป่วยเองตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม จะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการใช้ยายังเป็นปัญหาอยู่ซึ่งอาจเกิดจาก ระบบวิถีคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจาก

โรคหืดของผู้ป่วยและแนวทางการรักษาโรคหืดตามระบบการแพทย์แผนปัจจุบันอาจไม่ตรงกันกับระบบวิธีคิดของผู้ป่วยทำให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการรักษา ผลลัพธ์ทางคลินิกในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ดีเท่าที่ควร

แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยด้วยโรคหืดในประเทศไทยและต่างประเทศบ้างแล้ว (Peterson, Sterling, & Stout, 2002; ประกาย หมายมั่น และกรแก้ว จันทภาษา, 2554) แต่การศึกษายังมีน้อย ในแต่ละพื้นที่ที่ศึกษามีความแตกต่างด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระบบวิธีคิด และความเชื่อของผู้ป่วย และยังไม่พบการศึกษาที่เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมได้กับกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงได้นำแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory model; EM) มาเป็นเครื่องมือที่เกื้อหนุนการปฏิบัติ ทำความเข้าใจผู้ป่วยในเรื่องของความหมาย ความเชื่อ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหืด การแสวงหารักษาและความร่วมมือในการใช้ยาในมุมมองของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้น มาปรับใช้ในการพัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย โดยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และใช้ในการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1.2.1 เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด
- 1.2.2 เพื่อศึกษาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด
- 1.2.3 เพื่อเปรียบเทียบแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด ระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดได้ และผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้

## 1.3 คำถามการการศึกษา

- 1.3.1 ผู้ป่วยโรคหืดมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างไร
- 1.3.2 ผู้ป่วยโรคหืดมีการให้ความหมายตามแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการใช้ยาอย่างไร
- 1.3.3 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการใช้ยา ของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมอาการโรคหืดได้ กับควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้แตกต่างกันอย่างไร

#### 1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาความเข้าใจ และ ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วย โรคหืดโดยใช้แบบจำลองการอธิบาย ความเจ็บป่วย (Explanatory model) 5 มิติ 1) การให้ความหมาย สาเหตุของโรคหืด 2) เวลาหรือช่วงเวลา ที่เกิดอาการ 3) พยาธิสรีรวิทยา 4) การดำเนินของโรคและความรุนแรง และ 5) วิธีการรักษาและ ความร่วมมือในการใช้ยา ของผู้ป่วยโรคที่มารับบริการในคลินิกโรคหืด ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองลำพูน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured or guided interviews) ระยะเวลาดำเนินการศึกษา 3 เดือน ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 - 31 มกราคม พ.ศ. 2557

#### 1.5 ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

ได้ข้อมูลการใช้ยาผู้ป่วยโรคหืด และการให้ความหมายของการใช้ยาตามแบบจำลองการอธิบาย ความเจ็บป่วย (Explanatory Model) ที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการเจ็บป่วย ในมุมมองของผู้ป่วย ซึ่ง ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาปรับใช้ในการพัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างบุคลากรทาง การแพทย์และผู้ป่วย ในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย และใช้ ในการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยต่อไป

#### 1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

**1.6.1 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย** หมายถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดในมุมมองของ ผู้ป่วย 5 มิติ ได้แก่ 1) การให้ความหมาย สาเหตุของโรคหืด 2) เวลาหรือช่วงเวลาที่เกิดอาการ 3) พยาธิ สรีรวิทยา 4) การดำเนินของโรคและความรุนแรง และ 5) วิธีการรักษาและความร่วมมือในการใช้ยา

**1.6.2 ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence)** หมายถึงการที่ผู้ป่วยโรคหืดปฏิบัติ ตามแบบแผนการใช้ยาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ โดยพิจารณาจากการที่ผู้ป่วยรับประทานยา ใช้ ยาพ่นตามที่แพทย์สั่ง และสามารถใช้อายพ่นได้อย่างถูกต้อง

**1.6.3 ระดับการควบคุมโรคหืด (Asthma control)** หมายถึง การควบคุมอาการ โรคหืดของ ผู้ป่วยตาม GINA guideline แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมอาการ โรคหืดได้ (controlled) ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการ โรคหืดได้บางส่วน (partly controlled) และผู้ป่วยที่ควบคุมอาการ โรคหืดไม่ได้ (uncontrolled)

1.6.4 ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดได้ (Controlled) หมายถึง ผู้ป่วยโรคหืด ที่มีระดับการควบคุมอาการ โรคหืด 2 ครั้ง ติดกัน ก่อนเข้าร่วมการศึกษา เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้ 1) controlled/ controlled 2) partly controlled/ controlled 3) partly controlled/ partly controlled

1.6.5 ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้ (Uncontrolled) หมายถึง ผู้ป่วยโรคหืด ที่มีระดับการควบคุมอาการ โรคหืด 2 ครั้งติดกัน ก่อนเข้าร่วมการศึกษา เป็น 2 รูปแบบ ดังนี้ 1) uncontrolled/ uncontrolled 2) partly controlled/ uncontrolled



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved