

บทความ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense กับการดูแลและ การให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหืด

UTILIZATION OF THE COMMON SENSE MODEL OF ILLNESS REPRESENTATIONS WITH CARING AND ADVICE FOR PATIENTS WITH ASTHMA

สิริรัตน์ สีสัจรัส*

สุนทรีย์ เจียรวิทย์กิจ**

บทนำ

ในขณะที่การดูแลสุขภาพของเรานั้นสามารถอธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ในบริบทของจิตวิทยาสุขภาพ (Health psychology) หรือการพยาบาล (Nursing) ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992) เป็นอีกทฤษฎีหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจและถูกนำมาใช้ในศาสตร์สาขาต่างๆ ในวงกว้างไม่ว่าจะเป็นในต่างประเทศ (Byer & Myers, 2000; McAndrew, Mora, Quigley, Levanthal, & Leventhal, 2014; Sofianou et al., 2012) หรือในประเทศไทย (สิริรัตน์ สีสัจรัส, จิราพรชลธิชาชลาลักษณ์, และ วรธนา สอนองเดช, 2558) ทฤษฎีดังกล่าวใช้อธิบายการปรับตัวเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยเชื่อว่ามนุษย์เรานั้นเป็นนักแก้ไขปัญหา (Problem solver) ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense นี้ได้ถูกนำไปใช้อธิบายการปรับตัวของผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหืด เป็นต้น ในบทความวิชาการนี้ครอบคลุมความเป็นมาของกรอบแนวคิดทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วย

แบบ Common Sense การให้ความหมายองค์ประกอบตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense ปัญหาของโรคหืดซึ่งเป็นปัญหาระบบทางเดินหายใจ ความหมาย สาเหตุของโรคหืด อาการและอาการแสดง ระดับความรุนแรงของโรคหืด การวินิจฉัยและการรักษา การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในระดับชุมชน และการนำทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense มาร่วมอธิบายในผู้ป่วยโรคหืดโดยใช้ตัวอย่างกรณีศึกษา

ความเป็นมาของกรอบแนวคิดทฤษฎี

ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense (Leventhal et al., 1992) ได้รับการพัฒนาจาก Professor Howard Leventhal et al. (1998) โดยทฤษฎีดังกล่าวได้รับการพัฒนาจากแนวคิดของ Health Belief Model (Rosenstock, 1974) ร่วมกับแนวคิดของ Fear Drive Model (Dollard & Miller, 1950) โดยแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วยแนวคิดการปรับตัวพื้นฐาน 3 ประการ (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001) ได้แก่

ผู้รับผิดชอบหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์สิริรัตน์ สีสัจรัส

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

1. แนวคิดการเป็นนักแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล โดยมุ่งหาความเป็นเหตุผลของปัญหาสุขภาพทางกาย เพื่อเลี่ยงหรือควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกาย

2. กระบวนการปรับตัวอยู่บนพื้นฐานของสามัญสำนึก ไหวพริบ ความเชื่อ และการประเมินค่านั้น คือ การที่แต่ละบุคคลรับรู้อันตรายจากโรค การตอบสนองต่อปัญหา และการเลือกจัดการกับปัญหา โดยการประเมินค่าขึ้นกับความเข้าใจและความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล โดยการรับรู้และการตอบสนองต่อปัญหานั้นๆ อาจไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ หรือเหตุผลของธรรมชาติที่เป็นไปตามหลักทางชีววิทยาหรือหลักการทางการแพทย์

3. แนวคิดความเจ็บป่วยของชาวบ้าน (Folk-illness) มีความแตกต่างจากแนวคิดทางการแพทย์ และเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมและสังคมและเป็นส่วนที่ส่งผลต่อกระบวนการปรับตัวของแต่ละบุคคล

การให้ความหมาย

มโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense มีการใช้คำดังกล่าวในบริบทที่หลากหลายในภาษาอังกฤษ เช่น Illness representation (Leventhal et al., 1998), Illness perception (Leelacharas, Kerdonfag, Chontichachalaluke, & Sa-nongdej, 2015), Illness cognition (Croyle & Barger, 1993), Mental representation (Skelton & Croyle, 1991), และ Cognitive representation (Scisney-Matlock, 1998) เป็นต้น โดยบริบทการใช้คำที่แตกต่างหลากหลายนั้นขึ้นกับงานวิจัยและวัตถุประสงค์ของผู้แต่ง เนื่องจากมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense มีลักษณะเฉพาะเจาะจงและมีความหมายลุ่มลึกมากกว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยทั่วไป ดังนั้นผู้เขียนจึงขอ

ใช้คำเฉพาะในที่นี้สำหรับ Illness representation โดยใช้คำในภาษาไทยว่า “มโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense” เพื่อเป็นเกียรติกับนักทฤษฎีดั้งเดิม

องค์ประกอบของกรอบแนวคิดทฤษฎี

องค์ประกอบที่สำคัญของแนวคิดทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense เป็นทฤษฎีการปรับตัว ประกอบด้วยส่วนสำคัญต่างๆ ดังนี้ (Leventhal et al., 2001)

1. ตัวกระตุ้นสถานการณ์หรือปัญหา (Situational stimuli) เป็นปัจจัยหรือสิ่งชักนำเหตุการณ์ไปสู่ขบวนการแก้ไขปัญหามีทั้งตัวกระตุ้นภายในและตัวกระตุ้นภายนอก เช่น การรับรู้การเป็นมะเร็งปอด (Leventhal et al., 2001) เป็นต้น

2. มโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เป็นภาวะคุกคามด้านร่างกาย (Illness representations of physical threat) เป็นการรับรู้ภาวะคุกคามสุขภาพทางกายซึ่งประกอบด้วยคุณสมบัติ 5 ประการ ได้แก่

2.1 คุณลักษณะของภาวะคุกคาม (Identity of the threat) หมายถึง คุณลักษณะของโรค อาการแสดง (Symptoms) หรือ สิ่งบ่งชี้ (Labels) ที่ให้ความหมายเกี่ยวกับโรค (Lau, Bernard, & Hartman, 1989; Meyer, Leventhal, & Gutmann, 1985) เช่น สิ่งบ่งชี้เกี่ยวกับความหมายของภาวะความดันโลหิตสูง (Leelacharas, 2005) เป็นต้น

2.2 เส้นเวลาหรือช่วงเวลา (Timeline) หมายถึง ช่วงเวลาที่มีการดำเนินของโรค จุดของเวลาที่ใช้ในการรักษา เวลาที่ต้องใช้สำหรับการรักษา และการควบคุม รวมถึงจุดเริ่มต้นของการเป็นโรคนจนถึงขั้นเสียชีวิตหากปราศจากการรักษา (Klohn & Rogers, 1991) เช่น การรับรู้ภาวะความดันโลหิตสูงจะคงอยู่นาน (Leelacharas, 2005) เป็นต้น

2.3 สาเหตุ (Cause) หมายถึง สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก เช่น แบคทีเรีย ไวรัส ความเครียด หรือเหตุการณ์ร้าย หรือ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายใน เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยพฤติกรรม เช่น สาเหตุของมะเร็งเต้านม (Leventhal et al., 2001) สาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูง (Leelacharas & Rujijwatthanakom, 2012) เป็นต้น

2.4 ผลกระทบ (Consequences) หมายถึง ผลกระทบของโรคที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (Klohn & Rogers, 1991; Leventhal et al., 2001) เช่น ผลข้างเคียงจากการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมสำหรับการรักษาโรคหืด หรือค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น

2.5 ความสามารถในการควบคุม/การควบคุม (Controllability/ control) หมายถึง การตอบสนองต่อการรักษาทั้งในด้านการรักษาด้วยตนเองและการรักษาโดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญ (Lau & Hartman, 1983) เช่น ความสามารถในการควบคุมการกำเริบของโรคหืด ความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3. มโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เป็นภาวะคุกคามด้านอารมณ์ (Illness representations of emotional threat) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์ เช่น ภาวะเครียดจากการรับรู้เกี่ยวกับการเป็นมะเร็งเต้านม เป็นต้น

4. วิธีการจัดการปัญหาทางสุขภาพ (Coping procedure) หมายถึง ขั้นตอนหรือวิธีการการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพที่บุคคลเผชิญทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Leventhal et al, 2001) เช่น การใช้ยาพ่นชนิดออกฤทธิ์สั้นทันทีเมื่อรู้สึกหอบเหนื่อย การเลี่ยงอาหารมันจากปัญหาของไขมันในเลือดสูง การทำจิตใจให้สงบเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

5. ผลลัพธ์การจัดการปัญหาทางสุขภาพ (Appraisal) หมายถึง ผลลัพธ์หรือผลที่ได้รับจากการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ (Leventhal et al, 2001) เช่น อาการกำเริบของโรคหืดดีขึ้นหลังใช้ยาพ่นขยายหลอดลม ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ เป็นต้น

6. บริบททางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-cultural context) หมายถึง อิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมที่ห้อมล้อมแต่ละบุคคลและมีผลกระทบต่อประสบการณ์ด้านร่างกายและจิตสังคมของบุคคลนั้นๆ (Leventhal et al., 1992) เช่น ความเชื่อของครอบครัว ความเชื่อส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพและการดูแลรักษาโรคหืด การควบคุมระดับความดันโลหิต เป็นต้น

7. ระบบอัตตา (Self-system) เป็นคุณลักษณะทางชีววิทยา จิตวิทยาและการป้องกันตนเอง ซึ่งรวมถึงการรับข้อมูลข่าวสารของบุคคลโดยผ่านขบวนการรับรู้ที่มีความหลากหลาย (Leventhal et al., 2001) เช่น การตอบสนองต่ออาการและอาการแสดง (Brownlee, Leventhal, & Leventhal, 2000) เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีบริบทของทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense โดยงานวิจัยครอบคลุมมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยทางกาย (Hekler et al., 2008; Kim & Evangelista, 2010; Sofianou et al., 2012) และมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยทางใจ (Barbasio & Granieri, 2013; Junehag, Asplund, & Svedlund, 2014; Knowles et al., 2014; Oflaz et al., 2014) โดยมีทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น Junehag et al. (2014) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการ

รับรู้ผลกระทบ (Consequences) ด้านจิตสังคมและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกในงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การติดตามในช่วงระยะพักฟื้นเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือการแก้ไขปัญหาที่อาจเป็นอันตรายซึ่งยังหลงเหลืออยู่ การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนที่มีประสบการณ์ที่เหมือนกันมีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมาก

Hekler et al. (2008) ศึกษาความเชื่อความเจ็บป่วย พฤติกรรม และการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นชาวอเมริกันชนผิวดำ 102 คน โดยสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามเชิงโครงสร้างเกี่ยวกับความเชื่อความเจ็บป่วยความดันโลหิตสูงและการจัดการ โดยใช้ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense ประเมินความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยา พฤติกรรมการลดความเครียด และแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง โดยผู้ได้รับการสัมภาษณ์ได้รับการประเมินระดับความดันโลหิตในช่วงเวลาของการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผลของการเกิดโรค (Consequences) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับช่วงเวลา (Timeline) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ในทางลบกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความเชื่อในการรักษาทางการแพทย์และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเป็นตัวแปรทำนายที่สำคัญของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก

การศึกษาเกี่ยวกับมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense ของคนไทยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Leelacharas et al., 2015) ในผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท โดยตอบ

แบบสอบถามที่มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเจ็บป่วยในบริบทของมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยพบว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองรายงานเกี่ยวกับลักษณะของภาวะความดันโลหิตสูง (Identity of hypertension) ความกังวลใจเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง (Concerns of hypertension) ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูง (Consequences of hypertension) และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (Emotional change) น้อยกว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal control) และการรักษา (Treatment control) ได้ดีกว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อของโรคหืดกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหืด (Sofianou et al., 2012) โดยใช้แบบสอบถามเชิงโครงสร้าง พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาน้อยมักรายงานว่าไม่พบอาการของโรคหืด โรคหืดไม่ใช่โรคเรื้อรังและแพทย์สามารถรักษาให้หายได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามาก และผู้สูงอายุที่มีความกังวลใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคหืดและปัญหาอื่น ๆ จะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุปแล้ว จากงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นว่าทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทต่างๆ ของการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันและเรื้อรังอย่างไรก็ตามในบทความวิชาการนี้มุ่งเน้นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วย

แบบ Common Sense โดยเฉพาะกับการเจ็บป่วยด้วยปัญหาของโรคหืดซึ่งควรได้รับการดูแลป้องกันในทุกกระดับ โดยเฉพาะในระดับชุมชน

ปัญหาโรคหืด

โรคหืด เป็นปัญหาที่พบได้ทั้งในต่างประเทศ (National Center for Health Statistics CDC, 2013) และในประเทศไทย (Trakultivakorn, 2012) จากการรายงานการสรุปสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2556 พบว่าโรกระบบทางเดินหายใจซึ่งรวมถึงโรคหืดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของคนไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะยังไม่มีรายงานข้อมูลที่เด่นชัดเกี่ยวกับความชุกของโรคหืด จากการรายงานของเครือข่ายพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหืดพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคหืดมากถึง 3 ล้านราย โดยพบในเด็กประมาณร้อยละ 10 ถึง 12 และในผู้ใหญ่ร้อยละ 6.9 (กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 จนถึงปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคหืดเพิ่มขึ้นทุกปี และในปีพ.ศ. 2552 มีผู้เป็นโรคหืดถึง 102, 273 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหืด โดยพบค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหืดในผู้ใหญ่ทั้งทางตรงและทางอ้อม คิดเป็น 16, 287.27 บาทต่อปี (Gypmantasiri, 2007) ดังนั้นการดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหืดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้ และความสามารถในการปรับตัวเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่การควบคุมการกำเริบของการเกิดโรคหืดซ้ำต่อไปในอนาคต

ความหมาย

จากการให้ความหมายของ Global Initiative for Asthma (2015) โรคหืด เป็นโรคปอดเรื้อรังที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน ก่อให้เกิดอาการของระบบทางเดินหายใจ และอาจต้องจำกัดกิจกรรมต่างๆ หากมีการกำเริบของโรคและความรุนแรงมากขึ้น โรคหืดก่อให้เกิดอาการต่างๆ เช่น เสียงหวีด หายใจหอบ มีอาการแน่นหน้าอกและ ไอซึ่งอาจมีความหลากหลายตามช่วงเวลาที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับการให้ความหมายของสมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย (2555) ที่กล่าวว่า “โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ที่มีผลต่อหลอดลมของผู้ป่วย มีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้ และสิ่งแวดล้อมมากกว่าปกติ (Bronchial hyper-responsiveness, BHR) ผู้ป่วยมักมีอาการไอแน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดหรือหอบเหนื่อยเกิดขึ้น...” (หน้า 8) โรคหืดเกิดได้กับทุกเพศทุกวัย โดยวัยเด็กจะเป็นโรคหืดมากกว่าวัยผู้ใหญ่

สาเหตุของโรคหืด

จากการรายงานของ National Heart, Lung, and Blood Institute (2012) พบว่าสาเหตุการเกิดโรคหืดยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตามอาจมีปัจจัยร่วมต่างๆ เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรมที่ส่งผลต่อการกระตุ้นสารก่อภูมิแพ้ ติดตามตามประวัติของโรคหืด หรือมีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจในวัยเด็ก ดังตัวอย่างงานวิจัยดังนี้

การศึกษาวิจัยหนึ่งในประเทศอินเดียได้มีการตรวจสอบปัจจัยทางพันธุกรรมของยีน TBX21 โดยศึกษาความสัมพันธ์ของโรคหืดและความรุนแรงของโรคหืดซึ่งเป็นแบบ Case-control ในเด็กที่เป็นโรคหืดและในเด็กสุขภาพแข็งแรงจำนวนกลุ่มละ

240 คน ผลการศึกษาวิจัยพบว่ายีนพันธุกรรมที่เป็น Heterozygous และยีน Variant type มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sharma, Jaiswal, Mandal, Phadke, & Awasthi, 2014)

จากงานวิจัยหนึ่งในประเทศแคนาดา (Jeffery et al., 2013) ได้ศึกษาสัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคหืดกับการเกิดโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ (Allergic rhinitis: AR) จากสถานพยาบาลในระดับตติยภูมิซึ่งอยู่ทางตอนเหนือของเมือง Alberta จำนวน 107 คน โดยผู้ป่วยที่มีอาการของ AR จะได้รับการทดสอบทางผิวหนังเพื่อหาซีรั่ม IgE และมีการทดสอบสมรรถภาพปอด โดยแยกผู้ป่วยที่เคยได้รับการคัดกรองโรคหืดหรือมีโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจและมีอาการกำเริบออก ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 64.5 มีโรคจมูกอักเสบตลอดปีโดยมีอาการรุนแรงปานกลางจนถึงอาการรุนแรงมาก และร้อยละ 26.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด

ในประเทศเนเธอร์แลนด์ได้ทำการศึกษาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและการควบคุมโรคหืดในเด็กอายุ 4-18 ปีจำนวน 654 คนโดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง ผลการศึกษาพบว่าเด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.5 ควบคุมอาการได้ดี ผู้ที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจสูงเกิดในช่วงระยะเวลา 12 เดือนมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมโรคหืดได้น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อทางเดินหายใจชนิดอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืดได้น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (Zomer-Kooijker et al., 2014) โดยสรุปจะเห็นได้ว่าพันธุกรรม สารก่อภูมิแพ้และการติดเชื้อทางเดินหายใจมีความสัมพันธ์กับโรคหืด

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคหืดเฉียบพลัน ได้แก่ อาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก มีเสียงหวีด โดยเสียงหวีดจะเป็นมากขึ้นในขณะหายใจออก มีอาการไอ มีอัตราการเต้นของหัวใจเร็ว (Tachycardia) และมีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2012) ผู้ป่วยโรคหืดใช้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ เกิดความวิตกกังวลในระดับที่รุนแรงอาจมีลักษณะอกเป็นถังเปียร์ หรือ Barrel chest ซึ่งเป็นผลจากการมีอากาศค้างในปอด (Air trapping) ผู้ป่วยมีอาการพูดลำบากขณะหายใจ เยื่อหูในปากและปลายเล็บคล้ำ เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำซึ่งทางการแพทย์เรียกว่า Hypoxemia (Workman, 2010)

ระดับความรุนแรงของโรคหืด

เนื่องจากระดับความรุนแรงของโรคหืดมีหลายระดับ ตามแนวปฏิบัติของการวินิจฉัยและการจัดการโรคหืดโดยสมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย (2555) ได้แบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับได้แก่ 1) ระดับ 1 มีอาการนานๆ ครั้ง (Mild intermittent); 2) ระดับ 2 เป็นโรคหืดเรื้อรัง อาการรุนแรงน้อย (Mild persistent); 3) ระดับ 3 เป็นโรคหืดเรื้อรัง อาการรุนแรงปานกลาง (Moderate persistent); และ 4) ระดับ 4 เป็นโรคหืดเรื้อรัง อาการรุนแรงมาก (Severe persistent)

ระดับ 1 มีอาการนานๆ ครั้ง หมายถึง การมีอาการที่เกิดขึ้นน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง หรือมีอาการของโรคหืดกำเริบเป็นช่วงสั้นๆ หรืออาจมีอาการในตอนกลางคืนน้อยกว่า 2 ครั้ง/เดือน ผลการตรวจสมรรถภาพปอดปกติ โดยมีสัดส่วนค่าปริมาตรอากาศขณะหายใจออกเร็วและแรงเต็มที่ใน 1 วินาที

แรง (Forced expiratory volume: FEV1) หรือ อัตราเร็วสูงสุดของลมหายใจออก (Peak expiratory flow: PEF) มีค่าอย่างน้อยร้อยละ 80 ของค่าอ้างอิง กับค่าความผันผวนของ PEF น้อยกว่าร้อยละ 20

ระดับ 2 โรคหืดเรื้อรัง อาการรุนแรงน้อย อาจมีอาการจับที่คออย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์แต่น้อยกว่า 1 ครั้ง/วัน อาการอาจเกิดในช่วงกลางคืนมากกว่า 2 ครั้ง/เดือน และมีผลต่อกิจกรรมต่างๆ รวมทั้ง การนอนหลับ โดยสัดส่วนค่า FEV1 หรือ PEF มีค่าอย่างน้อยร้อยละ 80 ของค่าอ้างอิงกับค่าความผันผวนของ PEF น้อยกว่าร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 30

ระดับ 3 โรคหืดเรื้อรัง มีอาการรุนแรงปานกลาง อาการจะเกิดขึ้นทุกวันและบ่อยครั้ง อาการเกิดในช่วงกลางคืนบ่อยๆ มากกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ และต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ โดยสัดส่วนค่า FEV1 หรือ PEF มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 80 ของค่าอ้างอิง กับค่าความผันผวนของ PEF ที่มากกว่าร้อยละ 30

ระดับ 4 โรคหืดเรื้อรัง มีอาการรุนแรงมาก อาการจะเกิดขึ้นทุกวัน อาการอาจเกิดในช่วงกลางคืนบ่อยๆ และมีผลต่อกิจกรรมต่างๆ และการนอนหลับ โดยสัดส่วนค่า FEV1 หรือ PEF มีค่าเพียงร้อยละ 60 หรือน้อยกว่าค่าอ้างอิงกับค่าความผันผวนของ PEF ที่มากกว่าร้อยละ 30

ระดับการควบคุมความรุนแรงของโรคหืด หากควบคุมได้ดีจะต้องไม่พบอาการหอบในช่วงเวลา กลางวันหรือมีอาการน้อยกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์และไม่มีอาการช่วงเวลากลางคืน และไม่จำเป็นต้องใช้ยา พ่นขยายหลอดลม ผลการตรวจสมรรถภาพปอดปกติ และไม่มีการกำเริบของโรคหืด หากควบคุมได้ไม่ดี (Partial controlled) หรือควบคุมอาการไม่ได้ (Uncontrolled) จะมีอาการกำเริบของโรคหืดเกิดขึ้น และต้องใช้ยาพ่นขยายหลอดลมร่วมเพิ่มขึ้น จะมีผล

การตรวจสมรรถภาพปอดลดลง ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของผู้ป่วย

การวินิจฉัยและการรักษา

เนื่องจากการวินิจฉัยรักษาโรคหืด ผู้ป่วยต้องมีประวัติอาการโรคระบบทางเดินหายใจที่ชัดเจนซึ่งได้แก่ อาการหายใจลำบาก ไอ และการมีเสียงหวีดที่ แน่นชัดร่วมกับการเกิดการอุดกั้นของท่อทางเดินหายใจ จึงทำให้หลายครั้งการวินิจฉัยโรคหืดทำได้ยาก ต้องอาศัยการตรวจหลายอย่าง ตั้งแต่การซักประวัติการเป็นโรคหืดและการตรวจร่างกาย การทดสอบสมรรถภาพปอด หรือการทดสอบอื่น เช่น การตรวจสอบความไวของหลอดลม (Workman, 2010) การตรวจการทำงานของปอดแบบ Impulse oscillometry system (Komarow et al., 2012) เป็นต้น

การรักษา ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคหืด หากมีความรุนแรงน้อย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการบริหารยาด้วยยาพ่นขยายหลอดลมในเบื้องต้น เมื่ออาการดีขึ้น ในระยะยาวผู้ป่วยอาจได้ยาพ่นขยายหลอดลมร่วมกับยาพ่นสเตียรอยด์ ส่วนผู้ป่วยโรคหืดชนิดเฉียบพลันและมีอาการรุนแรงมากอาจได้รับการพิจารณารักษาด้วยยาในกลุ่ม Beta-2 agonists เช่น Salbutamol กับ Anticholinergic drugs เช่น Ipratropium (Hossain et al., 2013) นอกจากนี้ในรายที่มีอาการรุนแรงมากอาจมีความจำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จนกว่าจะควบคุมระดับความรุนแรงของโรคหืดได้ และเมื่อควบคุมการกำเริบได้ ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำสำหรับการปฏิบัติตัวเพื่อเลี่ยงการกำเริบของโรคหืดก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน

การดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหืดในระดับชุมชน

เมื่ออาการผู้ป่วยโรคหืดทุเลาลงจนได้รับอนุญาตให้กลับบ้านเพื่อพักฟื้นต่อ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยา และจำเป็นต้องสื่อสารถึงสารก่อภูมิแพ้ที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อม ในบริบทของการใช้ยารักษาโรคหืด โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคหืดจะได้รับยาพ่นขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์ในระยะสั้นหรือทันทีได้แก่ ยาในกลุ่ม Beta-2agonists ได้แก่ Salbutamol (Harvey & Champe, 2009) ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหืดมีอาการกำเริบ บางรายอาจได้รับการรักษาพร้อมโดยใช้ Inhaled corticosteroids (Harvey & Champe, 2009) ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการเป็นโรคหืดของผู้ป่วยแต่ละราย บางรายอาจได้รับยาพ่นขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์ในระยะยาว เช่น Salmeterol (Harvey & Champe, 2009)

นอกเหนือจากการรักษาด้วยยาแล้ว Global Initiative for Asthma: GINA (2015) ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันดูแลตนเองโดยการลดปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบของโรคหืดที่รวมถึงนี้ 1) ผู้ป่วยควรได้รับยาสูดพ่นที่เหมาะสมและคำแนะนำจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ โดยได้รับการแนะนำเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นที่ถูกต้องร่วมกับการพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ 2) เลี่ยงปัจจัยกระตุ้นการเกิดโรคหืด 3) ในกรณีที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการเลิกสูบบุหรี่ภายในครอบครัว 3) ใช้กลยุทธ์ เพื่อการลดน้ำหนัก 4) ประเมินและบริหารจัดการด้านจิตใจ เช่น เรื่องความเครียด หรือความกังวลใจ เป็นต้น 5) เลี่ยงอาหารที่ก่อให้เกิดภูมิแพ้ 6) กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอ 7) ประเมินประวัติและลักษณะการประกอบอาชีพในผู้ใหญ่เพื่อเลี่ยงสิ่งกระตุ้นการเกิดโรคหืด 8) เพิ่มความระมัดระวังหรือปรึกษาผู้รักษาในกรณีที่ต้องใช้

ยาประเภท Beta antagonists เช่น Atenolol เป็นต้น และ 9) ลดปัจจัยเสี่ยงของสิ่งที่อาจทำให้แพ้ได้

ในกรณีลดปัจจัยเสี่ยงของการแพ้ เช่น หากแพ้ขนสัตว์เลี้ยง อาจต้องนำสัตว์เลี้ยงออกจากพื้นที่หรือในกรณีที่แพ้ไรฝุ่น ควรหมั่นทำความสะอาดบ้าน นำหมอนหรือเครื่องนอนออกตากแดดเพื่อลดปัญหาไรฝุ่น หรือใช้เครื่องนอนเป็นผ้าประเภทกันไรฝุ่น เลี่ยงการเข้าไปอยู่ในพื้นที่ที่มีผู้คนแออัด เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสารก่อภูมิแพ้ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบของโรคหืด เลี่ยงการตรากตรำทำงานหนัก ดื่มน้ำอุ่นให้พอเพียงกับความต้องการของร่างกาย ไม่ควรซื้อยารับประทานเองและควรไปพบแพทย์เพื่อการตรวจรักษาตามนัด (กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

การปรับตัวของผู้ป่วยโรคหืดกับการใช้ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense

ต่อไปนี้เป็นกรณีศึกษาในบริบทของการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหืด 2 ราย ซึ่งอธิบายโดยการใช้ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงอายุ 45 ปี การศึกษาระดับปริญญา น้าหนักตัวเกิน (ดัชนีมวลกาย 26.1 กิโลกรัม/เมตร²) บ้านพักอาศัยอยู่ในเขตเมืองใกล้ตลาดสด มีแมว หนู และสุนัขเร่ร่อนอยู่ตลอดพบว่าตนเองมีอาการเป็นผื่นแพ้ง่าย คัน มีปัญหาคัดจมูกและมีน้ำมูกไหลและจามในช่วงตื่นนอนตอนเช้าทุกวัน ช่วงสายอาการคัดจมูกทุเลาลง รู้สึกไม่สบาย มีปัญหาน้ำหนักเกิน เคยมีอาการหอบแต่ไม่เคยรับการตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันปัญหาดังกล่าว ทุกครั้งที่มีอาการของผื่นแพ้ จะรู้สึกรำคาญใจเพราะไม่สบาย คัน ต้องใช้น้ำเย็นช่วยบรรเทา อาการดีขึ้นบ้าง

ต่อมาอาการผื่นแพ้เป็นมากขึ้น ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์ เพื่อปรึกษาปัญหาเบื้องต้นได้รับการประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ชีพจรและการหายใจปกติ ยกเว้นระดับความดันโลหิตอยู่ในระยะก่อนการเป็น ความดันโลหิตสูง ในเบื้องต้นแพทย์ให้การรักษาโดยการตรวจสารก่อภูมิแพ้ พบว่าผู้ป่วยแพ้สารก่อภูมิแพ้หลายชนิด นอกจากนี้ยังได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด และตรวจความไวของหลอดลม ผลการตรวจพบว่าสมรรถภาพปอดใกล้เคียงปกติ แต่ความไวของหลอดลมผิดปกติ ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคหืด ได้รับการรักษาด้วย ยาพ่นจมูกและยาสูดพ่นสเตียรอยด์ และได้รับยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้นสำหรับใช้ในกรณีมีอาการหืดกำเริบและรับประทานยาแก้แพ้ ได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาและพ่นยาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพตามคำแนะนำ ต่อมาพบว่าอาการภูมิแพ้ทุเลาลง จากกรณีศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎีโมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense ได้ดังนี้

เนื่องจากบริบทสังคมวัฒนธรรม (Socio-cultural context) ของผู้ป่วยรายนี้อาศัยอยู่ในสังคมเมือง ใกล้ตลาดสดมีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสสารกระตุ้นต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อระบบร่างกายของผู้ป่วย (Self-system) โดยสารกระตุ้นต่างๆ จากการสัมผัส (Situational stimuli) ส่งผลต่ออาการผื่นแพ้ที่เป็นมากขึ้น (Representation of health threat) และก่อให้เกิดความรำคาญใจหรือส่งผลต่อ Representation of emotion นำไปสู่การแก้ไขปัญหาโดยการปรึกษาแพทย์ผู้รักษา ได้รับการรักษาด้วยยาต่าง ๆ และปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รักษา (เป็น Coping

procedure) ทำให้อาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยดีขึ้น (เป็น Appraisal)

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงอายุ 39 ปี การศึกษาระดับปริญญา เป็นโรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย 32.81 กิโลกรัม/เมตร²) ประกอบอาชีพรับราชการบ้านพักอาศัยอยู่ในเขตเมือง มีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น มีต้นไม้รอบบ้าน เช่น ต้นมะม่วง และต้นโมก มีประวัติเป็นโรคหืดตั้งแต่เด็ก มีอาการเหนื่อย หอบ ไม่สุขสบายอย่างมาก รักษาตามอาการโดยการพ่นยาเป็นครั้งคราว ใช้วิธีการดูแลตนเองโดยเสี่ยงสิ่งที่คิดว่าเป็นตัวกระตุ้น 8 ปีก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมีอาการหอบมากมารับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้รับยาพ่น Salbutamol เพื่อช่วยลดอาการหอบหืด 5 ปีก่อน เริ่มเข้ารับการรักษาโรคหืดในคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยมีประวัติแพ้สารก่อภูมิแพ้หลายชนิด ได้แก่ ขนสัตว์ ไรฝุ่น ดอกหญ้า และเกสรดอกไม้ จากการซักประวัติทราบว่าผู้ป่วยเคยมีภาวะน้ำหนักเกินมาก และเคยออกกำลังกายและคุมอาหารจนควบคุม น้ำหนักได้ดีโดยลดจาก 79 กิโลกรัมเป็น 71 กิโลกรัม ภายในระยะเวลา 1 เดือนครึ่ง อย่างไรก็ตามด้วยการทำงานที่ต้องแข่งกับเวลาที่รีบด่วนในเวลาปฏิบัติงานหลายครั้งไม่มีโอกาสได้เลือกสรรอาหารรับประทาน จึงรับประทานอาหารเพียงแค่อิ่มเป็นมื้อ อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ ได้แก่ ข้าวไก่ทอด หมูทอด ต้ม น้ำหวาน น้ำอัดลม และรับประทานอาหารประเภท บุฟเฟต์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งแต่ละครั้งที่รับประทาน อาหารจะรับประทานในปริมาณมาก จึงทำให้มี น้ำหนักเพิ่มมากขึ้นเป็น 84 กิโลกรัม ผู้ป่วยมีประวัติ ไขมันในเลือดและความดันโลหิตสูง และทราบว่าตนเองมีน้ำหนักเกินมาก ซึ่งส่งผลให้อาการหืดกำเริบ และเป็นมากขึ้นต้องใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ในระยะสั้นช่วย และมียาสูดพ่นสเตียรอยด์ใช้ใน

ระยะยาว จึงตัดสินใจควบคุมน้ำหนักอีกครั้ง และเลือกรับประทานอาหารและออกกำลังกายอีกครั้ง 3 เดือนต่อมาผู้ป่วยควบคุมน้ำหนักตัวได้ดีขึ้น ไม่ปรากฏอาการกำเริบจากโรคหืด

จากตัวอย่างกรณีศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีโมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense ดังนี้ ในส่วนของโรคหืดผู้ป่วยได้รับสิ่งกระตุ้นได้แก่ สารกระตุ้นภูมิแพ้ต่างๆ (Situational stimuli) ซึ่งเป็นภาวะคุกคามทางกาย (Physical health threat) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวโดยการแก้ไข้ปัญหา (Coping procedure) ด้วยการพบแพทย์เพื่อรักษาความเจ็บป่วยด้วยการพ่นยาจนสามารถควบคุมอาการของโรคหืดให้ดีขึ้น (Appraisal) ในขณะเดียวกันผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาเรื่องน้ำหนักเกินมาก (เป็น Situational stimuli) ได้แก้ไข้ปัญหาตนเองโดยการควบคุมน้ำหนักโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย (เป็น Coping procedure) ทำให้สามารถลดน้ำหนักได้จาก 79 กิโลกรัม ลงเหลือ 71 กิโลกรัม (เป็น Appraisal) อย่างไรก็ตามพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่มีโอกาสเลือกสรรอาหารเนื่องจากเวลาปฏิบัติงานที่รีบด่วน ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหารื้อน้ำหนักตัวเกินอีกและกลับไปเผชิญกับสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้านอกเหนือจากปัญหาโรคหืดอีก (เป็น Situational stimuli) วิธีการหนึ่งที่จะบรรเทาอาการของโรคหืดได้ คือการควบคุมน้ำหนักตัวร่วมกับการออกกำลังกาย (เป็น Coping procedure) ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายของการควบคุมโรคหืดได้ดีขึ้น (เป็น Appraisal) เมื่อผู้ป่วยควบคุมน้ำหนักตัวเลือกสรรการรับประทานอาหารเช้าและเลือกรับประทานอาหารที่ออกกำลังกาย จึงทำให้ผู้ป่วยควบคุมปัญหาของโรคหืดได้ดีตามมา จากตัวอย่างกรณีศึกษาทั้ง 2 ตัวอย่าง (ดูรายละเอียดประกอบในตารางที่ 1) ผู้ป่วยเป็นโรคหืดรับรู้ว่าเป็นโรคหืดเป็นภาวะคุกคาม ผู้ป่วยเลือก

วิธีการจัดการกับปัญหาทางสุขภาพที่แตกต่างกันเฉพาะราย แต่ได้ผลลัพธ์จากการแก้ไข้ปัญหาทางสุขภาพเช่นเดียวกัน ได้แก่ การลดภาวะเสี่ยงจากสารก่อภูมิแพ้ต่างๆ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการลดน้ำหนัก เพื่อลดความเสี่ยงของการกำเริบจากโรคหืด

โดยสรุป ทฤษฎีโมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common sense เป็นอีกทฤษฎีหนึ่งของการรับรู้ความเจ็บป่วยซึ่งเป็นการปรับตัวจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สามารถประยุกต์ใช้กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยผู้ป่วยเรียนรู้ปัญหาทางสุขภาพ เป็นผู้รู้จักการแก้ไข้ปัญหาทางสุขภาพจนได้ผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ ดังเช่นความเจ็บป่วยด้วยโรคหืดซึ่งเป็นโรคที่สามารถควบคุมและบรรเทาอาการให้ทุเลาลงได้ ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่ว่าจะเป็นการเลี่ยงการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ต่างๆ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักและการใช้ยาสูดพ่นเพื่อลดความเสี่ยงการกำเริบหรือช่วยบรรเทาอาการของโรคหืดและการมาตรวจตามแพทย์นัดหมาย ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้หากผู้ป่วยปฏิบัติได้จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข

ตารางที่ 1 ตัวอย่างกรณีศึกษาโรคหืด การปรับตัวโดยใช้ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense

ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense	การอธิบายความหมายในบริบทผู้ป่วยโรคหืด	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ตัวกระตุ้นสถานการณ์ หรือปัญหา	- สิ่งกระตุ้น สารก่อภูมิแพ้ที่ทำให้เป็นโรคหืด	- สารก่อภูมิแพ้ที่ทำให้เกิดอาการเป็นผื่นแพ้ คัน ปัญหาคัดจมูก น้ำหนักเกิน	- สารก่อภูมิแพ้จากสิ่งแวดล้อม และประวัติการเป็นโรคหืดตั้งแต่เด็ก
2. มโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เป็นภาวะคุกคามด้านร่างกาย	- การรับรู้การเกิดภาวะกำเริบจากโรคหืด	- การรับรู้การสัมผัสกับสารก่อภูมิแพ้ ที่อาจส่งผลต่อการกำเริบของโรคหืด	- การรับรู้ความเสี่ยงจากการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ ที่อาจส่งผลต่อการกำเริบของโรคหืด ประวัติการเป็นโรคหืดในวัยเด็ก
2.1 ลักษณะของภาวะคุกคาม	- ทำให้เกิดอาการหายใจไม่สะดวก หลอดลมหดเกร็ง	- อาการผื่นแพ้ที่เป็นมากขึ้น ปัญหาคัดจมูก น้ำมูกไหล	- อาการเหนื่อย หอบ
2.2 เส้นเวลาหรือช่วงเวลา	- ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดจากการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้	- ระยะเวลาตั้งแต่การสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ จนเกิดผื่น และความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคหืด	- ระยะเวลาการรักษาโรคหืดที่มีระยะเวลานาน
2.3 สาเหตุ	- สาเหตุที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรคหืด	- แพ้สารก่อภูมิแพ้ มีภาวะน้ำหนักเกิน	- มีประวัติแพ้สารก่อภูมิแพ้หลายชนิด เช่น ขนสัตว์ ไรฝุ่น ดอกไม้ และเกสรดอกไม้ ร่วมกับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาก
2.4 ผลกระทบ	- ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด	- มีความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดจากการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้	- มีการกำเริบของโรคหืด
2.5 ความสามารถในการควบคุม/การควบคุม	- ความสามารถในการควบคุมโรคหืด	- สามารถควบคุมอาการกำเริบจากโรคหืดและอาการภูมิแพ้ดีขึ้น	- อาการกำเริบของโรคหืดทุเลาลง จาก การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก

ตารางที่ 1 ตัวอย่างกรณีศึกษาโรคหืด การปรับตัวโดยใช้ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense (ต่อ)

ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบ Common Sense	การอธิบายความหมายใน บริบทผู้ป่วยโรคหืด	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3. มโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เป็น ภาวะคุกคามด้านอารมณ์	- เกิดการเจ็บป่วยที่ส่งผลด้านจิตใจและ อารมณ์ เช่น มีความวิตกกังวล	- ความรู้สึกรำคาญใจ ไม่สบาย	- ความไม่สบายจากการกำเริบของ โรคหืด
4. วิธีการจัดการปัญหาทางสุขภาพ	- การหาหนทางแก้ไขจัดการกับปัญหา ของโรคหืด	- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น	- มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทาง สุขภาพ เช่น การเลือกรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การควบคุม น้ำหนัก
5. ผลลัพธ์การจัดการปัญหาทางสุขภาพ	- ผลลัพธ์จากการจัดการกับปัญหา โรคหืด	- อาการภูมิแพ้ดีขึ้น ไม่มีการกำเริบของ โรคหืด	- อาการกำเริบของโรคหืดทุเลาลง
6. บริบททางสังคมและวัฒนธรรม	- บริบทของสังคมซึ่งรวมถึงสิ่งแวดล้อม ภายในสังคมนั้นๆ และวัฒนธรรมที่ ส่งผลต่อการกำเริบของโรคหืดและ การดูแลโรคหืด	- อาศัยอยู่ในเขตเมือง ใกล้ตลาดสด ซึ่งมี โอกาสสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ต่างๆ เช่น แมว สุนัข และหมัดสัตว์ต่างๆ	- อาศัยอยู่ในเขตเมือง มีต้นไม้รอบบ้าน ซึ่งมีโอกาสสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ต่าง ๆ มากขึ้น
7. ระบบอึดตา	- ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายกับโรคหืด	- ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย กับการ สัมผัสสารก่อภูมิแพ้ ที่อาจกระตุ้นให้ เกิดโรคหืด	- ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย กับการมี น้ำหนักเกินมาก กระตุ้นให้เกิดการ กำเริบของโรคหืด

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *การพัฒนาระบบการดูแลโรคหืด: เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (CUP) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. นนทบุรี: บุเลติน.
- สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555 (ฉบับที่ 5)*. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนอุตราไวโอเร็ด.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ.2556*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส, จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์, & วรณา สอนองเดช. (2558). การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของคนไทยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำแนกโดยเพศ อายุ และระดับการศึกษา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(2), 56-70.
- Barbasio, C., & Granieri, A. (2013). Emotion regulation and mental representation of attachment in patients with systemic lupus erythematosus: A study using the adult attachment interview. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201(4), 304-310.
- Brownlee, S., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2000). Regulation, self-regulation, and construction of the self in the maintenance of physical health. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 369-416). San Diego, CA: Academic Press.
- Byer, B., & Myers, L. B. (2000). Psychological correlates of adherence to medication in asthma. *Psychology, Health, & Medicine*, 5(4), 389-393.
- Croyle, R. T., & Barger, S. D. (1993). Illness cognition. In S. Maes, H. Leventhal & M. Johnston (Eds.), *International review of health psychology* (pp. 29-49). Chichester, UK: Wiley.
- Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
- Global Initiative for Asthma. (2015). Global Initiative for Asthma: Global strategy for asthma management and prevention. Retrieved December 1, 2015, from http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2015_Aug11.pdf
- Gyrmantasiri, S. (2007). Costs of illness of asthma in Chiang Mai and Lumphun. *Chiang Mai University Journal of Economy*, 11,1-9.
- Harvey, R. A., & Champe, P. C. (2009). *Lippincott's illustrated reviews: Pharmacology* (4th ed.). Baltimore, MD: Lippincott's.
- Hekler, E. B., Lambert, J., Leventhal, E., Leventhal, H., Jahn, E., & Contrada, R. J. (2008). Commonsense illness

- beliefs, adherence behaviors, and hypertension control among African Americans. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 391-400.
- Hossain, A. S., Barua, U. K., Roy, G. C., Sutradhar, S. R., Rahman, I., & Rahman, G. (2013). Comparison of salbutamol and ipratropium bromide versus salbutamol alone in the treatment of acute severe asthma. *Mymensingh Medical Journal, 22*(2), 345-352.
- Jeffery, C. C., Bhutani, M., Vliagoftis, H., Wright, E. D., Seikaly, H., & Cote, D. W. J. (2013). Association between allergic rhinitis and asthma in a Northern Alberta cohort. *Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery, 42*(1), 58. doi: 10.1186/1916-0216-42-58
- Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive and Critical Care Nursing, 30*, 22-30.
- Kim, Y., & Evangelista, L. S. (2010). Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal, 37*(3), 271-281.
- Klohn, L. S., & Rogers, R. W. (1991). Dimensions of the severity of a health threat: The persuasive effects of visibility, time of onset, and rate of onset on young women's intentions to prevent osteoporosis. *Health Psychology, 10*, 323-329.
- Knowles, S. R., Tribbick, D., Connell, W. R., Castle, D., M., S., & Kamm, M. A. (2014). Exploration of health status, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in stoma patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 41*(6), 573-580.
- Komarow, H. D., Skinner, J., Young, M., Gaskins, D., Nelson, C., Gergen, P. J., et al. (2012). A study of the use of impulse oscillometry in the evaluation of children with asthma: Analysis of lung parameters, order effect, and utility compared with spirometry. *Pediatric Pulmonary, 47*(1), 18-26.
- Lau, R. R., Bernard, T. M., & Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common sense representations of common illnesses. *Health Psychology, 8*, 195-219.
- Lau, R. R., & Hartman, K. A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology, 2*(2), 167-185.
- Leelacharas, S. (2005). Illness representations in Thai women diagnosed with hypertension and relationships to medication-taking behavior. *Dissertation Abstract International, 66*(10), 5322. (Publication No. AAT 3192702).
- Leelacharas, S., Kerdonfag, P., Chontichachalaluke, J., & Sa-nongdej,

- W. (2015). Illness perception, lifestyle behaviors, social support, cardiovascular risks in people with hypertension in urban and rural areas of Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 19(3), 245-256.
- Leelacharas, S., & Rujiwatthanakorn, D. (2012). Thai women's perceptions of the causes of hypertension based on age and educational level. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(1), 3-12.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., et al. (1998). Illness representations: Theoretical foundations. In K. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness* (2nd ed., pp. 19-46). Amsterdam, Netherlands: Overseas Publishers Association.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. A. Revensom & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 19-47). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- McAndrew, L., Mora, P. A., Quigley, K. S., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2014). Using the common sense model of self-regulation to understand the relationship between symptom reporting and trait negative affect. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 989-994.
- Meyer, D., Leventhal, H., & Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4(2), 115-135.
- National Center for Health Statistics CDC. (2013). 2013 National Health Interview Survey (NHIS) Data. Retrieved February 15, 2015, from <http://www.cdc.gov/asthma/nhis/2013/table3-1.htm>
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2012). What causes asthma? Retrieved August 13, 2014, from <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/asthma/causes.html>
- Oflaz, S., Yuksel, S., Sen, F., Ozdemiroglu, F., Kurt, R., Oflaz, H., et al. (2014). Does illness perception predict posttraumatic stress disorder in patients with myocardial infarction? *Archives of Neuropsychiatry*, 51, 103-109.

- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 354-386.
- Scisney-Matlock, M. (1998). Reliability and validity of the lifestyle hypertension cognitive representations scale. *ABNF Journal, 9*(2), 28-34.
- Sharma, N., Jaiswal, I., Mandal, R. K., Phadke, S. R., & Awasthi, S. (2014). Genetic variation of TBX21 gene increases risk of asthma and its severity in Indian children. *Journal of Human Genetics, 59*, 437-443.
- Skelton, J. A., & Croyle, R. T. (1991). Mental representation, health, and illness: An Introduction. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation of health and illness* (pp. 1-9). New York: Springer-Verlag New York Inc.
- Sofianou, A., Martynenko, M., Wolf, M. S., Wisnivesky, J. P., Krauskopf, K., Wilson, E. A. H., et al. (2012). Asthma beliefs are associated with medication adherence in older asthmatics. *Journal of General Internal Medicine, 28*(1), 67-73.
- Trakultivakorn, M. (2012). Economic burden of asthma in Thailand. *Asian Pacific Journal of Allergy Immunology, 30*(1), 1-2.
- Workman, M. L. (2010). Care of patients with noninfectious lower respiratory problems. In D. D. Ignatavious & M. L. Workman (Eds.), *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care*. St. Louis, MO: Elsevier.
- Zomer-Kooijker, K., Uiterwaal, C. S., Verschuieren, K. J., Maitland-vd Zee, A. H., Balemans, W. A., van Ewijk, B. E., et al. (2014). Respiratory tract infections and asthma control in children. *Respiratory Medicine, 108*(10), 1446-1452.