บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมประเด็นเรื่องโรคหืด ดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory model)

2.2 ระบบการแพทย์พหุลักษณ์

2.3 โรคหืด และแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยด้วยโรคหืด ตามระบบการแพทย์แบบชีวการแพทย์ (Biomedicine)

2.4 ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence)

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory model)

แนวคิดเรื่องแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory model; EM) เป็นแนวคิดทางมานุษยวิทยาการแพทย์ที่ถือว่าในทุกวัฒนธรรม เวลาคนทั่วไปมีอาการเจ็บป่วยจะมีคำอธิบายที่ใช้ทำความเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเองอยู่ คนทั่วไปมองว่าสาเหตุของการเกิดการเจ็บป่วย อาจเป็นเพราะเกิดจากภายในร่างกายบุคคล (Individually) เกิดจากโลกธรรมชาติ (National world) เกิดจากโรคทางสังคม (Social world) หรือสาเหตุของปรากฏการณ์เหนือธรรมชาติ (Supernatural world) เป็นต้น (Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978)

เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง โดยมองว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยนั้น มาจากการที่ผู้ป่วยมีระบบการทำงานของร่างกายที่บกพร่อง และบางครั้งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงเรื่องการรับประทานอาหารและเรื่องพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย

เกิดจากโลกธรรมชาติ (Natural world) เป็นการมองสภาพสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวผู้ป่วยในเรื่องดิน ฟ้า อากาศ เช่น อากาศชื้นทำให้คนเป็นหวัด

เกิดจากสาเหตุของปรากฏการณ์เหนือธรรมชาติ (Supernatural world) โดยมองว่าเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติต่างๆ เช่น พระเจ้า ภูตผีวิญญาณ บรรพบุรุษ เป็นต้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

Kleinman และคณะ (1978) ได้เสนอแนวคิดเรื่องแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย เป็นแนวคิดนี้ถือว่าวัฒนธรรมสุขภาพมิใช่เป็นเพียงรูปแบบการแสดงออกของความเจ็บป่วยและการเยียวยารักษาเท่านั้นแต่เป็นรากฐานของการสร้าง “ความเป็นจริง” (Medical reality) ที่ทำให้โลกสุขภาพของแต่ละวัฒนธรรมแตกต่างกันและเป็นโลกแห่งความเป็นจริงคนละแบบมุมมองนี้จึงต่างจากมุมมองที่ถือว่าระบบคิดของวัฒนธรรมหนึ่งๆ ซึ่งสามารถถอดเป็นแผนผังที่มีความสมนัยกับโลกแห่งความเป็นจริงที่ดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระจากความคิด เพราะแนวคิดของ Kleinman นั้น ถือว่าโลกของความเป็นจริงนั้นไม่ได้เกิดขึ้นอย่างอิสระหรือแยกออกจากกันได้จากโลกของภาษาและความหมาย แต่โลกแห่งความเป็นจริงนั้นถูกอุปโลกน์ขึ้นโดยน้ำมือของภาษาและสัญลักษณ์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งโลกแห่งความเป็นจริงมีอยู่และรับรู้ได้โดยผ่านการแปลและตีความเชิงสัญลักษณ์เท่านั้น Kleinman ได้อธิบายแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยว่า หมายถึงความคิดเกี่ยวกับการป่วยไข้ (Sickness) และการเยียวยารักษาในแต่ละวัฒนธรรม นอกจากนี้ แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยยังแสดงให้เห็นความหมายส่วนบุคคลและของสังคมที่มีต่อประสบการณ์ความป่วยไข้ที่เกิดขึ้น องค์ประกอบพื้นฐานของแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยมีอยู่ 5 มิติ ประกอบด้วย

1. สาเหตุของการโรค
2. ช่วงเวลาและอาการในการเจ็บป่วย
3. พยาธิสรีรวิทยา
4. ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน
5. วิธีการรักษา

ในขั้นตอนการรักษาทางคลินิกการแพทย์ ผู้ป่วยและแพทย์ ต่างก็ใช้ แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของตัวเองในการอธิบายการป่วยไข้ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่ทางเลือกหลาย ๆ ทางของการรักษา อย่างไรก็ตามในการใช้แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยในการอธิบายความป่วยระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์มักจะได้ผลที่ออกมาแตกต่างกัน(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ชาติชาย มุกสง, วรัญญา เพ็ชรคง, คณิศร เต็งรังและปารณัฐ สุขสุทธิ์, 2551)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.2 ระบบการแพทย์พหุลักษณ์

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีการบำบัดรักษาซึ่งในสังคมหนึ่ง ๆ จะมีการแพทย์หลายระบบที่จะเป็นแบบพหุลักษณ์ พฤติกรรมของประชาชนที่มีต่อการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยจึงมีหลายแบบแผนขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของรักษา ความเชื่อในประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่เคยได้รับมาในอดีต ซึ่ง Kleinman (Kleinman, 1980) ได้อธิบายการแพทย์พหุลักษณ์ (Pluralistic medical system) ไว้ว่า ระบบการดูแลสุขภาพของสังคมหนึ่งๆ เกิดขึ้นเป็นระบบการแพทย์ที่มีความหลากหลาย โดยระบบการแพทย์เหล่านี้ต่างมีระบบวิธีคิด ทฤษฎี และวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน โดยการดูแลสุขภาพในฐานะระบบวัฒนธรรมทางการแพทย์ตามแนวคิดของ Kleinman แบ่งออกเป็น 3 ภาค ดังนี้

2.2.1 ระบบการแพทย์ภาคประชาชน (Popular sector) เป็นระบบการแพทย์ที่ใหญ่ที่สุด ซึ่งประกอบด้วยบุคคลและกลุ่มบุคคลต่างๆ 4 ระดับ คือ ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย เครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ ญาติ เพื่อนๆ เพื่อนฝูงที่ทำงาน และชุมชน

ระบบการแพทย์ภาคประชาชนมีความสำคัญและมีลักษณะเด่น 2 ประการ คือ

1) เมื่อเกิดอาการผิดปกติ บุคคลหรือเครือญาติจะเป็นบุคคลแรกที่รับรู้และตีความตามอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้และตีความนี้จะเป็นระบบความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดผ่านการอบรมทางสังคม บุคคลจะมีระบบความคิด ความรู้ และความเชื่อต่อสุขภาพไม่เฉพาะแต่ในด้านความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะมีกรอบความเชื่อในด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วย เช่น การงดอาหารบางชนิด การออกกำลังกาย การนวด การพักผ่อน การใช้สมุนไพร

2) ระบบความเชื่อ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนมีอิทธิพลสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ วิธีการรักษาความเจ็บป่วย ตลอดจนขั้นตอนการรักษา คือ

2.1) บุคคลจะตัดสินใจเริ่มทำการรักษาความเจ็บป่วยนั้นเมื่อใด เช่น เมื่อเป็นหวัดบุคคลอาจรอดูอาการ 1 - 2 วัน เพื่อให้หายเอง แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็ต้องทำการรักษา

2.2) บุคคลจะตัดสินใจทำการรักษา ก็จะตัดสินใจว่าจะทำการรักษากับใคร วิธีใด เช่น ซื้อยากินเอง หรือไปหาผู้รักษา

2.3) เมื่อบุคคลตัดสินใจเลือกผู้รักษาแล้ว ระบบความรู้และความเชื่อของตัวบุคคลก็จะเป็นตัวกำหนดว่า ควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รักษาหรือไม่ เลือกรักษานานเท่าใด ควรเปลี่ยนวิธีการรักษาเมื่อใด และตัดสินใจจะเลือกการรักษาใหม่บุคคลจะเลือกรักษาอย่างไร

2.4) เมื่อทำการรักษาที่ตัดสินใจแล้ว ระบบความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยวิธีการรักษาเป็นแบบปัจเจกบุคคลมากกว่าเงื่อนไขทางสังคม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.2.2 ระบบการแพทย์ตะวันตก (Professional sector) เป็นระบบการแพทย์ที่ให้ความสำคัญทางด้านชีววินิจฉัยเกี่ยวกับสาเหตุโดยใช้หลักวิทยาศาสตร์ เช่น เชื้อโรค แบคทีเรีย ไวรัส แหล่งที่ให้บริการทางการแพทย์ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล คลินิกรักษาโรค โดยบุคลากรสาธารณสุขได้รับการอบรมจากสถาบันในวิชาชีพสาธารณสุข

2.2.2 ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) เป็นระบบการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมาจากระบบความเชื่อเดิม ที่เชื่อเกี่ยวกับ

จะเห็นได้ว่าแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย เป็นกระบวนการอธิบายให้ความหมายเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรม โดยที่แต่ละบุคคลแต่ละกลุ่มมีการให้ความหมายของความเจ็บป่วยและสุขภาพที่ต่างกัน แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย เป็นการให้ความหมายตามความคิดเฉพาะบุคคลและสังคม โดยผู้ป่วยเรียนรู้และสร้างแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยจากประสบการณ์ความเชื่อภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรม ส่วนบุคลากรทางการแพทย์เรียนรู้และสร้างแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย ด้วยความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ให้ความสำคัญทางด้านชีววินิจฉัย โดยการอบรมจากสถาบัน หรือโรงเรียนแพทย์

2.3 โรคหืด และแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยด้วยโรคหืด ตามระบบการแพทย์แบบชีวการแพทย์ (Biomedicine)

โรคหืดในมุมมองระบบการแพทย์แบบชีวการแพทย์ (Biomedicine) ซึ่งมีแนวคิดการรักษาแบบแยกส่วน ลดทอนส่วน ที่มองปัญหาความเจ็บป่วยในมิติของโรคเป็นหลัก มีแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยด้วยโรคหืดที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสื่อสารให้กับผู้ป่วยดังนี้

2.2.1 โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื่อรังของหลอดลม ที่มีผลทำให้หลอดลมของผู้ป่วย มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ (Bronchial hyper responsiveness, BHR) ผู้ป่วยมักมีอาการแน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดหรือหอบเหนื่อยเกิดขึ้น เมื่อได้รับสารก่อหรือสิ่งกระตุ้น และอาการเหล่านี้อาจหายไปได้เอง หรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม (อภิชาติ คณิตทรัพย์และมุกดา หวังวีรวงศ์, 2555) องค์ประกอบสำคัญที่เป็นสาเหตุของโรคหืด

1) กรรมพันธุ์ มีประวัติสมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ หรือพี่น้อง เป็นโรคหืด
2) ได้รับปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.1) สารก่อภูมิแพ้ (Allergen) แบ่งเป็น กลุ่มสารก่อภูมิแพ้ในอาคาร เช่น ไรฝุ่น แมลงสาบ สัตว์เลี้ยง สปอร์เชื้อรา และสารก่อภูมิแพ้นอกอาคาร เช่น เกสรหญ้า วัชพืช และสปอร์เชื้อรา เป็นต้น

2.2) สารระคายเคือง เช่น น้ำหอม กลิ่นสี ทินเนอร์ น้ำยาหรือละอองยาฆ่าแมลงต่าง ๆ ฝุ่นก่อสร้าง ฝุ่นหิน ฝุ่นดิน ควันบุหรี่ ควันเทียน ควันไฟ และควันท่อไอเสียรถยนต์ เป็นต้น

2.3) สภาวะทางกายภาพและการเปลี่ยนแปลงของอากาศ เช่น อากาศร้อนจัด เย็นจัด ฝนตก และอากาศแห้ง เป็นต้น

2.4) ยา โดยเฉพาะกลุ่ม ยาต้านอักเสบที่มิใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และแอสไพริน (Aspirin)

2.5) การติดเชื้อไวรัส ของทางเดินหายใจส่วนต้น

2.6) อารมณ์เครียด

2.7) สาเหตุอื่นๆ เช่น หืดที่ถูกกระตุ้นด้วยการออกกำลังกาย กระตุ้นด้วยสารก่อภูมิแพ้หรือสารระคายเคือง

2.8) โรคที่พบร่วมได้บ่อย และทำให้ควบคุมอาการหืดได้ไม่ดี หรือกำเริบบ่อยๆ ได้แก่ โรคภูมิแพ้ของโพรงจมูก โรคไซนัสอักเสบ เรื้อรัง และกรดไหลย้อน เป็นต้น

2.9) โรคอ้วน หรือภาวะน้ำหนักเกิน (Delgado, Barranco, & Quirce, 2008)

2.2.2 ช่วงเวลาและอาการในการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคหืด มีประวัติและอาการ ดังนี้

1) ไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดและหอบเหนื่อยเป็นๆ หายๆ ผู้ป่วยมักมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นในเวลากลางคืนหรือเช้ามืด อาการดังกล่าวอาจพบได้ เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง หรืออาจพบอาการหลายๆ อาการเกิดขึ้นพร้อมกันได้

2) มีอาการหอบหืดเกิดขึ้นเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นและอาการดังกล่าวอาจหายไปได้เองหรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม

3) มีอาการหอบเกิดขึ้นหลังการออกกำลังกาย

4) มีโรคภูมิแพ้อื่น เช่น โรคภูมิแพ้ของโพรงจมูก โรคไซนัสอักเสบ

2.2.3 พยาธิสรีรวิทยาหรือลักษณะอาการของโรค

โรคหืดเกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมซึ่งเป็นผลจากปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเช่นสารก่อภูมิแพ้ทำให้มีการอักเสบเกิดขึ้นตลอดเวลาการกระตุ้นของสารเคมีที่ก่อการอักเสบเรียกว่า Th2 Cytokine ได้แก่ interleukin (IL)-4 IL-5 และ IL-13 ซึ่งสร้างจากเม็ดเลือดขาวทีลิมโฟซัยต์ (T-lymphocyte) สารเหล่านี้ออกฤทธิ์ในการเรียกเม็ดเลือดขาวชนิดต่างๆ โดยเฉพาะ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

Eosinophil เข้ามาในหลอดลมและกระตุ้นการสร้างสารคัดหลั่ง (mucus) ของหลอดลมทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไอและหายใจไม่สะดวกจากหลอดลมตีบจากการอักเสบและสารเหล่านี้จะมีปริมาณเพิ่มขึ้นหลังจากผู้ป่วยสัมผัสกับสารก่อภูมิแพ้จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหอบหืดมากขึ้นในรายที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมนี้อาจนำไปสู่การเกิดพังผืดและการหนาตัวของผนังหลอดลม (Airway remodeling) เกิดขึ้นซึ่งมีผลทำให้มีการอุดกั้นของหลอดลมอย่างถาวร

2.2.4 ความรุนแรงของโรคโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย หากควบคุมอาการไม่ได้ผู้ป่วยก็จะมีอาการจับหืด โดยทั่วไปอาการจะกลับมาเป็นปกติได้ แต่หากหลอดลมมีการตีบมากและให้การรักษาไม่ทัน อาจทำให้ผู้ป่วยขาดอากาศหายใจและเสียชีวิตได้ การประเมินความรุนแรงของโรคหืดทางการแพทย์ประเมินจากความถี่ของการเกิดอาการเป็นหลัก ได้แก่ อาการในช่วงกลางวัน อาการในช่วงกลางคืน การใช้ยาพ่นขยายหลอดลม การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน หรือการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Bateman et al., 2008) แนวทางการประเมินโรคหืดสมัยก่อน (ก่อน GINA guideline 2006) ประเมินตามความรุนแรงของโรคหืดก่อนและปรับยาตามระดับความรุนแรงของโรคซึ่งมีความยุ่งยาก ซับซ้อน และการประเมินไม่ตรงกับความเป็นจริง ต่อมาแนวทางการรักษาตาม GINA guideline 2006 (Bateman, et al., 2008) มุ่งเป้าหมายในการรักษาโรคหืดไปที่การควบคุมโรคหืด จึงประเมินโรคหืดตามการควบคุมอาการ แบ่งการควบคุมโรคหืดออกเป็น ควบคุมได้ (controlled) ควบคุมได้บางส่วน (partly controlled) และควบคุมไม่ได้ (uncontrolled) อย่างไรก็ตามการประเมินทั้ง 2 แบบ ก็ใช้หลักการในการประเมินจาก ความถี่ของการจับหืด ช่วงเวลา การใช้ยาขยายหลอดลม และค่าสมรรถภาพปอด เป็นหลักเหมือนกัน

การควบคุมโรคหืดโดยทั่วไป หมายถึง การทำให้สภาวะที่ผิดปกติกลับมาเป็นปกติ ผู้ป่วยโรคหืดมีสิ่งที่ผิดปกติเห็นชัดเจน และตรวจวัดเป็นประจำ คือ การที่หลอดลมตีบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด ดังนั้นการควบคุมโรคหืดโดยทั่วไป จึงเป็นการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบ และสมรรถภาพปอดเป็นปกติ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.2.5 การรักษาโรคหืด

1) การรักษาโรคหืดมีเป้าหมายในการรักษา ดังนี้

1.1) สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้

1.2) ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรคยกระดับสมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยให้ดีทัดเทียมกับคนปกติหรือให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

1.3) สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เช่นเดียวหรือใกล้เคียงกับคนปกติ

1.4) หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากยารักษาโรคหืดให้น้อยที่สุด

1.5) ป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคหืด

2) การที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวข้างต้น จะต้องมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

2.1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยญาติและผู้ใกล้ชิดเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

2.2) การแนะนำวิธีหลีกเลี่ยงหรือขจัดสิ่งต่างๆที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้และอาการหอบหืดอย่างเป็นรูปธรรมคือสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง

2.3) การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืดก่อนการรักษา

2.4) การประเมินผลการควบคุมโรคหืดและการจัดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง

2.5) การจัดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน (asthma exacerbation)

2.6) การจัดระบบให้มีการดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

2.7) การรักษาผู้ป่วยโรคหืดในกรณีพิเศษ

3) การรักษาด้วยยา

ยาที่รักษาโรคหืดในปัจจุบันได้แบ่งเป็นสองกลุ่มคือยาที่ใช้ในการควบคุมโรค (Controller) และยาบรรเทาอาการ (Reliever) ยาควบคุมที่เป็นหลักได้แก่ ยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นสูด (Inhaled corticosteroids) ยาบรรเทาอาการ ได้แก่ Short acting b2 agonist (SABA) ในกรณีที่ใช้ยาเสตรียรอยด์ชนิดพ่นสูดแล้วไม่ได้ผล ก็ใช้ยาควบคุมอาการตัวที่สอง มาใช้ร่วมกับ ยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นสูด ยาควบคุมที่นำมาใช้ร่วมกับยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นสูด ได้แก่ Long acting beta 2 agonist (LABA), Thephylline และ Anti-leukotriene ซึ่งยาตัวที่ดีที่สุด คือ LABA มารวมในหลอดเดียวกัน คือ budesonide/formoterol และ salmeterol/fluticasone

โดยทั่วไปจะยอมรับว่ายาสเตียรอยด์ชนิดพ่นสูด (ICS) เป็นยาที่ควรใช้เป็นตัวแรกในการรักษาโรคหืด และถ้าไม่สามารถควบคุมโรคได้ค่อยใช้ ICS/LABA จะควบคุมโรคได้มากกว่า การให้ ICS/LABA จะทำให้ความไวหลอดลมลดลงมากกว่าการใช้ยาเสตรียรอยด์ชนิดพ่นสูด เดี่ยว ๆ อีกด้วย

4) การประเมินผลการควบคุมโรคหืด

ระดับการควบคุมโรคหืดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะปลอดอาการหรือผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาและสามารถควบคุมอาการได้แล้วจัดอยู่ในกลุ่มที่ควบคุมอาการได้ดี (controlled) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องไม่มีอาการของโรคหืดเกิดขึ้นทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน ไม่มีการกำเริบของโรคและไม่จำเป็นต้องใช้ยาขยายหลอดลม (relievers) ในขณะที่มีสมรรถภาพทำงานของปอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีผลกระทบของโรคต่อกิจวัตรประจำวัน ส่วนผู้ป่วยที่ยังควบคุมอาการได้ไม่ดี (partly controlled) และผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคไม่ได้ (uncontrolled) จะมีอาการ การใช้ยาขยายหลอดลมและจำนวนครั้งของการกำเริบเพิ่มขึ้น ร่วมกับมีการลดลงของสมรถภาพการทำงานของปอด และมีผลกระทบของโรคต่อกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น ตามลำดับ (ตารางที่ 2.1)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 2.1 ระดับการควบคุมโรคหืด

ลักษณะทางคลินิก	Controlled (ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้)	Partly Controlled (มีอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้)	Uncontrolled
1. อาการช่วงกลางวัน	ไม่มี หรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์	มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์	มีอาการในหมวด partly controlled อย่างน้อย 3 ข้อ
2. มีข้อจำกัดของการออกกำลังกาย	ไม่มี	มี	
3. อาการช่วงกลางคืน	ไม่มี	มี	
4. ต้องใช้ยาขยายหลอดลม	ไม่มี	มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์	
5. ผลการตรวจสมรรถภาพปอด (PEF or FEV1)	ปกติ	น้อยกว่า 80% predicted of personal best	
6. การจับหืดเฉียบพลัน (Exacerbation)*	ไม่มี	อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อปี	

*อาการหอบหืดรุนแรงจนต้องได้รับการรักษาฉุกเฉิน

(คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืด, 2551)

2.4 ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence)

ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหืดปฏิบัติตามแบบแผนการใช้ยาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ โดยพิจารณาจากการที่ผู้ป่วยรับประทานยา หรือใช้ยาพ่นตามที่แพทย์สั่ง หรือสามารถใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้อง

ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) เป็นการเปิดบทบาทของผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการรักษาตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยไม่ใช่เป็นฝ่ายที่ต้องรอบรับคำสั่งของแพทย์แล้วปฏิบัติตามเหมือนคำว่า “การใช้ยาตามสั่ง (Medication compliance)” อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันความหมายของคำทั้งสองคำยังมีความหมายใกล้เคียงกันและสามารถแทนกันได้

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non-adherence) มีความหมายตรงข้ามกับความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) ในการวางแผนการรักษาบุคลากรทางการแพทย์ต้องการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาให้มากที่สุด ซึ่งแสดงว่าจะต้องลดความไม่ร่วมมือในการการใช้ยาให้มีน้อยที่สุด (Osterberg & Blaschke, 2005)

2.4.1 ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาครอบคลุมถึงประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้

1) การใช้ยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่ง

1.1) ใช้ยาในขนาดที่มากกว่าขนาดที่แพทย์สั่ง

1.2) ใช้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่ง หมายถึง จำนวนครั้งต่อวัน หรือการใช้ยานานเกินกว่าจำนวนวันที่แพทย์สั่ง

2) การใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง

2.1) ใช้ยาในขนาดที่น้อยกว่าขนาดที่แพทย์สั่ง

2.2) ใช้ยาน้อยกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่ง

2.3) หยุดยาก่อนที่แพทย์สั่ง

2.4) ไม่ใช้ยา

3) การใช้ยาผิดเทคนิค

4) การใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ

5) การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง ซึ่งอาจจะเกิดปฏิกิริยากับยาที่แพทย์สั่งใช้

6) การไม่มาตามนัด หรือการขาดติดต่อกับแพทย์ (Drop out) ทำให้ไม่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.4.2 วิธีการสืบหาความร่วมมือในการใช้ยา

การสืบหาว่าผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่นั้นทำได้หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป ดังนี้

1) วิธีสืบหาโดยตรง ได้แก่

1.1) การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการสังเกตการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งค่อนข้างแม่นยำ แต่มีข้อเสียที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เป็นประจำตลอดเวลา และผู้ป่วยเองอาจซ่อนยาไว้ในปากแทนที่จะกลืนตามปกติ

1.2) การดูปริมาณยาในร่างกาย โดยการเจาะเลือด เก็บปัสสาวะหรือน้ำลายแล้วนำส่งวิเคราะห์หาปริมาณยา หรือการตรวจวัด Biological marker ต่างๆ ลักษณะการวิเคราะห์เช่นนี้ ขึ้นกับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ความไวของการทดสอบ และยังขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายชนิด เช่น สูตรตำรับยา ระบบการดูดซึม การย่อย ระบบเมตาบอลิซึม การขับถ่าย ภาวะการทำงานของไตผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงภาวะ “White coat adherence” ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา หรือปฏิบัติตนตามแพทย์แนะนำเพียงระยะเวลาสั้น ๆ เช่น 5 วัน ก่อนหรือหลังจากพบแพทย์ ซึ่งอาจทำให้การสรุปข้อมูลความไม่ร่วมมือในการใช้ยาคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง นอกจากนี้ยังไม่สามารถทำได้ในยาทุกตัวเนื่องจากข้อจำกัดทางกระบวนการวิเคราะห์ ทั้งยังมีราคาแพงและผู้ป่วยอาจจะต้องเจ็บตัวจากการเจาะเลือด

2) วิธีการสืบหาทางอ้อม เป็นวิธีที่ปฏิบัติจริงได้มากกว่าวิธีสืบหาทางตรง ได้แก่

2.1) การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลากินยาเอง วิธีนี้ยังไม่น่าเชื่อถือนักเพราะขึ้นกับผู้ป่วยเป็นหลัก ผู้ป่วยอาจไม่ลงบันทึก หรือบันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริง

2.2) การดูปริมาณยาที่ใช้หรือยาที่เหลือ อาจทำโดยการวัดปริมาณยาที่เหลือ โดยการนับการตวง โดยให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาแสดง หรือติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้าน เป็นวิธีที่นิยมอีกวิธีหนึ่ง Zora และคณะ (1989) ได้ให้ความเห็นว่าข้อมูลที่ได้จากวิธีนี้จะน่าเชื่อถือมากกว่าข้อมูลที่ได้จากวิธีการที่ให้ผู้ป่วยจดบันทึกเอง ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ยาที่ผู้ป่วยนำมานับอาจไม่ใช่ยาที่เหลือทั้งหมดจริงๆ

2.3) การใช้เครื่องมืออิเลกโทรนิคส์ต่างๆ เพื่อบันทึกรายการยาที่ใช้ ตัวอย่าง ได้แก่ Nebulizer Chronolog ซึ่งเป็นอุปกรณ์ อิเลกโทรนิคส์ขนาดเล็กใช้ในการติดตามการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่มีกลไกการบันทึกเวลาและวันที่ผู้ป่วยใช้ยาไว้ด้วยความแม่นยำจากการศึกษาของ Mawhinney และคณะ (1991) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาพ่น โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษาทราบว่าตัวเองกำลังถูกศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา แต่ผู้ป่วยจะไม่ทราบถึงกลไกการทำงานของเครื่อง Nebulizer Chronolog ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันที่ผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องตามสั่ง คิดเป็นร้อยละ 0 - 77 ของจำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องใช้ยา และเป็นที่น่าสังเกตว่า Nebulizer Chronolog สามารถวัดได้ว่ามีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ทำการปลดปล่อยตัวยาออกจากภาชนะบรรจุถึงกว่า 10 ครั้งในเวลาเดียวกัน ซึ่ง Mawhinney และคณะ ให้ความเห็นว่าการที่ผู้ป่วยพยายามจะปลดปล่อยยาออกมาในครั้งเดียว เพื่อให้ผู้ศึกษาเข้าใจว่า เขาได้ใช้ยาตามแพทย์สั่งแล้ว ทั้งๆ ที่ในความเป็นจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น

ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ เครื่องมืออิเลกโทรนิคส์ดังกล่าวมีราคาแพง มักจะนิยมใช้เพียงการทำวิจัยเท่านั้น

2.4) การวัดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การมารับยา หรือมาตรวจตามนัดซึ่งทำได้ง่าย แต่ยังไม่สามารถยืนยันว่าผู้ป่วยที่มาตามนัดทุกครั้งจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือผู้ที่ไม่มาตามนัดจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.5) การวัดผลการรักษาหรือผลของยาที่เกิดขึ้น เช่น ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต เป็นต้น วิธีนี้ ทำได้ง่ายแต่ค่าพารามิเตอร์ต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนผลของยาที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงยา และภาวะของร่างกายในขณะนั้น ๆ จึงไม่อาจนำผลมาสรุปทันทีว่า ผลการรักษาหรือผลที่เกิดขึ้นเกิดจากความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

2.6) การสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม (Interview หรือ Questionnaires) สามารถวัดได้โดยตรงกับตัวผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ ผู้ปกครอง ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวก ใช้เวลาไม่มาก และค่าใช้จ่ายน้อย Osterberg และ Blaschke (2005) ให้ความเห็นว่า วิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลหรือคลินิก แต่ข้อจำกัดของวิธีนี้คือผู้สัมภาษณ์จะต้องมีความชำนาญและไม่ใช้คำถามในลักษณะจับผิด ควรระมัดระวังการที่ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ตอบข้อเท็จจริง หรือเกิดเบื่อหน่ายถ้ามีข้อคำถามมากเกินไป (Osterberg & Blaschke, 2005)

การสืบหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ดีที่สุดควรจะทำโดยการใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลาที่ใช้ยาเอง ร่วมกับการนับเม็ดยาที่เหลือ หรือการสัมภาษณ์พร้อมกับการติดตามการมารับยาของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผลที่ได้มีความแม่นยำที่สุด (Hawkshead & Krousel-Wood, 2007)

2.4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา

มีผู้สนใจทำการศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น ปัจจัยดังกล่าวได้แก่

1) ภาวะความเจ็บป่วย

ถ้าผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงจะมีแนวโน้มไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานจะมีแนวโน้มไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลันที่ต้องใช้ยาในเวลาสั้น ๆ

2) ยาและแบบแผนการรักษา

2.1) คุณสมบัติของยาและลักษณะภาชนะบรรจุ เช่น ยาที่มีรส กลิ่น ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเด็กไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือหากผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้สูงอายุต้องใช้ยาที่บรรจุในภาชนะที่เปิดยาก เช่น ภาชนะที่มีการป้องกันไม่ให้เด็กเปิด (Child resistant container) อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเปิดใช้ยาได้เอง ทำให้ไม่สามารถนำยาออกมาใช้ได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.2) การที่ยามีราคาสูง อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีเศรษฐานะไม่ดี ไม่ร่วมมือในการใช้ยา

2.3) แบบแผนการใช้ยา การใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาบ่อยครั้ง และความยุ่งยากในการใช้ยา ถ้าสิ่งเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นความไม่ร่วมมือในการใช้ยาก็เพิ่มมากขึ้นด้วย

2.4) อาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา ถ้ายาทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ได้ง่าย หรือรุนแรง แนวโน้มที่ผู้ป่วยจะไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะสูง

3) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

บุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาหรือปฏิบัติตัวตามแบบแผนการรักษา พบว่า ถ้าผู้ป่วยพึงพอใจและเกิดความเชื่อถือในบุคลากรทางการแพทย์แล้วจะทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น หากบุคลากรทางการแพทย์ใส่ใจให้ข้อมูลต่าง ๆ ทั้งในเรื่องสภาวะโรคแก่ผู้ป่วย แผนการรักษา และการใช้ยาที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนั้นความสัมพันธ์และความเป็นกันเองระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ กับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

4) ผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการมาพบแพทย์หรือในการใช้ยา และยังเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการประเมินการรักษาอีกด้วย หากผู้ป่วยเห็นว่าอาการของตนเองไม่ดีขึ้นจากการรักษา อาจจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้น ตัวผู้ป่วยเองจึงเป็นตัวแปรหรือปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่

4.1) ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ เศรษฐานะ มีผู้ศึกษามากมายเพื่อหาข้อสรุปว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ อย่างไร ซึ่งผลที่ได้แตกต่างกันตามกลุ่มประชากรและวิธีการสืบหา ตัวอย่างเช่น มีการศึกษาที่พบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสัมพันธ์กับปัจจัยเพศ ผู้หญิง (มารดาที่มีบุตรมาก) คนว่างงาน และมีรายได้ต่ำ (Gust et al., 2011)

4.2) ความรู้เรื่องยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลถูกต้องเกี่ยวกับยาที่ตนเองจะต้องใช้ มีแนวโน้มที่จะไม่ร่วมมือในการใช้ยา

4.3) ความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยประสบภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นภาวะที่ไม่พึงปรารถนา ผู้ป่วยจะพยายามหาทางที่จะบรรเทาการป่วยโดยเร็ว เช่น ไปพบแพทย์ แต่เมื่ออาการดีขึ้น ผู้ป่วยกลับไม่ร่วมมือในการใช้ยาต่อเนื่องซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเพื่อให้ตนเองกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้เนื่องจากเชื่อว่าการใช้ยาต่อไปแสดงว่าตัวเองยังป่วยอยู่ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิดที่ทุกฝ่ายต้องหาทางแก้ไข

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.4.4 แนวทางการแก้ไขความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ถ้าพิจารณาตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จะสามารถเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ ดังนี้

1) ภาวะการเจ็บป่วย

การที่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรับทราบถึงภาวะโรคที่เขาเป็นตามความเหมาะสม เน้นให้ผู้ป่วยรับทราบความสำคัญของการรักษาและการใช้ยาเพื่อลดภาวะโรค จะช่วยลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลงได้

2) ยาและแบบแผนการรักษา

2.1) ปรับปรุงสูตรตำรับยาให้มีรส กลิ่น ตลอดจนภาชนะบรรจุให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

2.2) ยาที่มีราคาสูง ควรจะต้องมีกลไกพิจารณาดำเนินการให้ผู้ป่วยสามารถมียาใช้โดยสะดวก อาจจะในรูปแบบของระบบประกันสุขภาพต่างๆ การมีระบบประกันสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยที่มีเศรษฐานะที่ไม่ดี สามารถมียาไว้ใช้ได้ตามความเหมาะสม

2.3) การปรับแผนการใช้ยาให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้สะดวกขึ้น เช่น เลือกสั่งใช้ยาน้อยขนานและให้ผู้ป่วยใช้ยาในแต่ละวันให้น้อยครั้งที่สุด โดยอาจเลือกยาที่ออกฤทธิ์อยู่ได้นาน หรืออาจเปลี่ยนวิถีทางในการบริหารยาให้สะดวกขึ้น

3) บุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์ควรที่จะทำความเข้าใจความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยและควรวางแผนจัดระบบวันนัด อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำปรึกษา ให้ความรู้รวมไปถึงกระบวนการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย จะทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา และจะทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น

4) ผู้ป่วย

4.1) กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความจำไม่ดี ควรมีการใช้อุปกรณ์ช่วยส่งเสริมการใช้ยา อุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ

4.2) การให้ความรู้และการแนะนำการใช้ยา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยามากขึ้น

4.3) การปรับเปลี่ยนความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งสามารถทำได้โดย

4.3.1) การแนะนำและปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา และความเสี่ยงของการกำเริบของโรคที่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ไม่ยอมรับการรักษา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4.3.2) การเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและรับผิดชอบตัวเอง เช่น Self management program ซึ่งโดยหลักการจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตัวเองรู้จักตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตัวในภาวะต่างๆ อย่างไร โดยจะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและยาที่ใช้โดยผ่านการอภิปรายปัญหาหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยรายอื่นๆ ซึ่งผลจากโครงการดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยแต่ละคนที่เรียนรู้จากโครงการนี้จะมีความร่วมมือในการใช้ยาและควบคุมอาการโรคได้

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหืดและการจัดการปัญหาในหืด พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ภายใต้แนวคิดและมุมมองของระบบการแพทย์แบบการแพทย์ชีวการแพทย์ (Biomedicine) ที่จะเน้นเรื่องของความรู้ในมุมมองของผู้ให้บริการเป็นหลักเช่นการสำรวจผลการรักษาโรคหืดในประเทศไทย พบว่าการควบคุมโรคหืดยังต่ำกว่ามาตรฐานที่ตั้งไว้เป็นอย่างมาก โดยพบว่าร้อยละ 14.8 ของผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลาภายใน 1 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 21.7 ของผู้ป่วยโรคหืดต้องเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่มีคุณภาพชีวิตด้อยกว่าคนปกติเพราะไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นคนปกติ เพราะไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นคนปกติ สาเหตุสำคัญก็เพราะผู้ป่วยส่วนมากไม่ได้รับการรักษาตามที่แนวทางการรักษาได้แนะนำไว้ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยที่ได้รับยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นสูดมีเพียงร้อยละ 6.7 นอกจากนี้รายงานผลโครงการตรวจเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ปีงบประมาณ 2550 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ทำให้มีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายขึ้นในประเทศไทยเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว และมีการศึกษาผลการเนินงานคลินิกโรคหืดแบบง่าย

อารีย์ ดวงดี (2550) ศึกษาผลการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย ในโรงพยาบาล ที่มีการพัฒนาการรักษาผู้ป่วยโรคหืดอย่างเป็นระบบมาตรฐาน พบว่าสามารถลดอัตราผู้ป่วยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราผู้ป่วยที่มาที่ห้องฉุกเฉินต่อปี ผลการรักษามีผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ทั้งหมดเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่า การจัดระบบที่ถูกต้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

วิมลวรรณ พันธุ์เภา และคณะ (2548) ศึกษาการจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกจังหวัดพิษณุโลก พบว่าผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 31 รายขณะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยร้อยละ 45.2 จำนวน 19 ปัญหาคือการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในการรักษามากที่สุด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

หลังจากให้คำแนะนำมีปัญหาที่ได้รับการยอมรับและปฏิบัติตาม11 ครั้ง (ร้อยละ 57.9) จากการแนะนำ 19 ครั้งจากการติดตามผู้ป่วยต่อที่แผนกผู้ป่วยนอกพบว่ามีผู้ป่วยมาตามนัดจำนวน 19 รายพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 31.6) จำนวน 6 ปัญหาคือความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 4 ปัญหา (ร้อยละ 66.7) และการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในการรักษา 2 ปัญหา (ร้อยละ 33.3) หลังจากให้ข้อเสนอแนะปัญหาที่พบทั้ง 6 ปัญหาได้รับการยอมรับและแก้ไขผลการศึกษาวิธีการใช้ยาสูดพ่นขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่ามีผู้ป่วย 30 ราย (ร้อยละ 96.8) ปฏิบัติไม่ถูกต้องทุกขั้นตอนหลังจากให้คำแนะนำพบว่าผู้ป่วยทุกรายสามารถใช้ยาสูดพ่นได้ถูกต้องมากขึ้นเทียบกับก่อนได้รับคำแนะนำผลการติดตามการใช้ยาสูดพ่นต่อที่แผนกผู้ป่วยนอกพบว่าผู้ป่วย 10 ราย (ร้อยละ 52.6) ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องทุกขั้นตอนและจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำซ้ำการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่านิสิตเภสัชศาสตร์สาขาบริบาลเภสัชกรรมภายใต้การกำกับดูแลของเภสัชกรพี่เลี้ยงสามารถระบุและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาซึ่งคำแนะนำส่วนใหญ่ได้รับการยอมรับและปฏิบัติตามและมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาสูดพ่นได้ถูกต้องยิ่งขึ้นทั้งนี้ควรมีการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นซ้ำ

สำหรับการศึกษาในด้านความร่วมมือในการรักษา (Adherence to medication) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่ามีอัตราการเพียงร้อยละ 43 ถึง 78 ของผู้ป่วยและยังไม่มีมาตรฐานว่าควรมีอัตราที่เหมาะสมเป็นเท่าใดอุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความไม่เข้าใจที่เพียงพอเกี่ยวกับโรคข้อดีหรือข้อเสียของการรักษาการใช้ยาที่ถูกวิธีหรือการที่แพทย์ให้การรักษาที่ซับซ้อนเกินไป (Osterberg & Blaschke, 2005) ส่วนในการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือใช้ยา มีดังนี้

Cochrane และคณะ (1999) ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ความร่วมมือใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดอยู่ในระดับต่ำ สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคหืดไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามีทั้งผู้ป่วยตั้งใจไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และไม่ตั้งใจ ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ความยากของแบบแผนการใช้ยา ความซับซ้อนของอุปกรณ์การใช้ยา ความเชื่อของผู้ป่วย ความกลัวต่อผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การจะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น ควรปรับปรุงทักษะการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย และการปรับแนวทางการบริหารยาให้มีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย (Cochrane, Horne, & Chanez, 1999)

Tipsrinaun และคณะ (2004) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยโรคหืด พบว่าผลการศึกษาสะท้อนถึงความสำคัญของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การรักษาระดับการศึกษาเพศและสถานภาพสมรสที่มีต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยโรคหืดโดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยเป็นเพศชายอยู่ในสภาพโสดหม้ายหรือหย่าและมารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ มีแนวโน้มที่จะการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้อง

Bender และคณะ (2005) ศึกษาอุปสรรคต่อการรักษาโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ การสนทนาประเด็นเฉพาะ และการทำแบบสอบถาม พบว่าอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษาที่สำคัญที่สุดคือความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านยา ค่าใช้จ่าย และความเชื่อเกี่ยวกับโรคหืดที่ว่าไม่รุนแรงพอที่จะต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องทุกวัน นอกจากนี้พบประเด็นสำคัญแต่ไม่ค่อยถูกกล่าวถึง ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับการพึ่งพิงยา หรือกลัวว่าประสิทธิภาพของยาจะลดลงเรื่อยๆ ถ้าใช้ติดต่อกันในระยะยาว สำหรับกรณีผู้ป่วยเด็ก ผู้ปกครองกังวลในเรื่องความปลอดภัยของยา การต้องพึ่งพิงยา การถูกตีตราจากเพื่อน และความขัดแย้งระหว่างเด็กและผู้ปกครองถ้ามีการใช้ยามากเกินไป สำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำและเป็นชนกลุ่มน้อยให้ความเห็นที่เหมือนกันในเรื่องปัญหาค่าใช้จ่ายและความยากในการเข้าถึงยา ความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน และความไม่ไว้วางใจสถานพยาบาล จากข้อมูลดังกล่าวที่ได้จากมุมมองของผู้ป่วยชี้ให้เห็นความสำคัญในการปรับกลยุทธ์ในจัดการดูแลรักษาโรคหืด ให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น

สุณี เลิศสินอุดม และคณะ (2549) ศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา และวิธีการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยเภสัชกรคลินิกโรคหืดแบบง่าย พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 62.9) รองลงมา คือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ร้อยละ 36.2) สำหรับปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ เทคนิคการใช้ยาสูดที่ไม่ถูกวิธี (ร้อยละ 62.9) และการใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 32.0) เภสัชกรจัดการกับปัญหาดังกล่าวโดยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 98.7) และปรึกษาแพทย์ (ร้อยละ 1.3) ในส่วนของการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เภสัชกรใช้กลยุทธ์เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 36.3) ซึ่งได้แก่ การแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญของการใช้ยา เสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนการใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นต้น การสอนเทคนิคการใช้ยาสูดที่ถูกวิธี (ร้อยละ 22.8) แนะนำการแก้ไขและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ร้อยละ 20.4) และแนะนำให้ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 20.6) ผลลัพธ์การจัดการปัญหาพบว่าสามารถแก้ปัญหาได้ ร้อยละ 48.1 โดยสามารถแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ร้อยละ 49.2 แก้ไขการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ร้อยละร้อยละ 44.9 และแก้ไขปัญหาอื่นๆ โดยการปรึกษาแพทย์ได้ทั้งหมด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

มีการศึกษาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยในแง่ของการวิเคราะห์แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยและทางเลือกในการรักษาภายใต้บริบทของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการโดยการสังเกตพฤติกรรมการให้และรับบริการของแพทย์และผู้ป่วยและการสัมภาษณ์เจาะลึกของ กรแก้ว จันทภาษา (2547) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าในระหว่างการตรวจรักษาแพทย์เป็นผู้ที่มีอำนาจควบคุมการสนทนาการตัดสินใจสั่งการรักษาขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีบทบาทเพียงเป็นผู้ให้ข้อมูลความเจ็บป่วยของตนตามที่แพทย์ต้องการทราบเท่านั้นผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการแลกเปลี่ยนแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยในมุมมองของผู้ป่วยในระหว่างการตรวจรักษาหากแพทย์มีอำนาจมากกว่าผู้ป่วยมากเท่าใดแพทย์ก็จะได้ข้อมูลที่เกี่ยวกับการอธิบายความเจ็บป่วยในมุมมองของผู้ป่วยน้อยลงเท่านั้นในทางตรงกันข้ามหากแพทย์ใช้อำนาจควบคุมการตรวจรักษาน้อยลงผู้ป่วยก็จะแลกเปลี่ยนข้อมูลความเจ็บป่วยในมุมมองของตนเองมากขึ้นการศึกษาครั้งนี้ได้เสนอมุมมองใหม่ในการอธิบายพฤติกรรมการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะพฤติกรรมการตระเวนรักษาของผู้ป่วยว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยพยายามชดเชยอำนาจที่สูญเสียในระหว่างการตรวจรักษาโดยการแสวงหาสถานพยาบาลแห่งใหม่ที่เปิดโอกาสให้ตนมีโอกาสเลือกวิธีการรักษาตามแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยในมุมมองของตนผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยคือผู้ทรงอำนาจที่แท้จริงในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของตนคุณภาพการรักษาพยาบาลจะเกิดขึ้นในรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่มีความเท่าเทียมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยซึ่งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่แพทย์เป็นผู้ที่มีอำนาจควบคุมการสนทนาการตัดสินใจสั่งการรักษาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั่วไปในการตรวจรักษาโรคในปัจจุบันรวมทั้งการให้บริการในส่วนอื่นๆเช่นการส่งมอบยาแก่ผู้ป่วยของเภสัชกรการให้ความรู้จากพยาบาลหรือโภชนากรก็มีลักษณะใกล้เคียงกัน(กรแก้ว จันทภาษา, 2547)

มีการศึกษาการนำแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย มาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต และโรคหืด เป็นต้น ซึ่งการนำแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย มาใช้ในการศึกษาความเข้าใจ การให้ความหมาย และประสบการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยประสบ ในมุมมองของผู้ป่วย จะช่วยทำให้บุคลากรทางการแพทย์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพัฒนาการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย วางแนวทางในการรักษาร่วมกัน แก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา และความร่วมมือในการรักษาได้

อังกูร ภาวสุทธิไพศิฐ และคณะ (2552) ศึกษาผลการบูรณาการแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเภสัชกรคลินิก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา และความรุนแรงของโรคเบาหวาน ในมุมมองของผู้ป่วย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สามารถจำแนกชนิดของโรคเบาหวานได้เป็น 2 ประเภท คือ เบาหวานเปื่อย และเบาหวานแห้ง ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้ป่วย เบาหวานเปื่อยเป็นชนิดที่รุนแรง ผู้ที่เป็นมีโอกาสถูกตัดเท้าหรือเสียชีวิตในเวลาอันสั้น ผู้ป่วยทุกรายประเมินตนเองว่าเป็นเบาหวานแห้ง ซึ่งเป็นเบาหวานชนิดไม่ร้ายแรง ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ถ้ามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ผู้ป่วยทั้งหมดใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นหลักในการรักษา แม้ส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ในการใช้สมุนไพร แต่ปัจจุบันหยุดใช้ เนื่องจากราคาแพง ขั้นตอนในการเตรียมยายุ่งยาก และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ สองในสามของผู้ป่วยทั้งหมดมีความเชื่อว่าการรับประทานยาติดต่อกันเป็นเวลานานเป็นสาเหตุทำให้ไตวาย ซึ่งข้อมูลดังกล่าว ทำให้เภสัชกรคลินิกสามารถใช้ในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

สุภารัตน์ พัฒนรังสรรค์ (2554) ศึกษาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory Model) ในมุมมองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลำพูน พบว่า ผู้ป่วยมีการอธิบาย “เบาหวาน” ใน 2 รูปแบบคือรูปแบบที่ 1 : ผู้ป่วยที่มีการอธิบาย “เบาหวาน” และ “การควบคุมน้ำตาล” ที่ใช้ความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลักและรูปแบบที่ 2 : ผู้ป่วยที่อธิบาย “เบาหวาน” และ “การเลี้ยงน้ำตาล” ที่เป็นการตีความใหม่จากนิยามการแพทย์แผนตะวันตกซึ่งการตีความใหม่นี้มาจากการประมวลประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยเบาหวานกับคำอธิบายโรคที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยรวมทั้งจากคาอธิบาย “เบาหวาน” ที่มาจากเพื่อนผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันแต่ไม่ได้มีความแตกต่างจากคำอธิบายของการแพทย์แผนตะวันตกอย่างสิ้นเชิง รูปแบบของโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยอธิบายโดยตีความใหม่มี 2 รูปแบบคือ “เบาหวานแห้ง” และ “เบาหวานโจก” โดยที่ “เบาหวานแห้ง” อธิบายจากลักษณะที่เมื่อเป็นเบาหวานแล้วจากที่มีรูปร่างอ้วนจะผอมลงไม่อ้วนแม้จะกินมากและเป็นแผลติดเชื้อยากส่วน “เบาหวานโจก” คือเบาหวานที่ผู้ป่วยมีลักษณะอ้วนง่ายแม้จะกินน้อยและเป็นแผลติดเชื้อได้ง่ายประสิทธิภาพของยาแผนปัจจุบันได้รับการอธิบายว่าทำได้เพียง “คุม” ระดับน้ำตาลไม่ให้ขึ้นในขณะที่สมุนไพรทำให้น้ำตาลในเลือด“ลดลง” ผู้ป่วยอธิบายถึงการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นเบาหวานด้วยการเลี้ยงน้ำตาลให้พอดีโดยอาศัยสมดุลของการใช้ยาการกินอาหารและการทำกิจกรรมที่แตกต่างกันไปตามเงื่อนไขชีวิตของแต่ละคนโดยการอธิบายที่แตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลที่ได้รับและประสบการณ์จากการประสบกับภาวะต่างๆ เมื่อเป็นโรคเบาหวานผู้ป่วยมีการประเมินภาวะโรคเบาหวานโดยใช้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเหมือนกับบุคลากรทางการแพทย์และพยายามให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งนี้ไม่ได้ยึดติดกับตัวเลขดังกล่าวแต่ประเมินและให้ความสำคัญกับความรู้สึก “สบาย” ของร่างกายร่วมด้วยถ้าค่าระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปกติแต่ทาให้ร่ายกายรู้สึกไม่สบายก็จะรับประทานอาหารเพื่อทาให้ระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นจนรู้สึกสบายกายและยอมรับระดับน้ำตาลในเลือดที่เกินกว่าเกณฑ์นั้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

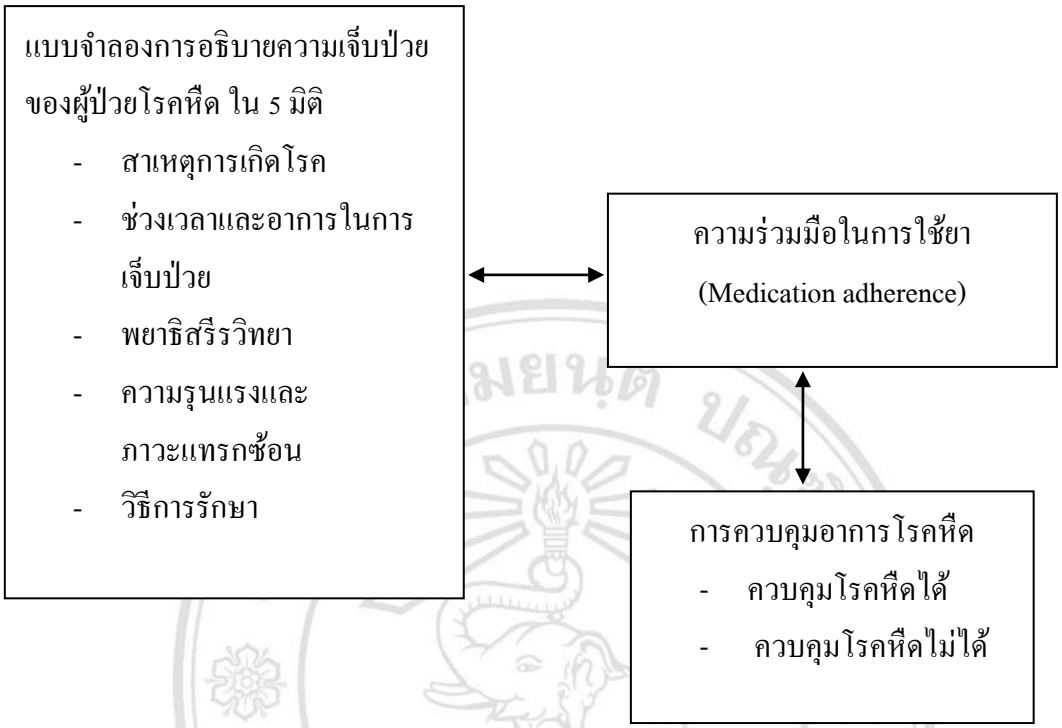
Peterson และคณะ (2002) ได้ศึกษาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของโรคหืดในผู้ดูแลเด็กชาวแอฟริกัน-อเมริกัน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลเด็ก พบว่า ครอบครัวเด็กมีแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดของตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยและบริบทของสังคมและวัฒนธรรม ผู้ดูแลเด็กชาวแอฟริกัน-อเมริกันที่เป็นโรคหืดสร้างแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยจากประสบการณ์ของตนเอง และจากข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ ทำให้เกิดความเข้าใจความหมายของโรคหืดที่มีความหมายเฉพาะ

ประกาย หมายมั่น และกรแก้ว จันทภาษา (2554) ศึกษาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหืดโดยใช้การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย 21 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย 12 คน พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเรียกโรคหืดตามภาษาในท้องถิ่นและตามอาการแสดง ผู้ป่วยเชื่อว่าโรคหืดเกิดจากการที่ปอดไม่แข็งแรงมลพิษและความชื้นอาการแสดงของโรคหืดที่ผู้ป่วยอธิบายได้แก่ ไอ เสลดเหนียว แน่นหน้าอก หายใจมีเสียง หายใจไม่สะดวก หอบเหนื่อยและพูดไม่เต็มประโยค เนื่องจากผู้ป่วยเชื่อว่าโรคหืดมีอาจทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยจึงมีทั้งการรักษาในโรงพยาบาลและการแสวงหาวิธีการทางเลือกอื่น สำหรับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยนั้นพบว่า ผู้ป่วยบางรายใช้ยาตามแพทย์สั่งเนื่องจากกลัวอาการหืดกำเริบ แต่มีผู้ป่วยบางรายที่ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมก่อนทำงานและก่อนนอนเพื่อป้องกันอาการหืดกำเริบ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายกอดหินร้อนหรือผิงไฟเวลามีอาการหืดกำเริบแทนการใช้ยา

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผลการรักษายังไม่ดีเท่าที่ควร ก่อให้เกิดคำถามว่าเหตุใดผู้ป่วยโรคหืดจึงไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยมีระบบวิธีคิดเกี่ยวกับโรคหืดและการรักษาอย่างไร เป็นต้น แนวทางหนึ่งที่นำมาใช้อธิบายระบบวิธีคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในมุมมองของผู้ป่วย คือ แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีการรับรู้และให้ความหมายของความเจ็บป่วยจากโรคหืดตามประสบการณ์ และบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ส่วนบุคลากรทางการแพทย์มีการสร้างแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยที่เน้นเรื่องโรค ที่ได้จากระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่เป็นวิทยาศาสตร์ ชุดความรู้ที่เกิดขึ้นเกิดจากความรู้ในโรงเรียนแพทย์และประสบการณ์การทำงาน ส่งผลให้ทั้งสองฝ่ายมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ดังนั้นในมุมมองของนักวิชาชีพอาจอธิบายว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเป็นมุมมองระบบชีวการแพทย์ ส่วนผู้ป่วยจะมีระบบวิธีคิดของตนในการอธิบายความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved