

การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง *
Symptom Management in Patient with Chronic
Obstructive Pulmonary Disease

สมพันธ์ ใหญ่ชีระนันท์ **
ดร.ศากุล ช่างไม้ ***

บทคัดย่อ

อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะแรก คือ อาการไอ โดยเริ่มแรกมักไอขณะเป็นหวัด อาการอื่นๆ ที่พบคือ อาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อย ซึ่งความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของโรค พยาบาลในฐานะผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจึงควรตระหนักถึงความสามารถในการเผชิญหรือจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่เรียกว่า ปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในชีวิตเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการเลือกแบบเจาะจง ผลการวิจัยพบว่าการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มนี้ แบ่งเป็น

3 ประเด็นหลักคือ 1) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ประกอบด้วยลักษณะอาการที่พบและการประเมินอาการที่ปรากฏ บั๊จจัยและสาเหตุของอาการ และการตอบสนองต่ออาการและเจตคติที่มีต่ออาการและการเจ็บป่วย 2) วิธีการจัดการกับอาการ ได้แก่วิธีการจัดการเมื่อมีอาการหอบ และการควบคุมโดยป้องกันไม่ให้เกิดอาการ และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ ได้แก่ผลลัพธ์เมื่อสามารถจัดการกับอาการได้คือรู้สึกสดชื่นสามารถช่วยทำงานบ้านได้และผลลัพธ์เมื่อไม่สามารถจัดการกับอาการได้คือรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยต้องการที่จะควบคุมอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นและหากไม่สามารถจัดการกับอาการได้จะกลายเป็นภาระของครอบครัว ดังนั้นพยาบาลจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมมือกันในการเผชิญอาการที่เกิดขึ้นและส่งเสริมการควบคุมอาการให้ได้

* ทู่นสนับสนุนการวิจัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน

** รองศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาฝ่ายวิชาการ วิจัย และประกันคุณภาพการศึกษา และประธานกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

Symptoms of chronic obstructive pulmonary disease in the first stage is coughing when patient getting a cold. Other common symptoms are dyspnea and shortness of breath. The intensity increases with the severity of the disease. Patients with chronic obstructive pulmonary disease must face with the suffering from the beginning of illness until the end stage of the disease. As nurses play an important role in caring for patient, they should be aware of their abilities to confront or deal with the symptoms. This research is a qualitative research using Phenomenology in order to obtain information related to the experiences of living with symptoms that occur in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Data were collected data from patients who were purposively selected. Result of this research revealed that there were three main issues of symptom management

among these patients: 1) Symptoms experiences which included symptom characteristics and symptom assessment, factors and causes of the symptom, and responses to symptoms and attitudes toward illness; 2) symptom management which included dealing with dyspnea and preventing and controlling the symptoms; and 3) symptom outcomes after symptom management which included consequences when succeeded in dealing with the symptoms such as feeling refreshment to do some housework, and consequences when not succeeded in dealing with the symptoms such as feeling like a family burden. This study shows that patients need to control the symptoms and if they are not able to deal with it they will feel like a burden of the family. Therefore, nurses should encourage patients and their families in coping with the symptoms and promote facilities to help them control it.

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease) หมายถึงกลุ่มโรคที่มีอาการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวร ประกอบด้วยกลุ่มโรค 2 กลุ่มได้แก่ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และ โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โดยมีพยาธิสภาพที่สำคัญคือมีการอุดกั้นของหลอดลมต่อการไหลเวียนของอากาศอย่างถาวร ไม่สามารถหายใจกลับเป็นปกติได้ (วิศิษฎ์ อุดมพาณิชย์, 2546: 287, Munden, Goldberg, and McCleery, 2003: 67) สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรสดังกล่าวเกี่ยวข้องกับ การสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 90-95 ส่วนที่เหลืออาจเป็นปัจจัย

ของมลภาวะทางอากาศและจากการทำงานในสิ่งแวดล้อมที่มีมลภาวะ จากการศึกษาที่บุหรี่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องที่สำคัญกับการเกิดโรค จึงพบว่าโรคนี้นักเกิดขึ้นในผู้ชายและเกิดจากพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง กล่าวคือเพศชายส่วนใหญ่มีกลุ่มบุหรี่ยี่ตั้งแต่อายุ ๑๕-๒๐ ปี หรือ อยู่ในวัยรุ่น ประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่จำนวนถึง 10 ล้านคน และจากจำนวนดังกล่าวคาดว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นถึง 1.5 ล้านคน (วิศิษฎ์ อุดมพาณิชย์, 2546: 287) อาการที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะแรกคือ ไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะและไม่มีเสมหะ โดยเริ่มแรกมักไอขณะเป็นหวัดและหายช้ากว่าปกติ อาการอื่นๆ ที่พบคือ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม) ๒๕๕๔

อาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อย ซึ่งความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรค อาการสุดท้ายที่พบเมื่อความรุนแรงของโรคมามากขึ้นคืออาการอ่อนเพลียจากการตื่นในช่วงกลางคืน ซึ่งเป็นผลจากอาการไอและอาการหอบเหนื่อย

เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดกั้นเรื้อรัง มีอาการสำคัญคือ ไอ เหนื่อยง่าย เมื่อมีอาการมากขึ้นจะเหนื่อยหอบ มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมขาดความกระฉับกระเฉง และเมื่อมีอาการรุนแรงมากผู้ป่วยจะไม่สามารถดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีอาการเหนื่อย หอบมาก โดยที่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ นอกจากจะเป็นการรักษาดูแลบรรเทาอาการให้ผู้ป่วยเมื่อมีความทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก เหนื่อย หอบอ่อนเพลีย เมื่อมีอาการไอมากทำให้นอนไม่หลับพักผ่อนได้น้อยลง เบื่ออาหาร ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของทั้งผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาล อยู่เป็นประจำ สมรรถภาพของร่างกายลดลงต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล ความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียพลังอำนาจไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ ซึ่งมีงานวิจัยหลายเรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คินส์แมน และคณะ (Kinsman, et al., 1983 : 755-761) ศึกษาเกี่ยวกับอาการและประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหอบหืดอักเสบเรื้อรังและถูกลมโป่งพองพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นขณะมีอาการ โดยอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก ความเมื่อยล้า นอนไม่หลับ มีเสมหะคั่ง อารมณ์โกรธง่าย ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของเบเกอร์และชอลซ์ (Baker, and Scholz, 2002 : 67-73) ที่พบว่าอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อย ส่วนอาการที่เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยที่พบได้บ่อยมาก คือความรู้สึก

หมดหวัง หมดหนทางช่วยเหลือ และจากการวิจัยเชิงคุณภาพของดีไวโต (Devito, 1990 : 186-191) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกตื่นตัวต่ออาการที่เกิดขึ้นโดยคิดว่าเป็นสิ่งเลวร้ายที่สุดที่จะนำไปสู่ความตาย รู้สึกเหมือนกับชีวิตได้ถึงจุดจบและทุกสิ่งทุกอย่างได้จบสิ้นลง

นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์ (2537) ได้ทำวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยมารับการรักษาที่ OPD โรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ภายหลังการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งคล้ายคลึงกับ นัยนา อินทรประสิทธิ์ (2544) ที่ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มตัวอย่างวัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อารีรัตน์ ม่วงไหมทอง (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก มีค่าเฉลี่ยอาการหายใจลำบากลดลง และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น พบว่าผู้ป่วยมักมีอาการที่สำคัญคืออาการหายใจลำบาก (Dyspnea) และอาการหายใจหอบถี่ (Breathlessness) ซึ่งอาการทั้งสองอย่างนี้มีความคล้ายคลึงกันขึ้นน้อยกับความเหมาะสมที่จะนำ

ไปใช้ โดยมีข้อสังเกตว่าอาการหายใจลำบากนั้นจะใช้ในการอธิบายการเกิดพยาธิสภาพของโรค ในขณะที่การหายใจหอบถี่จะเป็นการบอกเล่าของตัวผู้ป่วยถึงความรู้สึกของการหายใจที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เช่น ในขณะที่ทำกิจกรรมหรือมีการออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมาก ผู้ป่วยจะบอกเล่าว่ารู้สึกหายใจไม่ปกติ หายใจไม่เต็มปอด รู้สึกว่าทางเดินหายใจไม่เปิดโล่ง พยายามใช้แรงในการหายใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งตามปกติร่างกายจะหายใจโดยการรับรู้ได้จิตใจสำนึกและไม่รู้สึกว่าจะต้องออกแรงในการหายใจเพิ่มขึ้น (Weil, 1985 : 28-37)

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของโรค พยาบาลในฐานะผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจึงควรตระหนักถึงความสามารถในการเผชิญหรือจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและอาจถึงแก่ชีวิตได้ นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญที่สุดที่พยาบาลต้องให้ความสนใจกับอาการของผู้ป่วยเนื่องจากพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการของตนเองอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ (Larson, 1994: 272) ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของผู้ป่วย

กรอบแนวคิด ทฤษฎีและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของผู้ป่วย (Model of symptom management) ของ ดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001: 668-676) และศูนย์วิจัยด้านการจัดการกับอาการของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานฟรานซิสโก (Research center for symptom management of University of California, San Francisco) (Lee and Carrieri, 2004 : 1-3) ประกอบด้วย 3 มิโนทัศน์

คือ 1) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experiences) 2) องค์ประกอบของกลวิธีการจัดการกับอาการ (Component of symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์ของอาการ (Outcomes)

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ดอดด์ และคณะ ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการว่าเกิดขึ้นได้จาก 1) การรับรู้อาการ (Perception of symptom) คือการที่บุคคลมีการรับรู้ และรู้สึกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป หรือมีความผิดปกติไปจากเดิม การรับรู้อาการของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์การมีอาการภูมิหลัง และสิ่งแวดล้อมอันเป็นองค์ประกอบของแต่ละบุคคล ซึ่งมีผลให้การประเมินอาการและการตอบสนองแตกต่างกัน 2) การประเมินอาการ (Evaluation of symptom) คือการประเมินลักษณะเฉพาะที่มีความซับซ้อนของปัจจัยในประสบการณ์ของอาการ การประเมินอาการนี้ประกอบด้วย การประเมินความรุนแรงและความถี่ของอาการที่ส่งผลหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เมื่อบุคคลรู้สึกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมของตนผิดปกติ บุคคลจะคิดทบทวนสิ่งต่างๆ ที่อาจเกี่ยวข้องและเป็นข้อมูลให้บุคคลประเมินการเกิดอาการผิดปกติและตัดสินใจเกี่ยวกับสาเหตุ ความรุนแรง การคุกคามและผลของอาการต่อการดำรงชีวิต และ 3) การตอบสนองต่ออาการ (Response of symptom) เมื่อบุคคลรับรู้ต่ออาการ และประเมินอาการที่เกิดขึ้นแล้ว บุคคลจะมีการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งการตอบสนองต่ออาการนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งประสบการณ์เกี่ยวกับอาการดังกล่าวมานี้ มีความสำคัญต่อการนำไปสู่กลวิธีการจัดการกับอาการ ถ้าบุคคลมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการดีจะทำให้กลวิธีการจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของกลวิธีการจัดการกับอาการ ดอดด์และคณะกล่าวว่า องค์ประกอบของกลวิธีการจัดการกับอาการ ประกอบด้วยประเด็นสำคัญคือ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

การประเมินประสบการณ์ การมีอาการผิดปกติตาม ความรู้สึกหรือมุมมองของตัวผู้ป่วยเองเป็นเบื้องต้น ตามด้วยการกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติ และการ ประเมินผลของการปฏิบัติ กลวิธีการจัดการกับอาการ นี้เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัตที่มีการ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามการรับรู้อาการของตัว ผู้ป่วย และประกอบกับสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สภาพแวดล้อมที่บ้าน โรงพยาบาลหรือสภาพที่ทำงาน สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น เครือข่ายแหล่งสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อม ทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี ปฏิบัติ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น

ผลลัพธ์ของอาการ ดอดด์ และคณะระบุว่า ผลลัพธ์ของอาการนั้นเป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์ ของบุคคลที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง และเป็น ผลจากกลวิธีในการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น นั้น โดยประเมินผลออกมาในรูปของสถานะของอาการ เป็นแกนกลางที่เกี่ยวข้องหรือเป็นผลจากข้อบ่งชี้อื่น ได้แก่ ภาวะของการทำหน้าที่ ความสามารถในการดูแล ตนเอง เศรษฐฐานะ คุณภาพชีวิต ภาวะทางอารมณ์ อัตราการเกิดโรค ปัจจัยร่วมในการเกิดโรค การใช้ ระบบบริการสุขภาพ การจัดการกับอาการที่มี ประสิทธิภาพ และอัตราการตาย ซึ่งผลลัพธ์ของอาการอาจ มีการเปลี่ยนแปลงได้จากการใช้กลวิธีการจัดการกับ อาการต่างๆ ของผู้ป่วย ครอบครัว เจ้าหน้าที่ที่สัมผัสสุขภาพ และระบบสุขภาพ ส่วนภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) หมายถึง การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ต่างๆ ได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากอาการมีความรุนแรงและ รื้อรัง การทำหน้าที่จะเป็นการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ สูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ตามกรอบแนวคิดดังกล่าวได้แสดงให้เห็นว่า บุคคลในฐานะองค์รวมที่ประกอบด้วย กาย จิต สังคม และพัฒนาการต่างๆ และอยู่ในสถานการณ์ของสุขภาพ และการเจ็บป่วย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สังคมและวัฒนธรรมของบุคคลในขณะนั้น บุคคล จะเกิดประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ประกอบ

ด้วยการรับรู้และประเมินอาการที่เกิดขึ้น ตลอดจนมีการ ตอบสนองต่อการรับรู้และการประเมินนั้น เช่น เมื่อ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีอาการไอในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วย จะประเมินว่าเป็นอาการไอที่เกิดจากการเป็นหวัด จึงตอบสนองด้วยการไม่ให้ความสำคัญและหาทาง จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เช่น ใช้วิธีการ จัดการกับอาการด้วยการหาซื้อยามารับประทานจาก ร้านขายยา ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยคืออาการไอลดลง แต่อาจลดลงชั่วคราวหรือลดลง ในระยะเวลาอันสั้น เพราะยังมีพยาธิสภาพของโรคคงอยู่ เมื่อผู้ป่วยกลับ มามีอาการดังกล่าวอีกครั้ง ผู้ป่วยจะกลับเข้าสู่วงจรของ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ตั้งแต่การรับรู้อาการ ประเมินอาการ และตอบสนองต่ออาการอีก เป็นเช่นนี้ เรื่อยๆ ไป หากจัดการกับอาการของผู้ป่วยถูกต้องและ เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ในฐานะองค์รวมและ บริบทของสิ่งแวดล้อมและการเจ็บป่วย อาจสามารถช่วย ลดการเกิดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ ในทางกลับกันหากผู้ป่วย ไม่สามารถจัดการกับอาการได้ถูกต้องและเหมาะสม ผู้ป่วยอาจกลับมามีอาการต่างๆ ได้อีก ทำให้ผลจาก อาการไม่ดีขึ้น เกิดความรุนแรงของโรคมมากขึ้น มีภาระ ค่าใช้จ่ายมากขึ้น จนทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี พยายาม ในฐานะผู้ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจึงควรมีความเข้าใจและ ตระหนักถึงความสำคัญของรูปแบบการจัดการกับ อาการของผู้ป่วย เพื่อการวางแผนการดูแลให้ผลของ อาการที่เกิดขึ้นเป็นผลที่พึงประสงค์ช่วยชะลอความ พิกาล ภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตใน ผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับอาการและการจัดการกับ อาการในผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาใน ผู้ป่วยมะเร็ง เช่น การบันทึกการติดตามอาการของ ผู้ป่วยมะเร็งด้วยตนเอง (Hockstra, et al., 2004: 24-35) ซึ่งเป็นการศึกษานำร่องในการสร้างและใช้แบบ บันทึกรายการต่างๆ ของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศเนเธอร์แลนด์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยในระยะแรกคือ 61 ปี ระยะที่ 2 คือ 82 ปี และระยะที่ 3 คือ 64 ปี การป่วยเป็นมะเร็งปอดพบมากที่สุดร้อยละ 38 รองลงมาคือมะเร็งในระบบทางเดินอาหารร้อยละ 36 และพบว่าอาการสำคัญ 10 อาการที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ อาการปวด คลื่นไส้ ท้องผูก เหนื่อย หอบ นอนไม่หลับ ปากแห้ง เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย กังวลใจและวิตกกังวล การศึกษาครั้งนี้แบ่งช่วง การสร้างแบบบันทึกดังกล่าวมีประโยชน์ในการปรับปรุงวิธีการจัดการกับอาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต่อมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้วยการใช้ออร์พิน (Hu, et al., 2004: 356-363) จากการศึกษาพบว่าการใช้มอร์พินในการบรรเทาอาการหายใจลำบากจัดเป็นยาที่บุคลากรทางการแพทย์ และญาติยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการหายใจลำบาก แต่ไม่พบว่าใช้ยาดังกล่าวเกี่ยวข้องกับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการใช้ยามอร์พินในการบรรเทาอาการดังกล่าวทำให้ญาติมีความพึงพอใจในการควบคุมอาการของผู้ป่วยอย่างมาก

แม้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับอาการและการจัดการกับอาการส่วนใหญ่มีอยู่ในในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (Donovan, et al., 2004: 373-380, Oh, 2004: 133-139, Coyle, 2004: 300-309) ซึ่งอาการที่พบบ่อยเป็นอาการปวด อาการคลื่นไส้และอาการอ่อนเพลียเป็นส่วนใหญ่ ในการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากเรื้อรัง (Chronic dyspnea) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยสุภาพร ดั่งแพง และคณะ (Duangpaeng, et al., 2002: 200-215) พบว่าผู้ป่วยจำนวน 31 คน ใช้วิธีการเผชิญกับอาการหายใจลำบากด้วยการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self learning) และการจัดการด้วยตนเอง (Self management)

โดยรักษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งการดำรงชีวิตตามปกติมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคได้อย่างไร เช่น อาการหอบเหนื่อย อาการไอและอ่อนเพลีย โดยอาศัยกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001: 668-676) และของศูนย์วิจัยด้านการจัดการกับอาการของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานฟรานซิสโก เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสามารถลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยเหล่านั้น ก่อนที่จะมีพยาธิสภาพของโรคมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่เรียกว่า ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในชีวิตเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ถึง กุมภาพันธ์ 2551 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ป่วยดังกล่าวที่ได้รับการ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม) ๒๕๕๔

เลือกแบบเจาะจง โดยไม่มีการกำหนดจำนวนล่วงหน้า แต่ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลจนกว่าข้อมูลอิ่มตัว (Data saturation) ทั้งนี้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีผลการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ที่รักษาว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชนเมือง และชุมชนชนบทจังหวัดนครปฐม

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ด้วยการอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการบันทึกเทปเสียงขณะสัมภาษณ์ และการจัดบันทึกข้อมูลบางส่วนขณะสัมภาษณ์ จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเองในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีพยานคือญาติของผู้ป่วยอย่างน้อย 1 คน ลงนามด้วย ทั้งนี้ ผู้ป่วยมีสิทธิในการยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา รวมทั้งการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเผยแพร่ใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนครปฐม นอกจากนี้โครงการวิจัยยังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยทั้งจากมหาวิทยาลัยคริสเตียนและโรงพยาบาลนครปฐม

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 8 ราย เป็นเพศชาย 6 ราย เพศหญิง 2 ราย มีอายุระหว่าง 56 ปี ถึง 72 ปี (เฉลี่ย 65 ปี) ระยะเวลาหลังเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ระหว่าง 2 ถึง 7 ปี (เฉลี่ย 4.37 ปี) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพสมรส คู่ 6 ราย หม้าย 1 ราย และแยกกับสามีจำนวน 1 ราย ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา

7 ราย ไม่ได้ศึกษา 1 ราย ก่อนเจ็บป่วยมีอาชีพรับจ้าง 4 ราย ทำธุรกิจรถลิบลับรับจ้าง 1 ราย ค้าขาย 1 ราย ทำสวน 1 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ 1 ราย หลังเจ็บป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ 6 ราย ขายอาหาร 1 ราย และอาชีพเดิมคือทำสวน 1 ราย

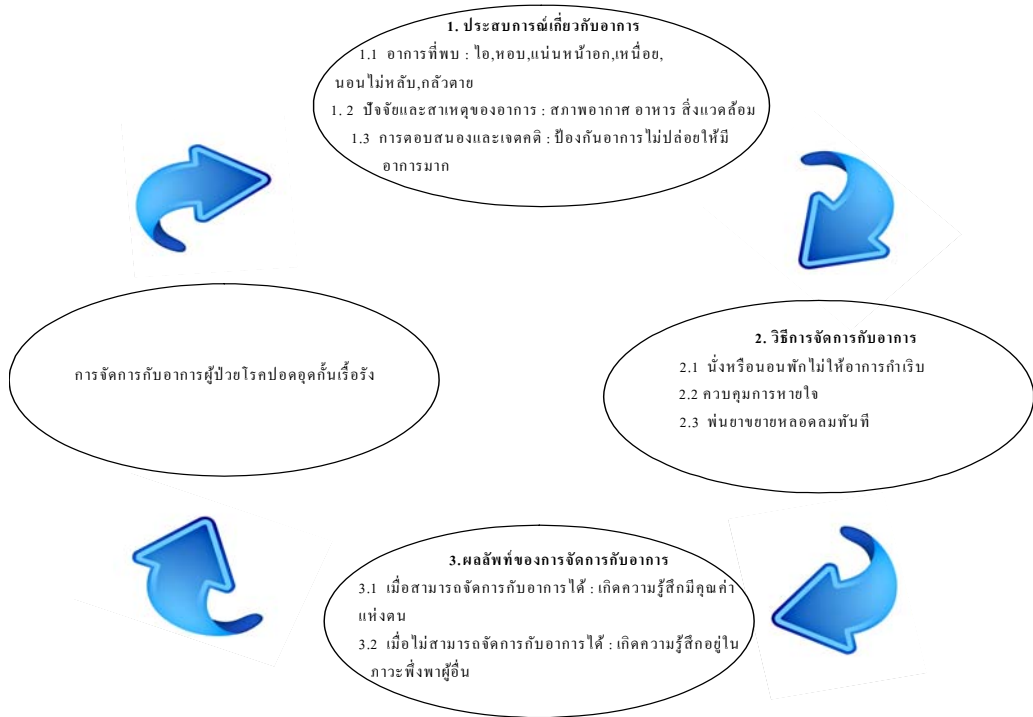
ประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

ในการนำเสนอข้อมูลประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 8 ราย นี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็นกรอบแนวคิดเพื่ออธิบายกระบวนการของการจัดการกับอาการของผู้ป่วย ดังแสดงในภาพ

จากผลการวิจัยพบว่า การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มนี้ แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลักคือ 1) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ 2) วิธีการจัดการกับอาการ และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ สำหรับการศึกษาคั้งนี้อาการที่พบมากที่สุดและเป็นอาการที่แสดงภาวะ ของโรคในผู้ป่วยคืออาการหอบ ส่วนอาการอื่นๆ ที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ อาการไอ และอาการแน่นหน้าอก การรายงานผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รายงานดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ

จากผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหอบแบ่งเป็น ลักษณะอาการที่พบและการประเมินอาการที่ปรากฏ บั๊จจัยและสาเหตุของอาการ และการตอบสนองต่ออาการและเจตคติที่มีต่ออาการ และการเจ็บป่วย



ภาพแสดง กระบวนการของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.1 ลักษณะอาการที่พบและการประเมินอาการที่ปรากฏ

ลักษณะอาการที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจำแนกเป็น อาการหอบ อาการไอ และอาการแน่นหน้าอก ซึ่งเป็นผลจากการไม่สามารถหายใจเข้าออกได้สะดวก จากการหดเกร็งและตีบแคบของหลอดลมซึ่งผู้ป่วยให้ข้อมูลดังนี้

1.1.1 กลัวยาวเมื่อมีอาการหอบ

เมื่อกล่าวถึงอาการหอบ แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยกับอาการหอบที่พบได้มากที่สุดจากพยาธิสภาพของโรค แต่ทุกคนได้ประเมินอาการหอบที่เป็นอยู่และให้ข้อมูลตรงกันว่าเมื่อมีอาการหอบเกิดขึ้นกับตนจะมีความกลัวมาก กลัวว่าจะขาดอากาศหายใจและในที่สุดจะถึงแก่ชีวิต ดังตัวอย่างดังกล่าวที่ว่า

“ตัวนี้เย็นไปหมดเลย ...หายใจไม่ออก”
 “...เซาหาม (บ่า) ไป ก็อ้าปาก (เพราะหายใจไม่ออก) บอกเขาให้หยุดรถถ้าไม่หยุดตายแน่ ... ไอ้คนนั้น (คนที่พาไปโรงพยาบาล) ก็บอกว่า บ่า...ทำใจให้ดี จวนถึงโรงพยาบาลแล้ว...” (รายที่ 8)

“ตอนหอบ มันจุกแน่นไปหมด โอ้โห...มันเหนื่อย จนไม่ไหว (นอน) ตะแคงก็แล้วก็ยังไม่ดีขึ้น บอกลูกว่า แม่ต้องไปโรงพยาบาลแล้ว” (รายที่ 7)

“เวลาเป็นเหมือนจะตาย มันขาดออกซิเจน เนื้อตัวดำเขียวม ชีตเขียวว” (รายที่ 1)

1.1.2 การเฝ้าระวังการนอนหลับ

การไอ เป็นอาการอย่างหนึ่งที่พบในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อมีอาการไอซึ่งเป็นทั้งตอนเช้าและตอนกลางคืน หากเป็นตอนกลางคืนจะทำให้นอนพักไม่ได้ บางรายให้ข้อมูลว่าเมื่อไอแล้วจะมีอาการเหนื่อย

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

จากนั้นหอบ ถ้าไม่โอจะไม่หอบ ดังนั้นหลายครั้งที่ผู้ป่วย ประเมินว่าตนเองจะมีอาการไอซึ่งจะนำไปสู่อาการเหนื่อย และหอบจึงรีบรับประทานยาแก้ไอเสียก่อน

“มีอาการไอ ไอก่อน พอไอ ไอไม่เท่าไร ไอ มากเข้า มันเกิดเหนื่อย...มาก เหนื่อย เหนื่อยมากๆ หอบ เหนื่อย...” (รายที่ 3)

“มันจะหอบนะ ตอนเช้ามันจะไอก่อน ไอ ไอ แล้วก็เหนื่อย นั่นแหละ ช่วงนั้นก็หอบเลย” (รายที่ 3)

“ตอนนั้นก็ปฏิบัติตัวเอง กินยาแก้ไอ ทนไม่ ให้มันไอ เพราะถ้าไม่ไอ มันก็ไม่เหนื่อย”

“ไอแล้วต้องลูกนั่ง หอบเหนื่อย... เหนื่อย มาก ๆ เลย” (รายที่ 3)

“กลางคืนนอนไม่หลับ...มันไอ...ไอเสร็จก็หอบ” (รายที่ 5)

“ถ้าไอกกลางคืนจะนอนไม่ได้ นอนไม่หลับ” (รายที่ 5)

1.1.3 อาการแน่นหน้าอกมากับอาการหอบ หายใจลำบาก

เมื่อกล่าวถึงอาการไอและหอบ ผู้ป่วยทุกราย ให้ข้อมูลตรงกันว่า เมื่อหอบหายใจลำบากมักมีอาการ แน่นหน้าอกรวมด้วยเสมอ ทั้งนี้รู้สึกเหมือนมีอะไรดัน อยู่ในรูลอดลม ทำให้พูดก็ไม่ได้ ซึ่งอธิบายได้ว่าเป็น การหดเกร็งของหลอดลมอย่างชัดเจน บางรายอธิบาย ละเอียดด้วยว่าตนเองมักมีอาการแน่นหน้าอกก่อน จากนั้นหายใจไม่ออกและลงท้ายด้วยอาการหอบ (รายที่ 2)

“เจ็บๆ คล้ายๆ มันยังงั้นนะ มันเหมือนมีอะไรไปดันอยู่ในรูลอดลมนะ แล้วพูดก็ไม่ได้” (ป้าวสนา)

“แน่น (หน้าอก) มาก่อนเลย...แล้วจะหายใจไม่ออก ที่นี้หอบเลยนะ” (รายที่ 2)

“มันมีอาการแน่นนะ..แน่น (ทำท่าจับตรงหน้าอก) ก่อนแล้วจะหายใจไม่ออก...ที่นี้ หอบเลย” (รายที่ 2)

จากอาการทั้งสามอย่างที่พบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ป่วยทั้งหมดประเมินให้ข้อมูลตรงกันว่าภายหลังอาการ

ต่างๆ ดังกล่าวทำให้ตนเองมีความรู้สึกอ่อนเพลีย และอยากพักผ่อน

“มันอยากนอนทำเดี๋ยวนะ มันเพลีย...” (รายที่ 2)

1.2 ปัจจัยและสาเหตุของอาการ

จากการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จนทำให้เกิดอาการดังกล่าวในข้อ 1.1 จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดอาการหอบ หายใจลำบาก ไอและแน่นหน้าอกมีความใกล้เคียงกันในกลุ่ม ผู้ให้ข้อมูล กล่าวคือ เกิดจากสภาพอากาศทั้งอากาศ ร้อนและอากาศเย็น ลักษณะอาหารที่รับประทานซึ่ง ส่วนใหญ่ เป็นอาหารทอด ของมัน หรืออาหารที่ ประกอบด้วยกะทิ และจากสิ่งแวดล้อม

1.2.1 สภาพอากาศ : ร้อนหรือเย็นมีโอกาส หอบได้เหมือนกัน

อากาศเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการ ไอ และหอบได้ ลักษณะอากาศที่พบว่าเป็นปัจจัยดังกล่าว ประกอบด้วย อากาศร้อนและอากาศเย็น ผู้ป่วย บางรายให้ข้อมูลว่าเวลาอากาศเย็น เช่น ช่วงหน้าหนาวจะเหนื่อย ไอและหอบมากกว่าปกติ ดังข้อมูล ต่อไปนี้

“คิดว่าเป็นจากอากาศนะ เวลาอากาศเย็นๆ จะรู้สึกแน่นๆ หายใจไม่ค่อยออกแล้วก็ไอ เหนื่อย” (รายที่ 1)

ส่วนรายที่ให้ข้อมูลว่าอากาศร้อนทำให้หอบได้ มีเพียง 1 ราย โดยให้ข้อมูลว่า

“จะเป็นช่วงร้อนๆ หน้าร้อนจะเป็นมาก ไอ...เป็นมาก พอร้อนแล้วเหนื่อย เหนื่อยมาก ไม่ได้ทำอะไรเลย หน้าหนาวไม่เป็นนะ”

“เวลาหอบหน้าร้อน มันใจสั่น เหมือนใจจะขาด มันลั่นดึกๆ” (รายที่ 8)

1.2.2 ลักษณะอาหารที่รับประทาน : ศัตรู สำคัญคืออาหารมัน อาหารทอดและแกงกะทิ

ผู้ป่วยหลายรายให้ข้อมูลเหมือนกันเกี่ยวกับ อาหารที่รับประทาน โดยกล่าวว่า อาหารมัน เช่น หมู ตัดมัน อาหารทอด เช่น แคบหมู ไข่เจียว และอาหาร

จำพวกแกงกะทิ ทำให้เกิดอาการไอ จากนั้นแน่นหน้าอก และเหนื่อย จนทำให้หอบได้ในที่สุด

“อาหารเผ็ด ของมัน กระตุ้นให้อิโด้ อย่าง แคมพูนี่...ขอขึ้นนะ นิดเดียว เอาแบบมันผสมนะ เอาแล้ว ไอ้โฮ...ไอ...จน... (ส่ายหน้าว่าไม่ไหว)” (รายที่ 3)

“อาหารมัน ๆ นะ กินไม่ได้เลย มันทำให้ไอ ขนาดพวกทอดมันผมยังไม่กล้ากินเลย” (รายที่ 3)

“แกงกะทิกินนะ กินแล้วมันไอ...ไอแน่น ไปหมด” (รายที่ 7)

“ถ้ากินมันก็จะเหนื่อยอยู่จ้ะแหละ...ก็กะทิ เค็มบอกว่ากินมากไม่ดี” (รายที่ 7)

1.2.3 สิ่งแวดล้อม : ควันไฟและฝุ่นทำให้ อาการกำเริบได้เช่นกัน

นอกจากลักษณะอากาศและอาหารที่เป็น ปัจจัยสำคัญทำให้เกิดอาการแล้ว ยังพบว่าควันไฟ ควันบุหรี่ ความฉุนจากใบไม้บางชนิด เช่น สะระแหน่ และฝุ่น เป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วย อาการกำเริบได้

“มีอะไรที่คิดว่าทำให้หอบอีกบ้าง” (ผู้วิจัย)

“ก็ฝุ่นนะ...บางทีก็พริกไทย จะจามเหมือน เป็นหวัด...บางทีก็แสบ” (รายที่ 3)

“บางทีถูกฝุ่นก็ไอแล้ว...บุหรี่ยิ่ง ใครสูบบุหรี่ ใกล้ ๆ ก็เข้าคอ ไอเลยห้ามไม่ได้...จากนั้นก็ไอไป หอบ ไป...มันเหนื่อยมาก บางทีอ้าปากเลย...ไอ... (ทำท่า ไม่ไหว)” (รายที่ 8)

“พวกนี้...ฝุ่นหรือของฉุน ๆ มันจะแพ้...ของ ฉุนก็เช่น สะระแหน่...” (รายที่ 2)

“ใบสะระแหน่นี่นะ จุกเลย ฉุนมาก ๆ” (รายที่ 2)

“กลิ่นควันหรือน้ำมันก็เหม็น มันทำให้หอบ ด้วย” (รายที่ 5)

1.3 การตอบสนองและเจตคติที่มีต่ออาการ และการเจ็บป่วย

แม้ว่าอาการไอ หอบ และแน่นหน้าอก เป็น อาการที่ผู้ป่วยพอจะคาดเดาได้เมื่อเริ่มต้นมีอาการ ว่า

ตนเองจะต้องพบกับอาการใดบ้าง ผลการวิจัยยังพบว่า การตอบสนองที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดอาการ รวมทั้งเจตคติ ที่มีต่ออาการ รวมทั้งความเจ็บป่วยในภาพรวมของ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เน้นที่การป้องกันความรุนแรงของอาการ ที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือ เมื่อรับรู้ว่าตนเองมีอาการเตือน ที่แสดงว่ากำลังจะเกิดอาการไอหรือหอบจะพยายาม แก้ไขปัญหาล่วงหน้าไม่ให้อาการกำเริบขึ้น สิ่งนี้เป็นการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น เพื่อดำรงไว้ซึ่งความ สมดุลในตนเองให้มากที่สุด ซึ่งกลายมาเป็น เจตคติ ต่อการเจ็บป่วยหรืออาการที่มีอยู่ว่าต้องไม่ปล่อยให้มี อาการมากแล้วจึงจัดการ

“บางทีพอเริ่มไอเรารู้ว่ามันจะหอบนะ จะรีบ กินยาก่อน (ยารักษาอาการหอบจากโรงพยาบาล) หรือ ไม่ก็พ่นยาไว้ก่อนเลย จะได้ไม่หอบไง” (รายที่ 8)

“แรกๆ รอให้เหนื่อยก่อนแล้วค่อยพ่น (ยา) หลังๆ ใกล้เหนื่อยก็จะพ่นเลย” (รายที่ 4)

“ก็พอเราเห็นท่าไม่ดี (เหมือนกับจะหอบ) หายใจไม่ค่อยดีก็พ่นแล้ว” (รายที่ 2)

นอกจากนั้นยังพบว่าปัจจัยส่งเสริมให้มีอาการ มากขึ้นคือ การเป็นหวัดและการดื่มน้ำเย็น โดยผู้ให้ ข้อมูลชี้แจงว่า

“แล้วระวังไม่ให้หอบต้องทำอะไร” (ผู้วิจัย)

“ก็ไม่ให้ป็นไข้หวัดอย่างเดียว...แต่ก็ทำยาก นะ” (รายที่ 5)

“น้ำเย็นนะ ไอทุกที เดี่ยวก็หอบ” (ภรรยา รายที่ 3)

“น้ำแข็ง น้ำเย็นนี่ กระทบเลย ไม่ได้เลย” (รายที่ 3)

แม้ว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยจะเป็นการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังในประเด็นประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้น ผู้ป่วยให้ข้อมูลสรุปได้ว่า 1) ลักษณะอาการที่พบ ส่วนใหญ่มีอาการเริ่มด้วยการไอ ถ้าไม่มีการแก้ไขหรือ แก้ไขแล้วไม่ได้ผล จะตามมาด้วยอาการหอบ เหนื่อย แน่นหน้าอก มีผลให้หายใจเข้าออกไม่สะดวก ไม่มีแรง พูดไม่ได้ นอนราบไม่ได้ นอนไม่หลับ มีผลทำให้รู้สึก

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม) ๒๕๕๔

อ่อนเพลีย ออยากพักผ่อน ฟุ้งตนเองไม่ได้ นึกถึงความตาย 2) บั๊จจัยและสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลสรุปได้ว่าเกิดจากสภาพอากาศทั้งอากาศร้อนและอากาศเย็น และลักษณะอาหารที่รับประทาน กล่าวคือเมื่อสภาพอากาศเย็นจะรู้สึกแน่นหน้าอก หายใจไม่ค่อยออก ไอ เหนื่อยและหอบ แต่มีเพียง 2 รายที่ให้ข้อมูลว่า เมื่ออากาศร้อนในฤดูร้อนก็ทำให้เกิดอาการเหนื่อยมาก ใจสั่น เหมือนใจจะขาด แต่เวลาอากาศเย็นไม่ค่อยเหนื่อย ส่วนลักษณะอาหารที่รับประทานนั้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า อาหารมัน จำพวกอาหารทอด และแกงใส่กะทิทำให้เกิดอาการไอ แน่นหน้าอก เหนื่อยและหอบในที่สุด นอกจากสภาพอากาศและลักษณะอาหารที่รับประทานที่เป็นบั๊จจัยและสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นนั้น สิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะควันไฟ ควันบุหรี่ กลิ่นฉุนจากไปไม้บางชนิดและฝุ่นละออง ยังเป็นบั๊จจัยที่พบว่าเป็นสาเหตุของอาการไอ หอบและเหนื่อย ผู้ป่วยจึงต้องระมัดระวังในการหลีกเลี่ยงบั๊จจัยที่ทำให้อาการกำเริบ แม่เพียงกลิ่นของใบสะระแหน่ พริกไทยป่น แป้ง กลิ่นควัน กลิ่นน้ำมัน เป็นต้น 3) ด้านการตอบสนองต่ออาการและเจตคติที่มีต่ออาการและการเจ็บป่วยนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า อาการไอ หอบ แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เป็นอาการที่คาดเดาได้ว่าเมื่อเริ่มต้นมีอาการแล้วตนเองพบกับอาการใดบ้าง จึงต้องมีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น หรือมีวิธีการควบคุมโดยป้องกันไม่ให้เกิดอาการขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นการตอบสนองและเจตคติต่อการเจ็บป่วยที่ต้องไม่ปล่อยให้มีอาการมากแล้วจึงจัดการ

2. วิธีการจัดการกับอาการ

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 8 ราย ลงความเห็นเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการ โดยแบ่งเป็น วิธีการจัดการเมื่อมีอาการหอบ และการควบคุมโดยป้องกันไม่ให้เกิดอาการ

2.1 วิธีการจัดการกับอาการเมื่อมีอาการหอบ

วิธีการจัดการกับอาการหอบของผู้ป่วยกลุ่มนี้แตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละคนได้เรียนรู้ด้วย

ตนเอง ในการจัดการกับอาการหอบ แบ่งเป็น 1) การนั่งหรือนอนพัก 2) การควบคุมการหายใจให้ได้ และ 3) การพ่นยาขยายหลอดลมทันที

“พอหอบก็จะนั่งเฉยๆ ก่อน...ให้หายใจลึกๆ ดีก่อน...จากนั้นก็พ่นยา” (รายที่ 3)

“นอนก่อน หอบนี้ต้องนอนพักก่อนเลย นอนให้หัวสูงนิดนึง ถ้านอนหัวต่ำยิ่งแย่” (รายที่ 7)

“เวลาหอบนอนเลย ผมนะ...นอนฟังไม้นอนราบ (นอนกึ่งนั่ง)” (รายที่ 6)

“ถ้าหอบนะ นั่งก่อนเลย พอนั่งเดี๋ยวก็กาย” (รายที่ 5)

ผู้ป่วยหลายรายให้ความเห็นจากประสบการณ์ของตนว่า ทุกครั้งที่มีอาการหอบ สิ่งที่ต้องทำให้ได้คือต้องควบคุมการหายใจของตนเองให้ได้ มิฉะนั้นอาการหอบจะกำเริบมากจนไม่สามารถต้านทานได้และในที่สุดต้องไปโรงพยาบาล

“แต่ก่อนนี้อยู่บ้าน มันจะหอบตอนกลางคืนนะ ส่วนมากจะเป็นกลางคืน...เวลาหอบ หมอบอกบ้่าว่าให้หายใจลึกๆ ยาวๆ นะ...แล้วมันค่อยยังชั่ว” (รายที่ 7)

“หายใจเข้าลึก (ลากเสียงยาว) แล้วก็ค่อยๆ ผ่อน (หายใจออก ...ก็ช่วยได้)” (รายที่ 7)

“บางทีก็เฉยๆ ก่อน ทำใจดีๆ ไว้ เย็นเข้าไว้ (เตือนให้ตัวเองตั้งสติได้ก่อน) ทำใจให้สบายแล้วค่อยๆ หายใจ ให้มันคลาย...ก็ช่วยได้ ไม่ต้องโรงพยาบาลก็มี” (รายที่ 3)

ผู้ป่วยทุกรายใช้วิธีพ่นยาขยายหลอดลมทันทีที่มีอาการหอบเพราะเชื่อจากประสบการณ์ตนเองว่ายาขยายหลอดลมช่วยให้อาการหอบทุเลาลง จนทำให้ต้องพักยาดิตตัวไปตลอด แม้บางรายมีความกลัวว่าการพ่นยาบ่อยเกินไปอาจทำให้เกิดการติดยาหรือดื้อยาจนอาจทำให้ควบคุมอาการไม่ได้ในที่สุด

“พอนั่ง ก็พ่นยา (ขยายหลอดลม) ทันที...มันก็ดีขึ้น” (รายที่ 3)

“ไปไหนก็พกยาไปด้วยนะ เพราะถ้าหอบก็ให้พ่นยาทันที” (รายที่ 5)

“นั่งแล้วก็พ่นยาเลย...” (รายที่ 2)

“ถ้าหอบแล้วไม่พ่นยาทันทีจะไม่ดีขึ้นเลย...พอหอบถ้าพ่นยาเลยจะดีขึ้น” (รายที่ 8)

2.2 การควบคุมโดยป้องกันไม่ให้เกิดอาการ

วิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น ผู้ป่วยแต่ละรายมีประสบการณ์เรียนรู้ด้วยตนเองว่า ก่อนจะมีอาการไอ หอบ และแน่นหน้าอกนั้น ตนเองจะเกิดความรู้สึกล่วงหน้าว่ากำลังจะเกิดอะไรขึ้น จะรีบช่วยเหลือตนเองในการควบคุมโดยป้องกันไม่ให้เกิดอาการขึ้น เช่นเมื่อมีอาการเตือนว่าจะไอจะรีบจิบยาแก้ไอ ในรายที่มีอาการเริ่มแรกด้วยอาการไอหรือเมื่อเริ่มหายใจขัดเหมือนจะเหนื่อยหรือใกล้จะหอบ จะรีบพ่นยาทันที ไม่รอให้เกิดอาการแล้วจึงจัดการกับอาการ

“พอไอ มันเหนื่อย...(ไอ) สองสามทีก็คื้อๆ ขึ้นมาเลย เอาแล้ว รู้เลยว่าจะหอบ ก็พ่นยา 3 ที” (รายที่ 8)

“ก็พ่นยาตอนเริ่มรู้สึกไม่ดี (รู้สึกเหมือนจะหอบ ไม่รอ (ให้หอบก่อน) นะ” (รายที่ 4)

“ตอนเช้าพอเริ่มแน่น ๆ (เหมือนจะหอบ) ก็เอาแล้ว พ่นยาก่อนเลย” (รายที่ 2)

วิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลสรุปได้ 2 วิธีคือ 1) วิธีการจัดการเมื่อมีอาการหอบ มีความแตกต่างในผู้ป่วยแต่ละราย บางรายใช้วิธีการนั่งหรือนอนพัก โดยยกศีรษะสูง นอนราบไม่ได้ บางรายนั่งพักสักครู่ อาการหอบก็จะหายไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าเมื่อเกิดอาการหอบต้องพยายามควบคุมการหายใจให้ได้ มีฉะนั้นอาการจะมากขึ้นจนต้องไปโรงพยาบาล อีกวิธีการหนึ่งคือ พยายามทำใจดีๆ ใจเย็น นิ่งสงบ ทำให้สบาย ค่อยๆ หายใจ อาการเหนื่อยจะหายไปไม่ต้องไปโรงพยาบาล วิธีการจัดการกับอาการเมื่อมีอาการหอบอีกวิธีหนึ่งคือการพ่นยาขยายหลอดลมทันที ซึ่งผู้ป่วยทุกรายใช้วิธีนี้เพราะเชื่อจากประสบการณ์ของตนเองว่าการพ่นยาขยายหลอดลมช่วยให้อาการทุเลาลงจนทำให้ต้องพ่นทีติดต่อกันตลอดเวลา แม้บางรายมี

ความกลัวว่าการพ่นยาบ่อยเกินไป อาจเกิดการติดยาหรือติ้อยากจนทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้ในที่สุด 2) วิธีการจัดการกับอาการด้วยการควบคุมโดยป้องกันไม่ให้เกิดอาการนั้น ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า เป็นวิธีการป้องกันความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงเน้นวิธีป้องกันล่วงหน้า เช่น การจิบยาแก้ไอเมื่อเริ่มมีอาการไอ เมื่อเริ่มมีความรู้สึกเหมือนจะเหนื่อยหรือหอบ ผู้ป่วยจะรีบพ่นยาทันทีไม่รอให้เกิดอาการก่อนแล้วจึงพ่นยา นอกจากนั้น จะป้องกันตนเองไม่ให้ป็นหวัดไม่ดื่มน้ำเย็น

3. ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มนี้มีประสบการณ์ของผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ทั้งอาการไอจนเหนื่อยและอาการที่ลำคอดีที่สุดคืออาการหอบ ผลลัพธ์ดังกล่าวมีทั้งที่จัดการกับอาการได้จนทำให้สามารถควบคุมอาการได้ และจัดการกับอาการไม่ได้จนต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลอีก ซึ่งผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองต่อการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ สรุปได้ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์เมื่อสามารถจัดการกับอาการได้

ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าซึ่งเกิดขึ้นเมื่อสามารถควบคุมอาการหอบหรือควบคุมการเจ็บป่วยได้ จนสามารถช่วยงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้ หรือแม้กระทั่งได้ตื่นนอนตอนเช้าอย่างสดชื่นก่อนนารยา ก็ทำให้รู้สึกดีได้

“พอไม่เหนื่อยก็ทำงานบ้านได้ เมื่อก่อนนี้เขา (ภรรยา) ไม่กล้าให้ทำ เพราะเราทำไม่ไหว” (รายที่ 3)

“แต่ก่อนนอนตื่นสาย ทีนี้พออาการดีขึ้น บ้า (ภรรยา) เขาวามันผิตสังเกตนะปกติป่าต้องลุกเข้า ทีนี้ผมลุกมาตอนเช้า สบาย...มานั่งทำอะไรต่ออะไรได้” (รายที่ 3)

“รู้สึกอายุย้อนไปสามสิบปีเนอะ” (รายที่ 3)

“พอไม่เหนื่อยแล้วรู้สึกสบายใจ นึกจะทำอะไรมันก็สบาย” (รายที่ 2)

“มันไม่มีอาการเหนื่อย ก็ดีใจ สบายใจ...จะทำอะไรก็ได้ มันเรียกว่ามันไม่รบกวน” (รายที่ 2)

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม) ๒๕๕๔

ผู้ป่วยบางรายรู้สึกภูมิใจที่สามารถกลับมาหา รายได้หรือทำงานเลี้ยงชีพได้อีกเช่นรายที่บอกว่าตนเอง อากาศดีขึ้นจนมาเป็นตัวแทนขายผลิตภัณฑ์สุขภาพได้

“ได้เงินเป็นกอบเป็นกำ ได้เงินดี สุขภาพจิต ก็ดี สุขภาพจิตนี้สำคัญนะ” (รายที่ 1)

“มันเป็นตังค์ เท้าไหวหรือยกได้ เราทำได้ เรา ก็ดีใจว่าเราทำได้ เหมือนกับเราเก่งขึ้น” (รายที่ 8)

3.2 ผลลัพธ์เมื่อไม่สามารถจัดการกับอาการ ได้

ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัวหาก ควบคุมอาการไม่ได้และต้องเข้าโรงพยาบาล ผู้ป่วยบาง รายยอมรับว่าส่งสารคนในครอบครัวเมื่อตนเองจัดการ กับอาการหอบเหนื่อยไม่ได้และอาการของโรคกำเริบขึ้น จนต้องกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลอีก

“ถ้าไปนอนโรงพยาบาลก็ต้องมีคนมา เฝ้า...ลำบากเขา ต้องทำมาหากิน”

“เวลาเราไม่ไหว...(ไม่สบาย) คนรอบข้างเขา ก็เบียดหัวนะ” (รายที่ 3)

“เคยรักษาที่โรงพยาบาล...(บอกชื่อโรง พยาบาลในกรุงเทพฯที่เชื่อว่ารักษาดี) แต่เดี๋ยวนี้ไม่เอา แล้ว เพราะไปไม่ได้มันไกล (บ้านอยู่นครปฐม) รมกวน เมีย ลูก เขาต้องพาไป” (รายที่ 4)

ด้านผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น จากข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย โรคภาพรวมนั้น ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการสรุป ได้เป็น 2 ประการ คือ การจัดการกับอาการได้ จนสามารถควบคุมอาการได้โดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล และผลลัพธ์ที่ไม่สามารถจัดการกับอาการได้จนต้องเข้า รับการรักษาที่โรงพยาบาล ในรายที่สามารถจัดการกับ อาการได้ ผู้ป่วยสามารถช่วยงานบ้านหรือช่วยเหลือ คนในครอบครัวทำงานได้บ้าง ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความ มีคุณค่าของตนเอง สบายใจ ฟังพาดตนเองได้ ไม่รบกวนผู้อื่น ทำงานเลี้ยงชีพได้ สุขภาพจิตดี ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการกับอาการได้ต้องรับการรักษาที่โรงพยาบาล มีความรู้สึกที่ตนเองเป็นภาระของ ครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวลำบาก เป็นอุปสรรค

ในการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยบางรายยอมรับว่าตนเอง ส่งสารคนในครอบครัว จะพยายามทำตนไม่ให้เป็นการ ของครอบครัว

การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับ อาการหอบแบ่งเป็น ลักษณะอาการที่พบและการ ประเมินอาการที่ปรากฏ บั๊จจัยและสาเหตุของอาการ และการตอบสนองต่ออาการและเจตคติที่มีต่ออาการ และการเจ็บป่วย ลักษณะอาการที่พบมากที่สุดในกลุ่ม ผู้ป่วยจำแนกเป็น อาการหอบ อาการไอ และอาการ แน่นหน้าอก ซึ่งเป็นผลจากการไม่สามารถหายใจเข้า ออกได้สะดวก จากการหดเกร็งและตีบแคบของ หลอดลม สอดคล้องกับที่ สุชัย เจริญรัตนกุล (2552: 8) ได้รายงานไว้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักมีอาการไอเรื้อรังเนื่องจากหลอดลมอักเสบ มีเสมหะ มาก เป็นหวัดง่ายแต่หายยาก เจ็บคอ คออักเสบ หลอดลมอักเสบบ่อยๆ และหากไม่หยุดสูบบุหรี่จะทำให้ มีอาการรุนแรงมากขึ้น เริ่มเหนื่อยและหอบมากขึ้น เวลาหายใจมีเสียงดังวี๊ดๆ หายใจลำบากเนื่องจาก หลอดลมตีบมากขึ้น ทั้งนี้อาการจะเพิ่มมากขึ้นตาม การเสื่อมของถุงลมในปอด

จากผลการวิจัยยังพบว่าแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยกับอาการหอบที่พบได้มากที่สุดจาก พยาธิสภาพของโรค แต่ทุกคนได้ประเมินอาการหอบ ที่เป็นอยู่และให้ข้อมูลตรงกันว่าเมื่อมีอาการหอบเกิดขึ้น กับตนเองมีความกลัวมาก กลัวว่าจะขาดอากาศหายใจ และในที่สุดจะถึงแก่ชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลกได้จัดให้โรคถุงลมโป่งพองเป็นปัญหา สาธารณสุขของประชากรโลก โดยระบุว่าใน พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยถุงลมโป่งพองทั่วโลกประมาณ 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณปีละ 3 ล้านคน หรือเท่ากับมีผู้เสียชีวิตนาทีละ 6 คน(Calverly & Paul Walker, 2003 : 1053-1055) และจากการวิจัยเชิง คุณภาพของดีไวโต (Devito, 1990 : 186-191) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกตื่นตัวต่ออาการที่เกิดขึ้น

โดยมีผู้ป่วยกล่าวว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งเลวร้ายที่สุดที่จะนำไปสู่ความตาย รู้สึกเหมือนกับชีวิตได้ถึงจุดจบทุกสิ่งทุกอย่างได้จบสิ้นลง ผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกวาทอาการที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ตื่นตกใจ เป็นความรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมการหายใจได้ สอดคล้องกับที่ลูซีย์ เจริญรัตนกุล (2552: 8) รายงานว่าอาการขั้นรุนแรงที่สุดของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้เลยต้องนอนเฉยๆ เหนื่อยและต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา เนื่องจากถุงลมปอดใช้งานไม่ได้แล้ว

เมื่อกล่าวถึงอาการไอและหอบ ผู้ป่วยทุกรายให้ข้อมูลตรงกันว่า เมื่อหอบและหายใจลำบากมักมีอาการแน่นหน้าอกร่วมด้วยเสมอ ทั้งนี้รู้สึกเหมือนมีอะไรดันอยู่ในรูลอดลม บางรายอธิบายละเอียดด้วยว่า มักมีอาการแน่นหน้าอกก่อน จากนั้นหายใจไม่ออกและลงท้ายด้วยอาการหอบ ซึ่งอธิบายได้ว่าเป็นการหดเกร็งของหลอดลมอย่างชัดเจน สอดคล้องกับคินส์แมนและคณะ (Kinsman, et al., 1983 : 755-761) ศึกษาเกี่ยวกับอาการและประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพองพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นขณะมีอาการที่พบได้บ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการหายใจลำบาก ความเมื่อยล้า นอนไม่หลับ มีเสมหะคั่ง อารมณ์โกรธง่าย ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของเบเกอร์และชอลซ์ (Baker, and Scholz, 2002 : 67-73) ที่พบว่าอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อย

ผลการวิจัยยังพบว่า ปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดอาการหอบ หายใจลำบาก ไอและแน่นหน้าอกมีความใกล้เคียงกันในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล กล่าวคือ เกิดจากสภาพอากาศทั้งอากาศร้อนและอากาศเย็น ลักษณะอาหารที่รับประทานซึ่งส่วนใหญ่ เป็นอาหารทอดของมัน หรืออาหารที่ประกอบด้วยกะทิ และจากสิ่งแวดล้อมที่มีควันไฟและฝุ่นทำให้มีอาการกำเริบได้

สภาพอากาศที่ร้อนหรือเย็นมีโอกาสนำให้ผู้ป่วยหอบได้เหมือนกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากอากาศเป็น

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการ ไอและหอบได้ ลักษณะอากาศที่พบว่าเป็นปัจจัยดังกล่าว ประกอบด้วย อากาศร้อนและอากาศเย็น ผู้ป่วยบางรายให้ข้อมูลว่าเวลาอากาศเย็น เช่น ช่วงหน้าหนาวจะเหนื่อย ไอและหอบมากกว่าปกติ สอดคล้องกับการอธิบายโดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของลาร์สันและคณะ (Larson et al. 1994 : 273) ที่อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ว่าการรับรู้ต่ออาการของบุคคลอาจมีอิทธิพลจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งหมายถึงบรรยากาศและภูมิหลังในสถานการณ์หนึ่งๆ เมื่อเกิดการรับรู้ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น บ้านที่พัก ที่ทำงาน หรือสถานที่พักผ่อน ซึ่งในกรณีเกี่ยวข้องกับอากาศซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด

นอกจากนั้นจากผลการวิจัยยังพบว่าลักษณะอาหารที่รับประทานมีความเกี่ยวข้องกับกรรับรู้สาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล กล่าวคือ คั่วสุกได้แก่ อาหารมัน อาหารทอดและแกงกะทิ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าอาหารมันหรือของทอดต่างๆ ไปกระตุ้นทำให้เกิดอาการระคายเคืองบริเวณหลอดลมและทำให้เกิดอาการไอได้ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่มีควันไฟและฝุ่นทำให้มีอาการกำเริบได้ จัดว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษของอากาศ การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่สูบบุหรี่ ประกอบอาชีพที่มีฝุ่นหรือละอองของสารเคมี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเผชิญต่อควันบุหรี่ มลพิษของอากาศ ควันที่เกิดจากการเผาไหม้ของถ่าน ฟืน หรือสารอินทรีย์ต่างๆ ล้วนก่อให้เกิดอันตรายต่อปอดทั้งสิ้น (U.S. Environmental Protection Agency, 2007, www.lungusa.org)

ตอบสนองที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดอาการ รวมทั้งเจตคติที่มีต่ออาการ รวมทั้งความเจ็บป่วยในภาพรวมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เน้นที่การป้องกันความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือ เมื่อรับรู้ว่าตนเองมีอาการเตือนที่แสดงว่ากำลังจะเกิดอาการไอหรือหอบ จะพยายามแก้ไขปัญหาล่วงหน้าไม่ให้อาการกำเริบขึ้น

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม) ๒๕๕๔

ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเป็นการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นเพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมดุลในตนเองให้มากที่สุด ซึ่งกลายมาเป็นเจตคติต่ออาการเจ็บป่วยหรืออาการที่มีอยู่ว่าต้องไม่ปล่อยให้มีอาการมากแล้วจึงจัดการ สอดคล้องกับที่ลาร์สันและคณะ(Larson et al. 1994 : 273) อธิบายว่าการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptom) หมายถึงปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่ออาการหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ การตอบสนองต่ออาการเป็นความรู้สึก ความนึกคิด หรือพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดอาการจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ และอาการที่เกิดขึ้นเพียงอาการเดียว อาจมีการตอบสนองต่ออาการนั้นได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ ดังนั้นถ้าบุคคลมีอาการมากกว่าหนึ่งอาการ การตอบสนองต่ออาการจะยังมีมากและซับซ้อนมากขึ้น การตอบสนองต่ออาการนี้ อาจเป็นการตอบสนองทางสรีระ ทางจิต หรือพฤติกรรมที่แสดงออกมา ซึ่งกรณีนี้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้เกิดการเรียนรู้ว่าเมื่อตนเองมีอาการเตือนที่แสดงว่ากำลังจะเกิดอาการจึงตอบสนองด้วยการรับประทานยาหรือพินยาไว้ก่อน เพื่อไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ ใช้วิธีการจัดการกับอาการเมื่อมีอาการหอบ ด้วยการนั่งหรือนอนพัก การควบคุมการหายใจให้ได้ และการพินยาขยายหลอดลมทันที ซึ่งสามารถอธิบายตามหลักพยาธิสรีรภาพได้ว่า การนั่งหรือนอนพักเป็นวิธีการที่ช่วยลดการใช้ออกซิเจน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักใช้วิธีการดังกล่าวเพื่อเป็นการชดเชยให้ตนเองสามารถปรับตัวกับอาการหอบได้ จากนั้นจึงใช้วิธีการควบคุมการหายใจเพื่อไม่ให้อาการหอบกำเริบมากขึ้น นอกจากนี้การไชยาพินยังช่วยทำให้อาการหอบดีขึ้นด้วย ทั้งนี้เพราะตัวยามีฤทธิ์ขยายหลอดลมตามทิวติเชอ์ อุตมพานิชย์ (2550 : 342-344) ได้กล่าวไว้ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นยาขยายหลอดลม รวมทั้งวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ด้วยการฝึกกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ จะช่วยให้กล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม ทำงานได้มากขึ้นโดยใช้ ออกซิเจนเท่าเดิม

นอกจากนั้นผลการวิจัยยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลยังใช้วิธีการควบคุมโดยป้องกันไม่ให้เกิดอาการ โดยผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีประสบการณ์เรียนรู้ด้วยตนเองว่าก่อนจะมีอาการไอ หอบ และแน่นหน้าอกนั้น ตนเองจะเกิดความรู้สึกล่วงหน้าว่ากำลังจะเกิดอะไรขึ้น จะรีบช่วยเหลือตนเองในการควบคุมโดยป้องกันไม่ให้เกิดอาการขึ้น เช่นเมื่อมีอาการเตือนว่าจะไอจะรีบจิบยาแก้ไอ ในรายที่มีอาการเริ่มแรกด้วยอาการไอหรือเมื่อเริ่มหายใจขัดเหมือนจะเหนื่อยหรือใกล้จะหอบ จะรีบพินยาทันที ไม่รอให้เกิดอาการแล้วจึงจัดการกับอาการ ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวจัดได้ว่าเป็นวิธีการเพิ่มความสามารภในการดูแลตนเอง เพื่อให้ปลอดภัยจากอันตรายถึงชีวิตที่อาจเกิดขึ้นจากอาการดังกล่าว สอดคล้องกับการอธิบายแบบจำลองของการจัดการกับอาการของลาร์สันและคณะ (Larson et al. 1994 : 273) ที่อธิบายว่าประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับอาการที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การประเมินอาการ (Evaluation of symptom) หมายถึงการที่บุคคลมีความรู้สึกต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บนั้นว่า มีอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใด อาการเหล่านั้นเกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดของร่างกาย อาการนั้นเกิดขึ้นมีความถี่อย่างไร ลักษณะของการเกิดอาการนั้นมีรูปแบบอย่างไร กล่าวคือ เป็นอาการที่เกิดเพียงชั่วคราว หรือเกิดอย่างต่อเนื่องเป็นการถาวร อาการเหล่านั้นมีที่ท่าว่าจะก่อให้เกิดการขยายมากน้อยเพียงใด หรืออาการนั้นรุนแรงมากจนก่อให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต หรือเกิดความพิการมากน้อยเพียงใด เพื่อหาแนวทางในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มนี้มีประสบการณ์ของผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ทั้งอาการไอ จนเหนื่อยและอาการที่สำคัญที่สุดคืออาการหอบ หายใจลำบาก ผลลัพธ์ดังกล่าวมีทั้งที่จัดการกับอาการได้ จนทำให้สามารถควบคุมอาการได้ และจัดการกับอาการไม่ได้จนต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลอีก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ

ผลลัพธ์เมื่อสามารถจัดการกับอาการได้ ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกว่าคุณค่าที่เกิดขึ้นเมื่อสามารถควบคุมอาการหอบหรือควบคุมการเจ็บป่วยได้ จนสามารถช่วยงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้ หรือแม้กระทั่งได้ตื่นนอนตอนเช้าอย่างสดชื่นก่อนคนอื่นในครอบครัว ผลการวิจัยในเรื่องนี้สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้ให้ข้อมูลสามารถจัดการกับอาการหอบ หายใจลำบากหรืออาการไอที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยได้ ทำให้ปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อร่างกาย ไม่เกิดสภาพร่างกายที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และทำให้สุขภาพจิตใจของผู้ให้ข้อมูลดีขึ้น และเกิดความรู้สึกมีคุณค่า สอดคล้องกับที่ลาร์สันและคณะ (Larson et al. 1994 : 273) ดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) อธิบายให้เห็นว่าผลลัพธ์ของอาการ (Symptom outcome) เป็นผลรวมที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และกลวิธีการจัดการกับอาการ ซึ่งมีตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงผลลัพธ์ของอาการในลักษณะความสัมพันธ์ของสภาวะอาการเป็นแกนกลางกับความสามารถในการดูแลตนเอง ฐานะความเป็นอยู่หรือเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต ภาวะทางอารมณ์ การจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ และภาวะการทำงานที่ซึ่งหมายถึงการคงไว้ซึ่งการทำงานที่ต่างๆ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งสอดคล้องกับที่ ดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001: 670-671) อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลลัพธ์ของอาการว่ายังเกี่ยวข้องกับบุคคล (Person) ในปัจจัยด้านลักษณะบุคคล (Demographic factors) ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological factors) เช่น บุคลิกภาพ ความสามารถในการรู้คิดและแรงจูงใจ ปัจจัยด้านสังคมวิทยา (Sociological factors) เช่น ลักษณะครอบครัว วัฒนธรรม และศาสนา และปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiological factors) เช่น ความสามารถทางกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมแบบแผนการพักผ่อนอีกด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอารีรัตน์ ม่วงไหมทอง (2551) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและ

หลังการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ทำให้อาการหายใจลำบากลดลง และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเชิงคุณภาพ ครั้งนี้ พบประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการจัดการกับอาการของโรคซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติทางการพยาบาล ดังนี้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล

1.1 ผู้บริหารการพยาบาล สามารถนำแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการไปไว้ใน การเสริมสร้างระบบบริการพยาบาลด้วยการเผยแพร่ให้พยาบาลทุกส่วนงานมีความรู้ ตระหนักถึงความสำคัญ และสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติกรพยาบาลในหน่วยงานที่ตนรับผิดชอบ

1.2 จัดโครงการอบรมฟื้นฟูวิชาการด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ในการจัดการกับอาการ ให้สามารถดำรงชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีที่สุด

1.3 ส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานการพยาบาลได้มีการทำวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในด้านอื่นๆ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล

2.1 พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการได้ และในระยะที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการได้ เพื่อ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม) ๒๕๕๔

ประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

2.2 พยาบาลควรจัดกลุ่มญาติหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้และวิธีปฏิบัติช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเฉพาะในระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการได้

2.3 พยาบาลควรนำแนวคิดการจัดการกับอาการไปประยุกต์ในการพยาบาลผู้ป่วยด้วยโรคหรืออาการผิดปกติอื่นๆ

2.4 พยาบาลควรทำการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

ผู้บริหารการศึกษาพยาบาล และคณาจารย์ควรมีการนำแนวคิดการจัดการกับอาการไปสอดแทรกในการสอนรายวิชาการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

บรรณานุกรม

- นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์. (2537). **ศึกษาผลของการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นัยนา อินทรประสิทธิ์, ร้อยเอกหญิง. (2544). **ผลของโปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. (2546). “โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” ใน **ตำราอายุรศาสตร์ เล่ม 4. โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชัย เจริญรัตนกุล, ศาสตราจารย์ นายแพทย์. (2552). **วันรณรงค์โรคถุงลมโป่งพองโลก**. กรุงเทพฯ : หนังสือพิมพ์เดลินิวส์ วันอังคารที่ 10 พฤศจิกายน 2552 : 8.
- อารี ม่วงไหมทอง. (2551). **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- Baker, C.F., and Scholz, J.A. (2002). **Coping with symptoms of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease** *Rehabilitation Nursing*, 27, 67-73.
- Calvery, P.M.A., and Walker Paul. (2003). **Chronic obstructive pulmonary disease**. *The Lancet*, 27(362), 1053-1055.
- Colaizzi, P. (1978). **Psychological research as the phenomenologist views it**. In Valle, R. & King, M. (Eds). **Existential-phenomenological alternatives for psychology**. New York, Oxford University Press.
- Coyle, N. (2004). “In their own words: seven advanced cancer patients describe their experience with pain and the use of opioid drugs”. **Journal of Pain and Symptom Management**. 27(4), April: 300-309.
- DeVito, A.J. (1990). **Dyspnea during hospitalizations for acute phase of illness as recalled by patients with chronic obstructive pulmonary disease**. *Heart & Lung*, 19(2), 186-191.

- Dodd, M., Jason,S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J. Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., Taylor, D. (2001). Nursing theory and concept development or analysis advancing the science of symptom management. **Journal of Advance Nursing.** 33(5) : 668-676.
- Donovan, K. A. et al., (2004). "Course of fatigue in women receiving chemotherapy and/or radiotherapy for early stage breast cancer. **Journal of Pain and Symptom Management.** 28(4), October: 373-380.
- Duangpaeng, S., Eusawas, P., Laungamornlert, S., Gasemgitvatana, S., & Sritanyarat, W. (2002). Chronic dyspnea Self-management of Thai adults with COPD. **Thai Journal of Nursing Research.** 6(4) : 200-215.
- Hockstra, J. et al. (2004). "The symptom monitor : A diary for monitoring physical symptoms for cancer patients in palliative care : feasibility, reliability and compliance". **Journal of Pain and Symptom Management.** 27(1), January : 24-35.
- Hu, W. Y. et al., (2004). "Morphine for dyspnea control in terminal cancer patients : is it appropriate in Taiwan". **Journal of Pain and Symptom Management.** 28(4), October: 356-363.
- Kinsman, R.A. , Yaroush, R.A., Fernandez , E., Dirks, J.F., Schocket, M., and Fukuhara. J. (1983). **Symptoms and experiences in chronic bronchitis and emphysema.** Chest, 5, 755 - 761.
- Larson, P.J. (1994). "A model for symptom management." **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship.** 26(4), Winter : 272-276.
- Lee and Carrieri, (2004). **Research Center for Symptom Management.**
<http://nurseweb.ucsf.edu/www/rcsm.htm>. Retrieved on 3/12/04.
- Morse,J.M. and Field,P.A. (1996). **Nursing research : The application of qualitative approaches,** Second edition, Chapman & Hall, London, 1996.
- Munden, J., Goldberg, K. E., and McCleery, J. G. (2003). **Elder care strategies : expert care plans for older adults.** Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.
- Oh, E. G. (2004). "Symptom experience in Korean adults with lung cancer". **Journal of Pain and Symptom Management.** 28(2), August : 133-139.
- U.S. Environment Protection Agency. (2007). Air and radiation : Six common pollutants : particulate matter, basic information August 31, 2007.
www.lungusa.org. Accessed on September, 8, 2009.
- Wiel, V.J. (1985). Dyspnea, in Harwitz, L.D., and Groves, B.M. London : J.B. Lippincott.