ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

นายไพรัตน์ ผ่องแผ้ว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2550
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN SCHOOL AGE CHILDREN WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA

Mr. Phairat Phongphaew

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
โดย	นายไพรัตน์ ผ่องแผ้ว
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา

(ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์)

..... กรรมการ

(ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ไพรัตน์ ผ่องแผ้ว : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ. (SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN SCHOOL AGE CHILDREN WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA) อาจารย์ที่ปรึกษา : ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์, 211 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจำนวน 120 ราย จากวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน แบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และมีค่าความเที่ยงโดยวิธีแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78, .84, .82 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน การแปลผลคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตแตกต่างจากตัวแปรอื่น คือ คะแนนที่น้อยลงหมายถึงระดับที่ดีขึ้นของคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิต

ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 2.65, S.D. = .16)

2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .286, .443, $p<.05$ ตามลำดับ) คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตที่ดีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี (r = -.488, -.529, $p<.05$ ตามลำดับ) ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (r = -.358)

3. การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพการนอนหลับสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ร้อยละ 48 (R^2= .480) สร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐานดังนี้

$$\hat{Z}_{\text{คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ}} = -0.296\, Z_{1\ \text{ภาวะสุขภาพจิต}} + 0.288\, Z_{2\ \text{การสนับสนุนทางสังคม}} + -0.287\, Z_{3\ \text{คุณภาพการนอนหลับ}} + 0.196\, Z_{4\ \text{ระยะเวลาการเจ็บป่วย}}$$

สาขาวิชา .....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา...2550..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4487605436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: BODY MASS INDEX / DURATION OF ILLNESS / OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SEVERITY / SLEEP QUALITY / MENTAL HEALTH / SOCIAL SUPPORT / QUALITY OF LIFE

PHAIRAT PHONGPHAEW : SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN SCHOOL AGE CHILDREN WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA. THESIS ADVISOR : PROF. VEENA JIRAPAET, D. N. SC. 211 pp.

The purposes of this research were to examine the quality of life of school age children with obstructive sleep apnea and the relationship between personal factors (body mass index) health status factors (duration of illness, obstructive sleep apnea severity, sleep quality, mental health) and social and environment factors (social support) and quality of life in school age children with obstructive sleep apnea. Subjects consisted of 120 school age children with obstructive sleep apnea selected by multistage random sampling. Research instruments included questionnaires of personal factors, sleep quality, mental health, social support, quality of life which were tested for content validity and had Cronbach 's alpha coefficient reliability of .78, .84, .82 and .75, respectively. Data were analyzed by mean, standard deviation, Pearson's correlation and multiple regression. Interpretation of sleep quality and mental health scores were differed from the other variables by which the lower of the score had a meaning of the better level of the variables.

Major findings were as follows:

1. Quality of life of school age children with obstructive sleep apnea was at a high level. ($\overline{X}$ = 2.65, S.D. = .16)

2. Duration of illness and social support were significantly positive correlated with the quality of life of school age children with obstructive sleep apnea (r = .286, .443, p<.05 respectively). Good sleep quality and mental health were related to the improvement of quality of life (r = -.488, -.529, p<.05 respectively). Obstructive sleep apnea severity was significantly negative correlated with the quality of life of school age children with obstructive sleep (r = -.358, p<.05).

3. Mental health, social support, sleep quality and duration of illness were significantly predicted the quality of life of school age children with obstructive sleep apnea at the level of .05. The predictive could explain 48 percent of the total variance (R^2=.480). The standardized prediction equation is as follows.

$$\hat{Z}_{\text{quality of life in school age children with obstructive sleep apnea}} = -0.296 Z_{\text{1 mental health}} + 0.288 Z_{\text{2 social support}} + -0.287 Z_{\text{3 sleep quality}} + .196 Z_{\text{4 duration of illness}}$$

Field of study ... Nursing Science..... Student's signature ...Phairat Phongphaew.....

Academic Year.....2007..... Advisor's signature.....Veena Jirapaet.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นตลอดการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ โดยสละเวลาอันมีค่าเพื่อทุ่มเทสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้วิจัยรู้จักคิดและวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ ด้วยเหตุด้วยผลตามหลักวิชาการ และให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอมาตลอด โดยอาจารย์มิเคยย่อท้อในอุดมการณ์ของความเป็นครูที่มีแต่จะให้ในสิ่งที่ดีที่สุดกับศิษย์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ และผู้วิจัยขอกราบขอบคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ในการศึกษาที่มีคุณค่ายิ่ง

กราบขอบพระคุณ นายแพทย์สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์ นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี ผศ. อัจฉรา เปรื่องเวทย์ ดร. เสริมศรี สันตติ อาจารย์ วิริยา แดงวิสุทธิ์ และอาจารย์ จงรักษ์ อุตรา-รัชต์กิจ ที่กรุณาให้ความเมตตาช่วยเหลือในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามในการทำวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ และที่สำคัญผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หัวหน้ากองการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิทยานิพนธ์

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ มารดา ญาติ พี่น้อง รวมถึงภรรยา บุตรสาว และเพื่อน ๆ ที่มีความปรารถนาที่ดีทุกคน ที่ให้คำปรึกษา และเป็นกำลังใจอยู่ไม่ห่าง จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฎ

สารบัญแผนภูมิ..... ฐ

สารบัญแผนภาพ..... ฑ

บทที่

1. บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์..... 6

ปัญหาการวิจัย..... 7

แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย..... 7

ขอบเขตการวิจัย..... 11

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 12

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย..... 15

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 16

เด็กวัยเรียน..... 17

พัฒนาการทางด้านร่างกาย..... 18

พัฒนาการด้านสติปัญญา..... 18

พัฒนาการด้านอารมณ์..... 19

พัฒนาการด้านสังคม..... 20

พัฒนาการด้านอัตมโนทัศน์..... 20

ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก..... 22

ความหมายของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ 22

อุบัติการณ์ของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก..... 23

สาเหตุภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก..... 23

พยาธิสรีรวิทยา..... 24

บทที่ หน้า

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก..... 24
การวินิจฉัยภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก..... 26
การรักษาภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก..... 29
ผลกระทบของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับต่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียน
และครอบครัว..... 32
ผลกระทบของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับต่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียน..... 32
ผลกระทบของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับของบุตรต่อบิดามารดา.. 34
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กวัยเรียน
ที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ..... 38
แนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ…… 43
ความหมายคุณภาพชีวิต..... 43
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต..... 45
กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต..... 46
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ... 47
การประเมินคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียน..... 52
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน
ที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ..... 54
การสนับสนุนทางสังคม……. 55
ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม..... 55
แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม..... 56
ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม..... 58
การประเมินหรือการวัดการสนับสนุนทางสังคม..... 60
ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต... 61
คุณภาพการนอนหลับ..... 63
การประเมินคุณภาพการนอนหลับ..... 64
ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับคุณภาพชีวิต..... 66
ภาวะสุขภาพจิต……. 67
ความหมายของภาวะสุขภาพจิต..... 67
องค์ประกอบของสุขภาพจิต..... 68

บทที่ หน้า

การประเมินภาวะสุขภาพจิต..... 70
ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับคุณภาพชีวิต 72
ระยะเวลาการเจ็บป่วย..... 73
การประเมินระยะเวลาการเจ็บป่วย..... 73
ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ..... 73
การประเมินระดับความรุนแรงของอาการ..... 74
ดัชนีมวลกาย..... 77
การประเมินดัชนีมวลกาย..... 77
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 78
3. วิธีดำเนินการวิจัย..... 90
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง..... 90
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย..... 93
คุณภาพเครื่องมือ..... 100
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล..... 102
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... 103
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 104
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 106
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 117
สรุปผลการวิจัย..... 120
อภิปรายผลการวิจัย..... 121
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... 146

รายการอ้างอิง..... 149

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หน้า

ภาคผนวก..... 175
ภาคผนวก ก..... 176
ภาคผนวก ข..... 177
ภาคผนวก ค..... 186
ภาคผนวก ง..... 196
ภาคผนวก จ..... 208

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 211

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตาม อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษา และรายได้ครอบครัว..... 92
2. จำนวน ร้อยละ และระดับการแปลผลดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ..... 107
3. จำนวน ร้อยละ และระดับการแปลผลภาวะสุขภาพจิตรายด้านของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ..... 109
4. จำนวน ร้อยละ และระดับการแปลผลภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ..... 111
5. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้รับจำแนกตามรายด้าน และโดยรวม..... 112
6. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม..... 112
7. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ..... 113
8. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวพยากรณ์ที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2) ประสิทธิภาพการพยากรณ์ (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ..... 114
9. ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน..... 116
10. จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และแปลผลความง่วงนอนในเวลากลางวัน จำแนกตามรายข้อ..... 186

ตารางที่ หน้า

11. จำนวน และร้อยละคะแนนภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายข้อของพฤติกรรม และอารมณ์จิตใจ..... 187
12. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และประเมินคุณค่าของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้น ทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายข้อ..... 190
13. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายข้อ..... 191
14. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิต ด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้น ทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายข้อ..... 192
15. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายข้อ..... 193
16. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายข้อ..... 194
17. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายข้อ..... 195
18. ค่า Tolerance ค่า VIF ค่า Eigenvalues และค่า Condition Index ของตัวแปร ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้น ทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม..... 197
19. ผลการทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test..... 198

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ หน้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 89

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1..... 200
แผนภาพที่ 2..... 200
แผนภาพที่ 3..... 201
แผนภาพที่ 4..... 201
แผนภาพที่ 5..... 202
แผนภาพที่ 6..... 202
แผนภาพที่ 7..... 203
แผนภาพที่ 8..... 203
แผนภาพที่ 9..... 204
แผนภาพที่ 10..... 204
แผนภาพที่ 11..... 205
แผนภาพที่ 12..... 205
แผนภาพที่ 13..... 206
แผนภาพที่ 14..... 207
แผนภาพที่ 15..... 207

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Obstructive sleep apnea syndrome) เป็นลักษณะความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับที่พบได้บ่อยในเด็ก (American academy of pediatrics, 2002: 705) โดยเป็นภาวะที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบนที่เกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ ในขณะนอนหลับ ซึ่งการอุดกั้นอาจเป็นแบบอุดกั้นทั้งหมดหรือบางส่วน ทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ผิดปกติ (อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์ และธีรเดช คุปตานนท์, 2549: 450) ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่จะพบในช่วงอายุ 2-8 ปี (Marcus, 2001: 17; Young et al., 2002: 1231; Greenfeld et.al., 2003: 1056) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีการเจริญเติบโตของต่อมน้ำเหลืองในร่างกาย และต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ (Guilleminault et al.,1976: 23; Ovchinsky et al., 2002: 818; Balbani et al., 2005: 74) จึงส่งผลให้ต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์โตขึ้นตามไปด้วย (Greenfeld et.al., 2003: 1056) และเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดอุดกั้นของทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก (อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์, 2544: 348) ทำให้เกิดการขัดขวางการไหลเวียนอากาศผ่านเข้าสู่ทางเดินหายใจ โดยไม่มีลมหายใจผ่านเข้าทางจมูก และปาก แต่ยังมีการเคลื่อนไหวของผนังทรวงอกและหน้าท้อง (respiratory effort) เป็นเวลาอย่างน้อย 4-6 วินาที หรืออย่างน้อย 2 วงจรของการหายใจ (Chan et al. 2004: 1150; Mitchell and Kelly, 2005: 570) ทำให้มีภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) และการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (hypercapnia) (อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์, 2544: 348) และนอกจากนี้ ยังส่งผลรบกวนรูปแบบการนอนหลับตามปกติ (Ersu et al., 2004: 19) และทำให้คุณภาพของการนอนหลับลดลง (American thoracic society, 1996: 866; Greenfeld et.al., 2003: 1056)

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็กวัยเรียนร้อยละ 1-3 (Ali et al., 1993: 360; Young et al., 2002: 231; Sogut et al., 2005: 256; Balbani et al., 2005: 74) และพบในเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงในอัตราส่วนเท่า ๆ กัน (Marcus et al., 2001: 18; Greenfeld et al., 2003: 1059; Sogut et al., 2005: 253) ส่วนการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็กทางภาคใต้ของไทย พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็กวัยเรียนมีประมาณร้อยละ 0.69 (Anuntaseree et al., 2001: 225) นอกจากนี้ ยังมีรายงานสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้น

ทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก ในคลินิกโรคทางเดินหายใจที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2548 คิดเป็นจำนวนเพิ่มขึ้น 150 คนต่อปี (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2548) และสถิติตรวจการนอนหลับในโรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543-2545 คิดเป็นจำนวนเพิ่มขึ้น 100 คนต่อปี (วรกต สุวรรณสถิต, 2003: 121) จากแนวโน้ม จะเห็นว่าอัตราของการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็กทั้งต่างประเทศ และในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, 2542: 79) และบิดามารดาหรือผู้ปกครองหันมาให้ความสนใจมากขึ้น (Mitchell and Kelly, 2005: 572)

ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก ส่งผลให้เกิดปัญหาโรคของระบบต่าง ๆ ของร่างกายหลายระบบ คือ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ หัวใจขาดเลือด (Young et al., 2002: 1217) ความดันโลหิตสูง (Guilleminault et al., 1976: 25; Kohyama et al., 2003:141) cor pulmonale (Ovchinskey et al, 2002: 815; Nixon and Brouillette, 2006: 512) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Spieker and Motzer, 2003: 489; Pack, 2006: 16) ปัญหาทางระบบประสาทและพฤติกรรม ได้แก่ อาการซุกซน (Ali et al.,1994: 76; Ersu et al., 2004: 20) ก้าวร้าว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (Guilleminault et al., 1976: 25; Ali et al., 1993: 363; Rosen et al., 2004: 1642) สมาธิ ความตั้งใจ ความจำและการเรียนลดลง (O'brien et al., 2004: 168; Melendres et al., 2004: 769; Blunden et al., 2005: 783; Kurnatowski, 2006: 423) อาการง่วงนอนมากในเวลากลางวัน ปวดศีรษะตอนเช้า ซึมเศร้า และแยกตัว (Guilleminault et al.,1976: 25; Lavie and Pillar, 2001: 95; Chan et al., 2004: 1148) และปัญหาการเจริญเติบโตของร่างกาย ได้แก่ การเจริญเติบโตไม่สมวัย (Ersu et al., 2004: 19) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่ไม่ได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ๆ จะมีอัตราของการเสียชีวิตด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่สูงกว่าคนปกติ (Amin et al., 2004: 953; Pack, 2006: 11) และมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ และเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Ovchinsky et al., 2002: 815; Marcus, 2001: 20)

จากที่กล่าวมา จะเห็นว่าภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีผลกระทบต่อตัวเด็กเป็นอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นวัยที่พร้อมจะเรียนรู้เพื่อการพัฒนาการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม บุคลิกภาพ วัฒนธรรม และจริยธรรม (พัชรินทร์ เวียงแก้ว, 2540: 2) มีการพัฒนาความคิดเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับความเครียด การปรับตัวกับโรคเป็นเวลานาน และการต้องเข้ารักษาตัวหรือต้องไปพบแพทย์เพื่อติดตามประเมินอาการอยู่เป็นประจำ (สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์, 2549: 533) และจากผลกระทบของโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลว พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์

เปลี่ยนแปลงง่าย อาการปวดศีรษะตอนเช้า ง่วงนอนมากในเวลากลางวัน สมาธิสั้น และแยกตัวออกจากสังคม (Guilleminault et al., 1976: 25; Rosen et al., 2004: 1643) อาจทำให้เด็กถูกจำกัดกิจกรรม และเวลาการเรียน ทำให้ทำอะไร ๆ ได้ไม่ทัดเทียมเพื่อน ส่งผลให้เด็กรู้สึกตนเองไร้คุณค่า ทำให้เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (Wong, 2003: 709) กลายเป็นเด็กที่มีปมด้อย ขาดโอกาสที่จะเรียนรู้ การปรับตัวกับสังคม การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว และกลุ่มเพื่อนไม่ดี ต่อไปจะปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยากกว่าเด็กคนอื่น (วนิดา ยืนยง, 2537: 15) และต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ

คุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพปกติหรือมีการเจ็บป่วย (สมพันธ์ หิญชีระนันทน์, 2539: 1) การที่เด็กจะเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ต้องได้รับความรัก การเอาใจใส่การเลี้ยงดู และการตอบสนองความต้องการต่าง ๆ จากบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาทุกด้าน และมีการดำเนินชีวิตอย่างดีที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข เนื่องจากเด็กต้องเผชิญกับความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรค เด็กวัยเรียนที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานเช่นเดียวกับเด็กทั่ว ๆ ไป (Maslow, 1970: 24-25) และเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ยังต้องได้รับการตอบสนองที่ถูกต้องและเหมาะสมกับอาการของโรคด้วย ซึ่งจะช่วยให้เด็กดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม แต่เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวที่ซับซ้อน โดยขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ด้านสภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล (Zhan, 1992: 111) ดังนั้น การที่พยาบาลจะหาแนวทางหรือกลยุทธในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำเป็นต้องทราบถึงองค์ประกอบหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอย่างเป็นเหตุเป็นผลต่อกัน และองค์ประกอบเหล่านี้มีปฏิกิริยาหรืออิทธิพลอย่างไรต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สัมพันธ์กับโรค เป็นสิ่งจำเป็นต่อการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับปัจจุบันที่การแพทย์ และบุคลากรทางสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมากขึ้น เพราะเชื่อว่าคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่ปรารถนาของมนุษย์ทุกคนไม่เฉพาะบุคคลทั่ว ๆ ไปเท่านั้น แต่ยังหมายถึงบุคคลที่มีความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญความทุกข์ทรมาน และความเครียดอันเนื่องมาจากโรคภัยไข้เจ็บ ผู้ป่วยจะพยายามปรับตัวทั้งด้านร่างกาย และจิตใจเท่าที่จะสามารถกระทำได้ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ ดังนั้นคุณค่าของการพยาบาลมิใช่อยู่ที่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือการที่สามารถมีชีวิตยืนยาว

ต่อไปของผู้ป่วยเท่านั้น แต่อยู่ที่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและเป็นปกติสุข รวมทั้งใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี

การประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้องและเหมาะสมควรประเมินหลายมิติเพื่อให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน คือ การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่ง Zhan (1992) ได้กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิต ควรประเมินทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ตลอดจนความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีของคุณภาพชีวิต (Ferrans and Powers, 1992: 29) การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเกี่ยวกับความพึงพอใจในความสามารถของการดำรงชีวิตเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ความรักความห่วงใยที่ได้รับจากบิดามารดาและบุคคลอันเป็นที่รัก การมีชีวิตอยู่กับโรคอย่างปกติสุข และพอใจผลการเรียน ส่วนด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีต่อตนเองในความสามารถในการเรียน ในภาพลักษณ์ตนเอง รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิต กล่าวคือ การมีสุขภาพดีสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จะนำมาซึ่งความสุข และความสำเร็จในชีวิต (พนิดา พาลี, 2544: 64) และด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่รับรู้เกี่ยวกับการศึกษาที่เหมาะสมตามวัย ความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ของที่พักอาศัย ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และความพอใจการเข้าร่วมกิจกรรม และ Zhan (1992) ยังกล่าวว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลอาจเปลี่ยนแปลงไปได้จากอิทธิพลของปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลกระทบกับต่อคุณภาพชีวิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่า ความอ้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Sulit et al., 2005: 662) ซึ่งความอ้วนส่งผลให้เด็กรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และขาดความมั่นใจในตนเอง (American academy of pediatrics, 2003: 425) มักถูกเพื่อน ๆ ล้อ ทำให้เกิดปมด้อยและแยกตัวออกจากสังคม ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำลง (Fallon et al., 2005: 448; กิจติยา รัตนมณี, 2547: 25) จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนานนั้นช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ ค่อย ๆ เรียนรู้เกี่ยวกับโรควิธีการรักษา มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และผลการรักษาที่ดีขึ้น ทำให้มีความสามารถและความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ, 2543: 73) ส่วนปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพอีกปัจจัยหนึ่งคือ ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยพบว่า ระดับความรุนแรงของการหายใจผิดปกติที่เพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหายใจผิดปกติขณะหลับ เด็กจะมีปัญหาก้าวร้าว ปัญหาสังคม ปัญหาความสนใจ ปัญหาทางความคิด (Mulvaney et al., 2006: 326) ส่วนผู้ป่วยเด็กที่มีระดับความรุนแรงของการหยุดหายใจหรือมีการหายใจน้อยลงในขณะนอนหลับ จะพบว่า เด็กมีความรุนแรงของระบบความจำแย่ลงมากขึ้น (Rhodes et al.,1995: 743) และยังพบว่า มีอาการปวดศีรษะเวลาตื่นนอนตอนเช้า (Guilleminault et al.,1976: 25) ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ลดลง ส่วนปัจจัยคุณภาพการนอนหลับ พบว่า ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะมีอาการง่วงนอนมากในเวลากลางวันหรือคุณภาพการนอนหลับลดลง (Dyken et al., 2003: 655; สรศักดิ์ โลห์จินดารัตน์, 2549: 530) ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมลดลง (Meijer, Habekothe and Wittenaer, 2000: 148-149) สำหรับปัจจัยภาวะสุขภาพจิต พบว่า เด็กวัยเรียนที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมักมีพฤติกรรมซุกซน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (Rosen et al., 2004: 1642) ก้าวร้าว หงุดหงิด โมโห ฉุนเฉียว ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ และแยกตัว (Guilleminault et al.,1976: 25) ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Klassen et al., 2000: 544) และนอกจากนั้นยังพบว่า เด็กที่เจ็บป่วยบ่อยหรือเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุของความเครียด และกลไกการปรับตัวทางสังคมที่ไม่เหมาะสม เด็กจะมีบุคลิกลักษณะเก็บตัว ทักษะทางสังคมบกพร่อง (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 21)

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนสัมพันธภาพทางสังคมและเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยดูดซับความเครียดที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ช่วยให้บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่รุนแรง เพราะรับรู้ว่าตนจะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ (นิรามัย ใช้เทียมวงศ์, 2535: 68-69) การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิตทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคงส่งเสริมการปรับตัวให้ดีขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543: 67; สุนันท์ สินซื่อสัตย์กุล, 2537: 64)

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตต่อความเจ็บป่วยดังกล่าวข้างต้น จึงมีส่วนช่วยให้พยาบาลตระหนักถึงบทบาทของตนเองและวิชาชีพ สามารถเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับดีขึ้น ซึ่งบทบาทพยาบาลเด็กที่มีประสิทธิภาพคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับซึ่งได้รับผลกระทบทั้งจากพยาธิสภาพของโรค ภาวะแทรกซ้อนจากโรค และเด็กยังเป็นช่วงวัยที่พร้อมจะเรียนรู้เพื่อพัฒนาการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม บุคลิกภาพ วัฒนธรรม และจริยธรรม (พัชรินทร์ เวียงแก้ว, 2540: 2) ทั้งยังมีการพัฒนาความคิดเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิตกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
5. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม

ปัญหาการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเป็นอย่างไร
2. ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับหรือไม่ อย่างไร

3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับหรือไม่ อย่างไร

4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับหรือไม่ อย่างไร

5. ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรคอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกในชีวิตที่บุคคลรับรู้ความหมายและประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล (Zhan,1992: 797) คุณภาพชีวิต ตามแนวคิดของ Zhan (1992) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นระดับที่บุคคลมีความพอใจในปัจจุบันเกี่ยวกับความสามารถของการดำรงชีวิตเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน ความพอใจในความรักและความห่วงใยที่ได้รับจากบิดามารดาและบุคคลอันเป็นที่รัก การมีชีวิตอยู่กับโรคอย่างมีความสุข และพอใจผลการเรียน โดยเป็นการรับรู้และตัดสินใจของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเองต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่คาดหวังหรืออยากให้เป็น (Campbell 1976 cited in Zhan, 1992: 796) ส่วนด้านอัตมโนทัศน์เป็นเรื่องของความปกติสุขด้านจิตใจ เป็นความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อตนเองในความสามารถในการเรียนในภาพลักษณ์ตนเอง รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นเป็นเหตุให้เกิดความซึมเศร้า และอัตมโนทัศน์เป็นไปในทางลบ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิต กล่าวคือ การมีสุขภาพดีสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จะนำมาซึ่งความสุขและความสำเร็จในชีวิต (พนิดา พาลี, 2544: 64) และด้านสังคมและเศรษฐกิจเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเกี่ยวกับการที่ครอบครัวมีฐานะเศรษฐกิจได้รับรายได้หรือสภาวะทางการเงินดี และมีความสัมพันธ์กับการตระหนักถึงความมั่นคงในชีวิต การได้รับการศึกษาที่เหมาะสมตามวัย พอใจในสภาพความเป็นอยู่ของที่พักอาศัย ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และความพอใจการเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานานและค่าใช้จ่ายมาก อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้ นอกจากนี้ Zhan

(1992: 796) ยังได้กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของมนุษย์ โดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรังแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัย 3 ประการ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กล่าวได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิต และเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพปกติหรือมีการเจ็บป่วย (สมพันธ์ หิญชีระนันทน์, 2539: 1) การมุ่งเน้นในเรื่องการมีชีวิตที่ดีของบุคคล ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากร โดยเชื่อว่าถ้าเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีคุณภาพชีวิตที่ดีพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ก็จะทำได้ดีและรวดเร็วขึ้น แต่ก็ขึ้นกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ดังนี้

ดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยด้านบุคคลมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ การที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่า มีภาวะอ้วน (Franco et al., 2000: 11) ความอ้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะการหยุดหายใจขณะหลับ และมีผลกระทบต่อสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของเด็ก (Schwimmer, Burwinkle and Varni, 2003: 1816) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่กำลังมีการพัฒนาการและเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต (อรุณรัศมี บุนนาค และคณะ, 2545:159) เด็กอ้วนมักจะถูกเพื่อน ๆ ล้อ และมองว่าขี้เกียจ สกปรก โง่ น่าเกลียด (Must, 1996: 445) รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ และขาดความมั่นใจในตนเอง (Friedlander, Larkin and Rosen, 2003: 1208) จากการศึกษาของ Fallon et al. (2005: 448) พบว่า เมื่อเด็กมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เด็กจะเกิดภาวะซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม คุณค่าในตนเองลดลง และการเรียน กิจกรรมทางสังคมและคุณภาพชีวิตลดลง

ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และบุคคลจะใช้ช่วงเวลาหนึ่งเพื่อพัฒนาความชำนาญในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น (Ray et al., 1982: 385) ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วย จึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัว เพราะการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่นานนั้น ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ ค่อย ๆ เรียนรู้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง แก้ไขปัญหาได้มากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kottket,1982: 60-62) เมื่อปรับตัวได้สามารถทำกิจกรรม และการทำกิจวัตรประจำวันได้เอง และการได้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอยู่อย่างสม่ำเสมอ ทำให้มี

พฤติกรรมการดูแลตนเองดี (อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ, 2543: 74) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดใจ สมิทธิการ (2541: 72) ที่พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง

ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เป็นปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เมื่อความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มสูงขึ้น จะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ (Orem, 1991: 117) ซึ่งความรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้น จะยิ่งทำให้มีผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการดูแลตนเองลดลง (Burckhardt, 1985:11) ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาของ Mulvaney et al. (2006: 326) พบว่า ระดับความรุนแรงการหายใจผิดปกติที่เพิ่มสูงขึ้นของผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหายใจผิดปกติในขณะหลับ จะพบปัญหาความก้าวร้าว ปัญหาสังคม ปัญหาความตั้งใจและความคิด และการมีปฏิสัมพันธ์ลดลง

คุณภาพการนอนหลับ เป็นปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เนื่องจากการนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อร่างกายของมนุษย์ทุกคน ซึ่งเป็นช่วงเวลาได้พักผ่อนสุขภาพ เพื่อทดแทนพลังงานที่ถูกใช้ไปให้กลับมีสภาพสมบูรณ์ สามารถทำหน้าที่ได้ปกติ และเมื่อตื่นขึ้นในตอนเช้าแล้วรู้สึกสดชื่น สามารถไปปฏิบัติหน้าที่การงานได้อย่างกระฉับกระเฉง (วรกต สุวรรณสถิต, 2003: 112) และการนอนหลับยังมีความจำเป็นต่อพัฒนาการทั้งร่างกายและจิตใจ (จิตรลดา บุตรงามดี, 2547: 124) การนอนหลับไม่เพียงพอหรือการนอนหลับไม่มีประสิทธิภาพ จะมีผลต่อสมรรถภาพทางร่างกายและสุขภาพจิตของบุคคล ได้แก่ การเจริญเติบโตช้า ความเครียด ก้าวร้าว สมาธิสั้น และผลการเรียนลดลง (O'brien et al., 2004: 168; Ersu et al., 2004: 20) จากการศึกษาของ Meijer, Habekothe and Wittenaer (2000: 148-149) พบว่า คุณภาพการนอนหลับในเด็กที่ไม่ดี ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและหน้าที่การเรียนลดลง

ภาวะสุขภาพจิต เป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี โดยสามารถจัดการกับความคิดอารมณ์และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคมได้อย่างเหมาะ และสร้างสรรค์ภายใต้สภาพแวดล้อมและเวลาที่เปลี่ยนแปลง (WHO 1976

อ้างถึงใน อัมพร โอตระกูล, 2538: 14; กรมสุขภาพจิต 2545 อ้างถึงใน บุญพา ณ นคร, 2545:6-7) การมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีผลต่อคุณภาพชีวิต จะช่วยให้เด็กมีความร่าเริง แจ่มใส มีความสุข มีสภาพจิตที่มั่นคง และสามารถอยู่รอดในสังคมอย่างเฉลียวฉลาด (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 7) มีเหตุผล ควบคุมอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความเข้าใจ รู้จักตนเอง ดูแลช่วยเหลือตนเองและพึ่งตนเองได้ (กรมสุขภาพจิต, 2543: 7) โดยพบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก เกิดขึ้นได้ทั้งจากตัวเด็กและสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ เมื่อร่างกายเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำเรื้อรัง ทำให้เด็กมีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด โมโหฉุนเฉียว ก้าวร้าว และเมื่อเจ็บป่วยนาน ๆ ก็จะทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงมากขึ้น เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ อาจนำไปสู่อาการทางจิตประสาท ส่วนปัจจัยสิ่งแวดล้อม พบว่า ถ้าเด็กขาดการอบรมเลี้ยงดู การให้ความรักความอบอุ่น และสัมพันธภาพที่ดีจากครอบครัว ทำให้เด็กไม่สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาและอุปสรรคของชีวิตได้ (อัมพร โอตระกูล, 2538: 14) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rosen et al. (2004: 1642) ที่พบว่า เด็กวัยเรียนที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จะมีปัญหาทางพฤติกรรม ซุกซน อยู่ไม่นิ่ง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ก้าวร้าว หงุดหงิด โมโหฉุนเฉียว และแยกตัวออกจากสังคม (Guilleminault et al., 1976: 25) ทำให้เด็กขาดสัมพันธภาพที่ดี กลไกการปรับตัวทางสังคมที่ไม่เหมาะสม ขาดความมั่นใจ และความภูมิใจในตนเอง (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 22)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลโดยมีการช่วยเหลือกัน (House 1981 cited in Brown, 1986: 5) ตามความจำเป็น และความต้องการพื้นฐานทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2532: 59) ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนต้องเผชิญกับโรค และผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรค อาจทำให้เด็กต้องถูกจำกัดกิจกรรม และเวลาการเรียน ทำอะไร ๆ ได้ไม่ทัดเทียมเพื่อน ส่งผลให้เด็กรู้สึกตนเองไร้คุณค่า และความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (Wong, 2003: 709) ส่วนการปรับตัวด้านสังคม ถ้าสัมพันธภาพกับครอบครัวและกลุ่มเพื่อนไม่ดี ต่อไปจะปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยากกว่าเด็กคนอื่น (วนิดา ยืนยง, 2537: 15) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมของเด็กวัยเรียนจากบิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน ครู และบุคลากรทางการแพทย์ ในด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีภาวะสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดี (อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543: 67)

จากแนวคิดและผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

1. ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

3. ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

4. คุณภาพการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

5. ภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

6. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

7. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยมีขอบเขตของการวิจัยดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ อายุระหว่าง 6-12 ปี และบิดามารดาหรือผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพอใจในชีวิต และความเป็นปกติสุขของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ สามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเองต่อสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Zhan (1992) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่รับรู้เกี่ยวกับความพอใจได้รับในสิ่งที่ต้องการหรือตามความปรารถนา ความพึงพอใจในความสามารถของการดำรงชีวิตเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ความรัก ความห่วงใยที่ได้รับจากบิดามารดาและบุคคลอันเป็นที่รัก การมีชีวิตอยู่กับโรคอย่างปกติสุข และพอใจผลการเรียน

2. อัตมโนทัศน์ (Self concept) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีต่อตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่งในเรื่องความ สามารถในการเรียน การเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้สึกมีคุณค่าและภาพลักษณ์ของตนเอง และการยอมรับของครอบครัวและสังคม

3. สุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and functioning) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่รับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การเรียน การดูแลตนเอง การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ

4. สังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่รับรู้เกี่ยวกับการศึกษาที่เหมาะสมตามวัย ความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ของที่พักอาศัย ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และความพอใจเข้าร่วมกิจกรรม

ดัชนีมวลกาย หมายถึง ค่าที่ใช้ในการบ่งชี้ภาวะน้ำหนักที่แท้จริงในการตัดสินว่าเป็นภาวะอ้วนหรือไม่ คำนวณโดยน้ำหนักของร่างกายเป็นกิโลกรัมและหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง มีหน่วยเป็นกิโลกรัมต่อตารางเมตร ตามเกณฑ์แบ่งค่าดัชนีมวลกาย (Franco et al., 2000: 11) เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/ตรม หมายถึง ภาวะอ้วน

ดัชนีมวลกาย (BMI) 25-30 กิโลกรัม/ตรม หมายถึง น้ำหนักมาก

ดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตรม หมายถึง น้ำหนักปกติ

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง จำนวนเต็มเป็นเดือนของช่วงเวลาที่เด็กวัยเรียนได้รับทราบผลการตรวจวินิจฉัยจากบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูว่าตนเองมีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเป็นครั้งแรกจนถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ หมายถึง สภาวะที่ไม่มีลมหายใจผ่านทางจมูกและปากขณะหลับที่เพิ่มขึ้น โดยแบ่งจำนวนครั้งของการหยุดหายใจรวมกับการหายใจน้อยขณะหลับ (Apnea Hypopnea Index: AHI) ต่อชั่วโมง จากเครื่องตรวจโพลีซอมโนกราฟฟี (polysomnography) ซึ่งแพทย์บันทึกไว้ในบัตรผู้ป่วยนอก ตามเกณฑ์แบ่งระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (O'Brien et al., 2004: 167) 3 ระดับ ดังนี้

ความรุนแรงระดับเล็กน้อย (mild sleep apnea) มีค่าดัชนีระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Apnea hypopnea index: AHI) 1-4 ครั้ง/ชั่วโมง

ความรุนแรงระดับปานกลาง (moderate apnea) มีค่าดัชนีระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Apnea hypopnea index: AHI) 5-9 ครั้ง/ชั่วโมง

ความรุนแรงระดับมาก (severe sleep apnea) มีค่าดัชนีระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Apnea hypopnea index: AHI) เท่ากับหรือมากกว่า 10 ครั้ง/ชั่วโมง

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอจากการนอนและการรับรู้ถึงระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันของเด็ก ซึ่งเป็นผลมาจากการนอนหลับที่ไม่ต่อเนื่องในเวลากลางคืน รวมทั้งสภาวะที่ร่างกายอ่อนเพลียจากการขาดออกซิเจนในเวลากลางคืน ส่งผลให้เด็กไม่ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอจากการนอน ประเมินโดยแบบวัด the Epworth Sleepiness Scale (ESS) ของ John (1993) ผู้ที่มีคะแนนน้อย หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี คะแนนมาก หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Melendres et al., 2004: 769)

ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวให้มีความสุขของเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่แสดงออกถึงการมีสภาวะทางอารมณ์ที่ร่าเริง แจ่มใส มีสภาพจิตมั่นคง และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างเฉลียวฉลาด โดยปราศจากพฤติกรรมและอารมณ์เครียด วิตกกังวล หงุดหงิดโมโหร้าย การซุกซน และการแยกตัวจากสังคม ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็กในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา สำหรับผู้ปกครองของ กรมสุขภาพจิต (2544) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมด้านความประพฤติ พฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านบุคลิกภาพและความสัมพันธ์ ผู้ที่มีคะแนนน้อย หมายถึง ปกติ คะแนนมาก หมายถึง มีปัญหา

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้รับการตอบสนองความต้องการหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม จากบิดามารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อน และ/หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนหนึ่งคนใดหรือหลายคนร่วมกัน ผู้วิจัยปรับปรุงแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมสำหรับเด็กวัยเรียนของ เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้รับความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษาการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด

2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) หมายถึง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้รับการยอมรับ ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ และการได้รับคำชมเชยเมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ สำเร็จ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้รับคำแนะนำข้อเสนอแนะชี้แนวทางในการดูแลสุขภาพ ให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริง บอกแหล่งข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิด เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของเครื่องใช้ เงินทอง เวลา แรงงาน และสิ่งแวดล้อมจากบุคคลใกล้ชิด

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ด้านองค์ความรู้ทางการพยาบาล ทำให้ได้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ตลอดจนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่จะให้การดูแลเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางดินหายใจขณะหลับต่อไป

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาล เพื่อสร้างเสริมประสิทธิภาพการดูแล และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

3. เป็นแนวทางสำหรับวิจัยทางการพยาบาล จากการนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยต่อหรือทำวิจัยซ้ำ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเสนอสาระสำคัญตามลำดับดังนี้

เด็กวัยเรียน

พัฒนาการทางด้านร่างกาย

พัฒนาการด้านสติปัญญา

พัฒนาการด้านอารมณ์

พัฒนาการด้านสังคม

พัฒนาการด้านอัตมโนทัศน์

ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก

ความหมายของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

อุบัติการณ์ของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก

สาเหตุภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก

พยาธิสรีรวิทยา

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก

การวินิจฉัยภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก

การรักษาภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก

ผลกระทบของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับต่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและครอบครัว

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

แนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ความหมายคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

การประเมินคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

การสนับสนุนทางสังคม

คุณภาพการนอนหลับ

ภาวะสุขภาพจิต

ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ดัชนีมวลกาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่อยู่ในช่วงอายุ 6-12 ปี เป็นวัยที่เด็กเข้าชั้นเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้นและประถมศึกษาตอนปลายเป็นส่วนใหญ่ ในช่วงปีสุดท้าย อาจเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นบางคน และบางคนก็อาจเริ่มเรียนในระดับมัธยมศึกษาแล้ว (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2538: 34; Wong, 2003: 698) ซึ่ง Marlow (1988: 1004-1010) ได้แบ่งเด็กวัยเรียนเป็น 3 ช่วง คือ วัยเรียนตอนต้น ช่วงอายุ 6-8 ปี วัยเรียนตอนกลาง ช่วงอายุ 8-10 ปี และวัยเรียนตอนปลาย ช่วงอายุ 10-12 ปี เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่เด็กเริ่มเข้าสู่สังคมอย่างกว้างขวางขึ้น คือสังคมโรงเรียน โดยมีอิทธิพลต่อพัฒนาการและสัมพันธภาพทางสังคม (Wong, 2003: 698) ตามทฤษฎีพัฒนาการบุคลิกของ Erikson เด็กวัยเรียนอยู่ในขั้นของการพัฒนาการการเกิดความรู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จหรือรู้สึกด้อย เป็นวัยแห่งการเรียนรู้ โดยที่ความสามารถในการเรียนรู้จะต้องปฏิบัติด้วยตนเอง ถ้าเด็กทำสำเร็จก็จะเกิดกำลังในการทำต่อไปไม่หยุดยั้ง จะทำให้เด็กมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น แต่ถ้าเด็กล้มเหลว ทำอะไรไม่สำเร็จจะพัฒนาเป็นความรู้สึกด้อย รู้สึกว่าตนไม่มีความสามารถ รู้สึกท้อถอยและหนีปัญหา ส่วน Piaget (cited in Wong, 2003: 702) กล่าวว่า เด็กวัยเรียนมีการพัฒนาการและมีความก้าวหน้าทางสติปัญญาและความคิดเชิงรูปธรรม (concrete operation) เป็นระยะที่เด็กสามารถคิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น ทำให้เด็กสามารถยับยั้งความหุนหันพลันแล่น (impulse control) ได้มากขึ้นตามไปด้วย (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2538: 36) มีความคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น แต่ยังไม่เข้าใจในสิ่งที่เป็นนามธรรม (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534: 14) ทำให้เด็กวัยนี้ชอบสำรวจ ชอบทดลอง อยากรู้อยากเห็น และความเข้าใจความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางสังคมมากขึ้น สามารถบอกความต้องการ และอธิบายความรู้สึกนึกคิดของตนได้ มีการฝึกหัดพูดกับผู้อื่นอย่างเหมาะสมในการเข้าสังคม (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535: 68) ใช้ภาษาเป็นสื่อและใช้ความคิดมากขึ้น

พัฒนาการทางด้านร่างกาย

อัตราการเจริญเติบโตของร่างกายของเด็กวัยเรียนจะช้ากว่าเด็กวัยปฐมและวัยรุ่น อัตราการเจริญเติบโตเป็นไปอย่างช้า แต่สม่ำเสมอจนถึงอายุ 10 ปี โดยทั่วไปเด็กจะมีรูปร่างสูงและค่อนข้างผอม (นิตยา คชภักดี, 2535: 71) โดยมีส่วนสูงเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยปีละประมาณ 5 เซนติเมตร และน้ำหนักเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยปีละประมาณ 2-3 กิโลกรัม (Wong, 2003: 699; สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534: 68) เด็กวัยนี้มีการพัฒนาของกล้ามเนื้อกระดูก และประสาทเพิ่มขึ้น การใช้บังคับกล้ามเนื้อต่าง ๆ ทั้งกล้ามเนื้อมัดใหญ่และเล็กดีขึ้นมาก และสามารถที่จะประสานงานกันได้ดี มีความคล่องแคล่วว่องไว และแข็งแรง ดังนั้น เด็กวัยนี้จึงสนุกในการทดลองความสามารถในการกระโดดสูง กระโดดระยะทางไกล ๆ กระโดดเชือก เล่นเตะฟุตบอล และถีบจักยาน เด็กวัยนี้จะพยายามที่จะฝึกทักษะทางการเคลื่อนไหวเพื่อไม่ให้น้อยหน้าเพื่อน เด็กบางคนอาจทดลองฝึกทักษะใหม่ ๆ โดยลืมคิดถึงอันตรายและอุบัติเหตุในการล่น (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2548: 83) เด็กวัยเรียนมีความอยากรู้อยากเห็น และอยากพิสูจน์ ซึ่งเป็นแรงผลักดันทดลองทำสิ่งใหม่ ๆ ทำให้เด็กมีทักษะ ทั้งในการเคลื่อนไหวและการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถทำได้ (วัณเพ็ญ บุญประกอบ, 2545: 15) และมีกิจกรรมอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย และมักประกอบกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งอยู่เสมอ ซึ่งความสามารถ ความสนใจของเด็กจะพัฒนาเปลี่ยนไปตามวัย (สุชา จันทน์เอม, 2536: 51) ดังนั้นการส่งเสริมการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาที่เหมาะสมตามวัย จะช่วยให้พัฒนาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และความสนุกสนาน การรู้จักเข้ากับคนอื่น การเคารพกติกามารยาท การมีน้ำใจนักกีฬา (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 6) และเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น

พัฒนาการด้านสติปัญญา

เด็กวัยเรียนมีการเจริญเติบโตของสมองเป็นไปอย่างรวดเร็ว และโครงสร้างของสมองมีความสมบูรณ์เกือบเต็มที่ เด็กเริ่มจะมีความชัดเจนแล้วว่าตนเองถนัดขวาหรือซ้าย (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2538: 34) และเด็กสามารถมีความคิดซับซ้อนขึ้นกว่าเดิม สามารถคิดอย่างมีเหตุมากขึ้น ซึ่ง Piaget เรียกพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยเรียนนี้ว่าขั้นปฏิบัติการด้วยรูปธรรม (concrete operation period) ซึ่งเด็กวัยเรียนมีความสามารถพัฒนาการทางด้านสติปัญญาเพิ่มมากขึ้น และรวดเร็วทั้งด้านพัฒนาการทางด้านภาษา และการใช้สัญญาลักษณ์ก้าวหน้ามากเริ่มเข้าใจกฎเกณฑ์ต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล และเข้าใจความหมายของบทเรียนทางคณิตศาสตร์ ภาษา และการอ่าน (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2548: 84) ทำให้เด็กสามารถนำหลักการเหตุผลมาประกอบกับเรื่องราว และเหตุการณ์ที่ตนเองประสบ ซึ่งกระบวนการใช้ความคิด (cognitive process) อย่างมี

เหตุผลของเด็กจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยมีความคิดในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนและยากขึ้น (วัณเพ็ญ บุญประกอบ, 2545: 21) ถ้าแก้ปัญหาได้ก็จะมีความภูมิใจ ตลอดจนมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ และมีทักษะที่จะตัดสินใจในการจะปฏิบัติตามและเลือกสิ่งที่ดีกับสุขภาพตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยสามารถดูแลตนเองได้ในเรื่องความสะอาดทั่วไป การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การนอนหลับ และความปลอดภัย (Wong, 2003: 720) จึงควรส่งเสริมให้เด็กแต่ละคนมีพัฒนาการตามศักภาพของตน เด็กบางคนอาจจะมีความสามารถทางเชาว์ปัญญาแตกต่างกัน เพื่อนำมาปรับใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็ก

พัฒนาการด้านอารมณ์

เด็กวัยเรียนมีพื้นฐานลักษณะนิสัยทางอารมณ์มาจากการเลียนแบบ และการเรียนรู้โดยปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เด็กต้องการความรักความอบอุ่น มั่นคงปลอดภัย ความเอาใจใส่จากบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู รวมทั้งครูและเพื่อน (กรรณิกา ลวณะสกล, 2547: 18) ตามทฤษฎีพัฒนาการบุคลิกภาพของ Erikson (cited in Wong, 2003: 700-701) เด็กวัยเรียนอยู่ในขั้นของการพัฒนาการการเกิดความรู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จหรือรู้สึกด้อย เป็นวัยแห่งการเรียนรู้ โดยที่ความสามารถในการเรียนรู้ จะต้องปฏิบัติด้วยตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีความสำเร็จ มีความภาคภูมิใจในตนเอง และเริ่มควบคุมตนเองได้ ซึ่งเป็นช่วงที่มีการพัฒนาด้านอารมณ์ และสติปัญญาเป็นอย่างมาก มีความคิดในการพิจารณาถึงเหตุผลที่จะทำในบางสิ่งบางอย่างหรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่จะต้องแก้ด้วยความคิดและเหตุผล ถ้าแก้ไขได้รู้สึกตนมีความสามารถ มีความสำเร็จ และภาคภูมิใจในตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2543: 11) เด็กวัยนี้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน กลัวสอบไม่ได้ จะถูกทำโทษหรือกลัวเพื่อนจะไม่ชอบ ถ้าเด็กมีความวิตกกังวลมากอาจจะแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน บางคนอาจจะซึม ไม่ตั้งใจเรียน นอนหลับในห้องเรียน บางคนอาจแสดงออกโดยการไม่อยู่นิ่ง มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายหรือแสดงพฤติกรรมที่ทำความแปลกใจให้แก่คนอื่น (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2548: 85) เด็กวัยนี้แม้จะควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น แต่บางครั้งก็ยังเปลี่ยนแปลงมาก เพราะเด็กต้องปรับตัวมากทั้งในการเรียนและการใช้ชีวิตในสังคมที่โรงเรียน ผู้ใหญ่จึงควรจะช่วยเหลือเมื่อเด็กพบปัญหาที่เกินความสามารถของตัว เช่น การบ้านที่ยากเกินไป หิวเกินไป ง่วงนอน อ่อนเพลีย ร้อนจัด ก็ทำให้หงุดหงิดได้ นอกจากนั้น เด็กวัยนี้เป็นวัยสนุกสนานร่าเริง ควรส่งเสริมให้เด็กมีการเล่น ให้สนุกกับงานที่ทำ ไม่ให้เคร่งเครียดกับการเรียนอย่างเดียวตลอดเวลา และยังได้รู้สึกผ่อนคลายไม่เครียด (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2538: 38)

พัฒนาการด้านสังคม

พัฒนาการทางสังคมของเด็กวัยเรียน เกิดขึ้นเนื่องจากเด็กมีการออกสู่สังคมนอกบ้าน เด็กวัยนี้ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความคิดเห็นของเพื่อนมากกว่าความคิดเห็นบิดามารดา หรือผู้ปกครอง (วัณเพ็ญ บุญประกอบ, 2545: 25) และเด็กวัยนี้ใช้เวลาในการเข้ากลุ่มกับเพื่อนเพิ่มขึ้น มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน และมักจะเป็นเพศเดียวกัน มีการตั้งกฎเกณฑ์ของกลุ่มเพื่อสร้างสังคมที่เหมาะสม ตอบสนองความต้องการของกลุ่ม และการยกย่องชมเชยในความสามารถหรือผลสำเร็จ เด็กวัยเรียนมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วม และต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนจึงมีอิทธิพลต่อเด็กวัยนี้อย่างยิ่ง (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534: 68) ถ้าเด็กมีการพัฒนาการทางด้านอารมณ์อย่างสมบูรณ์ เด็กจะสนุกกับการร่วมกิจกรรมกับเพื่อน ซึ่งกลุ่มจะช่วยให้เด็กได้ประเมินตนเองเด็กมีการปรับตัว มีทักษะในการอยู่กับบุคคลอื่น (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2538: 38) มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความเป็นเอกลักษณ์ มีความรู้สึกมีคุณค่าจากการที่กลุ่มยอมรับ มีการแสดงบทบาททางเพศได้ถูกต้อง (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534: 68) นอกจากนี้เด็กวัยเรียนมีความต้องการมีส่วนในกิจกรรมต่าง ๆ เด็กมีความตระหนักถึงความสามารถของตนเองในด้านต่าง ๆ เป็นอย่างดี เด็กวัยเรียนชอบที่จะเล่นเป็นทีม ชอบเล่นการแข่งขัน ซึ่งการที่เด็กได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ นี้ช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ทักษะพื้นฐาน กฎระเบียบข้อบังคับ การทำงานเป็นทีมและระเบียบวินัย นอกจากจะทำให้เด็กรู้สึกสนุกสนานแล้ว เด็กยังได้พัฒนาความเป็นเพื่อน และมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อไป (Wong, 2003: 706) เด็กที่สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อน ๆ ได้ในวัยนี้ จะไม่มีปัญหาในการปรับตัวเวลาเป็นผู้ใหญ่ (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2548: 86) ดังนั้น บิดามารดาควรสนับสนุนแนะนำการเข้าสู่สังคมของบุตร เช่น ช่วยสนับสนุนอุปกรณ์และโอกาสที่มีกิจกรรมด้วยกัน บางครั้งต้องแนะนำให้ยอมรับความแตกต่างของเพื่อนแต่ละคน ขณะเดียวกัน ก็แนะนำให้เด็กเป็นตัวของตัวเอง ไม่ต้องตามเพื่อนไปหมดทุกอย่าง (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2538: 38) และการมีเพื่อนสนิทก็สำคัญในเด็กวัยนี้

พัฒนาการด้านอัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์จัดว่าเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความเป็นปกติสุขทางด้านจิตใจ โดยที่อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อตนเองในระยะเวลาหนึ่ง รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนภาพลักษณ์ของตน และมีอิทธิพลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Zhan, 1992: 798) จึงเป็นสิ่งซึ่งแสดงให้เห็นถึงการประมวลความรู้สึก ทัศนคติ และการรับรู้โดยรวมเกี่ยวกับร่างกาย ความมีคุณค่าในตนเอง และบทบาทของตนเอง (Taft 1985 อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2540) อัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่พัฒนาการการเกิดความรู้สึกว่าตนประสบ

ความสำเร็จ ทำให้เกิดค่านิยมและคุณค่าในตนเอง (Wong, 2003: 708) ซึ่งประกอบด้วย ความมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ภาพลักษณ์ (body image) และบทบาทหน้าที่ (roles) ในเด็กวัยเรียนจะมีการพัฒนาอัตมโนทัศน์โดยผ่านกระบวนการประเมินตนเอง (self-evaluation) โดยเด็กวัยเรียนจะกำหนดอัตมโนทัศน์หรือความเชื่อว่าตนเองเป็นอย่างไร มาจากการตีความพฤติกรรมที่บิดามารดา คำวิพากษ์วิจารณ์ และการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนจะเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับเด็กในการที่จะประเมินตนเอง (วัณเพ็ญ บุญประกอบ, 2545: 14) ในเรื่องของความมีคุณค่าหรือความเป็นบุคคลที่น่าชื่นชม ถ้าได้ตามความคาดหวังเด็กจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) มีความมั่น ใจในตนเอง (self-confidence) ดังนั้น การพัฒนาอัตมโนทัศน์ของเด็กวัยเรียน จึงประกอบด้วยการประเมินตนเอง ซึ่งอาศัยความคิดเห็นจากบุคคลสำคัญในชีวิตเด็กและกลุ่มเพื่อน (กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล, 2531: 243) สิ่งที่เด็กวัยเรียนจะประเมินตนเอง ได้แก่ ภาพลักษณ์ และความสามารถของตนเอง ซึ่งจะต้องให้เป็นไปตามความคาดหวังของตนเองหรือมีความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อเด็ก และเหตุการณ์ที่จะมีผลต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ของเด็กวัยเรียน จึงได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความคิดเห็นจากครูและบิดามารดา รวมทั้งการได้รับการยอมรับจากเพื่อน ซึ่งอัตมโนทัศน์เชิงบวกจะทำให้เด็กมีความภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ความรู้สึกเหล่านี้ก่อให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง และมีความรู้สึกที่เต็มไปด้วยความสุข (Wong, 2003: 709) และสามารถปรับตัวได้ดี (กรมสุขภาพจิต, 2543: 16)

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีอัตราการพัฒนาทางร่างกายช้ากว่าเด็กปฐมวัยและเด็กวัยรุ่น อัตราการเจริญเติบโตของร่างกายและการพัฒนากล้ามเนื้อเป็นไปอย่างช้า ๆ แต่สม่ำเสมอจนถึงอายุ 10 ปี ร่างกายขยายออกด้านส่วนสูงมากกว่าส่วนกว้าง เด็กวัยนี้คล่องแคล่วว่องไวและแข็งแรง การพัฒนาในการใช้มือและขาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เด็กมีพลังงานมากในการเคลื่อนไหว ชอบปีนป่าย ชอบทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว จึงทำให้ขาดความระมัดระวังจากอุบัติเหตุ เด็กวัยเรียนมีความสามารถในการเรียนรู้ ที่จะใช้ภาษาในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อการเรียนรู้ มีทักษะและการอ่านเพิ่มขึ้น มีการแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัวมากขึ้น เด็กมีความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง มีพัฒนาการของอัตมโนทัศน์ ต้องการที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนเองกระทำเพื่อให้เกิดความภูมิใจ การยกย่องนับถือจากกลุ่ม ซึ่งความสำเร็จมีผลต่อบุคลิกภาพของเด็ก ถ้าเด็กประสบแต่ความล้ม เหลวบ่อย ๆ ในการแข่งขัน จะทำให้เด็กเกิดปมด้อย เด็กวัยนี้สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีการปรับตัวได้มากขึ้น เด็กให้ความสำคัญกับสังคมนอกบ้านโดยเฉพาะกลุ่มเพื่อน ซึ่งมีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของเด็กมาก มีความต้องการเป็นอิสระเพิ่มขึ้น ไม่ต้องการความช่วยเหลือมากนัก เริ่มต่อต้านผู้ใหญ่ มีลักษณะเฉพาะตัว มีรสนิยมเฉพาะตัว มักแสดงความทุกข์

ร้อนและเดือดร้อนแทนกลุ่ม ฉะนั้นถ้าเด็กวัยเรียนมีความผิดปกติในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จะส่งผลให้เด็กมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมหรือความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง ขาดโอกาสการเรียนรู้หรือเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน ทำให้ภาพลักษณ์และความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม ดังนั้น เด็กจึงควรได้รับความรักความอบอุ่น ความเอาใจใส่ดูแล การให้คำแนะนำ การสนับสนุนต่าง ๆ จากบิดามารดาที่ต้องให้การอบรมเลี้ยงดู และจัดประสบการณ์การเรียนรู้ตลอดจนประสบการณ์ที่เหมาะสมกับบุตรของตน (Umansky 1987 อ้างถึงใน สฤษฎิ จันทร์หอม, 2536: 3) เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตตามวัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุดใจ สมิทธิการ, 2541: 75) ซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่ดี

ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก

ความหมายของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Obstructlve sleep apnea syndrome) ในเด็ก หมายถึง ภาวะที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบนที่เกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ ในขณะหลับ ซึ่งการอุดกั้นอาจเป็นแบบอุดกั้นทั้งหมดหรือบางส่วน ส่งผลให้เกิดการขัดขวางรูปแบบการหายใจและการนอนหลับที่ปกติ (American academy of pediatrics, 2002: 705) ทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊ซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ผิดปกติ (อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์, 2549: 450) ซึ่งการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเกิดจากต่อมทอนซิลหรืออะดีนอยด์ที่ขัดขวางการไหลเวียนอากาศผ่านเข้าสู่ทางเดินหายใจ โดยไม่มีลมหายใจผ่านเข้าจมูกและปาก แต่ยังมีการเคลื่อนไหวของผนังทรวงอกและหน้าท้อง (respiratory effort) เป็นเวลาอย่างน้อย 4-6 วินาที หรืออย่างน้อย 2 วงจรของการหายใจ (Chan et al., 2004: 1150; Mitchell and Kelly, 2006: 375) โดยประกอบกับมีลักษณะการหยุดหายใจ (apnea) หรือการหายใจน้อย (hypopnea) เป็นเฉลี่ยมากกว่า 1 ครั้งต่อชั่วโมงของการหลับ (American thoracic society, 1996: 873; Guilleminault et al., 1976: 26) มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (oxygen saturation) ที่ต่ำกว่าร้อยละ 92 และมีค่าคาร์บอนไดออกไซด์ (end tidal CO_2) ที่สูงกว่า 53 มิลลิเมตรปรอท (American thoracic society, 1996: 873) ร่วมด้วย

อุบัติการณ์ของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก

อุบัติการณ์ของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเกิดขึ้นได้ทุกอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยรุ่น ซึ่งพบได้บ่อยในเด็กวัยก่อนเรียน เป็นช่วงอายุที่ต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์โต มีผลต่อขนาดทางเดินหายใจที่เปลี่ยนแปลงไป (American academy of pediatrics, 2002: 705) ซึ่งส่วนใหญ่จะพบช่วงอายุ 2-8 ปี (Marcus, 2001: 17; Young et al., 2002: 1231; Greenfeld et al., 2003: 1056) ในต่างประเทศพบได้ร้อยละ 1-3 (Ali et al., 1993: 360; Brunetti et al., 2001: 1933; Young et al., 2002: 231; Sogut et al., 2005: 256; Balbani et al., 2005: 74) และพบในเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงในอัตราส่วนเท่า ๆ กัน (Marcus, 2001: 18; Greenfeld et al., 2003: 1059; Sogut et al., 2005: 253) ส่วนอุบัติการณ์ของการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็กทางภาคใต้ของไทย โดยพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็กวัยเรียนมีประมาณร้อยละ 0.69 (Anuntaseree et al., 2001: 225) และมีรายงานสถิติผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ในคลินิกโรคทางเดินหายใจของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2548 คิดเป็นจำนวนเพิ่มขึ้น 150 คนต่อปี (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2548) และสถิติตรวจการนอนหลับในโรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543-2545 คิดเป็นจำนวนเพิ่มขึ้นประมาณ 100 คนต่อปี (วรกต สุวรรณสถิต, 2546: 121)

สาเหตุภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก

ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการอุดกั้นของต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ที่โต (Guilleminault et al.,1976: 23; Ovchinsky et al., 2002: 818; Balbani et al., 2005: 74) เมื่อเทียบกับขนาดทางเดินหายใจของเด็ก (Gigante, 2005: 201) โครงสร้างของกระดูกรูปหน้าผิดปกติ โรคประสาทกล้ามเนื้อผิดปกติ หรือการประสานงานของกล้ามเนื้อผิดปกติ ทำให้เกิดการตีบแคบทางเดินหายใจส่วนบน (Marcus, 2001: 18) หรือเกิดจากกล้ามเนื้อของคอหอยไม่สามารถต้านแรงดันนลบในทางเดินหายใจขณะหายใจเข้าได้ จึงเกิดแรงต้านในทางเดินหายใจส่วนบนเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้มีการยุบตัวของทางเดินหายใจส่วนบนทำให้เกิดการอุดกั้นการหายใจ (Howard and Wong, 2001: 339; Vuono et al., 2007: 288) ซึ่งจะพบมากในช่วง REM sleep (Lerman, 2006: 111) จึงทำให้เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็กได้ (Kirk et al., 1998: 255)

พยาธิสรีรวิทยา

การอุดกั้นทางเดินหายใจบางส่วนของทางเดินหายใจส่วนบนเป็นเวลานานหรือมีการอุดกั้นชนิดสมบูรณ์ในช่วงระยะสั้น ๆ ในขณะหลับ (อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์, 2546: 367) เนื่องจากต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ที่โตหรือเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างใบหน้า จมูก ช่องคอ และประสาทของกล้ามเนื้อ ซึ่งการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนใหญ่เกิดขณะนอนหลับช่วง REM sleep เนื่องจากกล้ามเนื้อของทางเดินหายใจส่วนบน และกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงเกิดการคลายตัว ผนังคอหอยยุบตัวแคบลงได้ง่าย (Lerman, 2006: 111) ถ้าการคลายตัวของกล้ามเนื้อคอหอยนานขึ้น ทำให้อากาศไหลแรงขึ้น จะทำให้เกิดความดันในทางเดินอากาศส่วนบนเป็นลบมากขึ้น เป็นแรงดูดให้ผนังทางเดินหายใจส่วนบนยุบตัวอุดกั้นจนถึงอุดตัน ทำให้ลมหายใจไม่สามารถผ่านลงไปในปอดได้ (Howard and Wong, 2001: 339; Vuono et al., 2007: 288) เกิดการหายใจน้อยลง (hypopnea) หรืออากาศไม่สามารถผ่านสู่ปอดได้ สังเกตเป็นการหยุดหายใจ (apnea) แต่ยังมีการเคลื่อนไหวของผนังทรวงอก และหน้าท้อง (respiratory effort) ถ้าเป็นมากจะมีลักษณะผนังของทรวงอกและหน้าท้องเคลื่อนเข้าออกสลับกัน (paradoxical respiration) (ชัยรัตน์ นิรันตรัตน์, 2546: 69-70) ในการหยุดหายใจทำให้ร่างกายเริ่มมีระดับออกซิเจนในเลือดลดลงประมาณ 3-10 มม.ปรอท ส่วนระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดจะเพิ่มขึ้นประมาณ 6-8 มม.ปรอท ซึ่งภาวะพร่องออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ที่เพิ่มขึ้น จะกระตุ้นศูนย์ควบคุมการหายใจ โดยทำให้เกิดการสะดุ้งตื่น (arousal) (สรศักดิ์ โลห์จินดารัตน์, 2549: 529) จะเป็นการเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งช่วยให้เปิดทางเดินหายใจอีกครั้ง ทำให้ลมหายใจสามารถผ่านจุดการอุดกั้นไปได้ และอีกระยะเวลาหนึ่งก็จะมีการหยุดหายใจใหม่ และสลับเป็นวงจรแบบนี้ตลอดทั้งคืน (Kirk et al., 1998: 258-260) ซึ่งจะพบอาการดั้งกล่าวในเด็กประมาณ 14 ครั้งต่อชั่วโมงของการนอนหลับในแต่ละคืน (Guilleminault et al., 1996: 878; Marcus, 2001: 17)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

เพศ โดยพบว่าภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็กผู้ชายกับเด็กผู้หญิงมีอัตราส่วนเท่า ๆ กัน (Marcus, 2001: 18; Greenfeld et al., 2003: 1059; Sogut et al., 2005: 253) แต่จากการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีพบว่า เด็กไทยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเป็นเด็กผู้ชาย ร้อยละ 82 (อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์ และธีรเดช คุปตานนท์, 2549: 451) ซึ่งในเพศชายมีการเจริญเติบโตของขนาดในช่องคอ การเปลี่ยนขนาดรูปร่างช่วงวัยรุ่น และลักษณะของโคนลิ้นใหญ่กว่าเพศหญิง หรือได้รับอิทธิพลจากฮอร์โมน ส่งผลที่โครงสร้างบริเวณศีรษะ และลำคอของ

เพศชายมีเนื้อเยื่อบริเวณคอหนาขึ้น จึงทำให้ผู้ชายมีช่องคอแคบกว่าผู้หญิง (Fuentes-Pradera et al., 2004: 252) จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจเพิ่มสูงขึ้น (Marcus, 2001: 17)

อายุ โดยพบว่า มีการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อต่อมน้ำเหลืองมาก ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งอายุประมาณ 12 ปี (Marcus, 2001: 17; Gozal and Kheirandish, 2006: 1058) และในขณะเดียวกัน ก็มีการเจริญเติบโตของขนาดกระดูกในช่องทางเดินหายใจส่วนบน และการเจริญเติบโตของต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ (Guilleminault et al.,1976: 23; Ovchinsky et al., 2002: 818; Balbani et al., 2005: 74) ดังนั้น จะพบภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็กได้มากในช่วงอายุ 2-8 ปี (Marcus, 2001: 17; Young et al., 2002: 1231; Greenfeld et.al., 2003: 1056) ส่งผลทำให้เกิดการขัดขวางทางลมผ่านเข้าสู่ทางเดินหายใจ (Ersu et al., 2004: 19) จึงเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับ

ความอ้วน มีโอกาสในการเกิดภาวะหายใจผิดปกติขณะหลับหรือภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Wing et al., 2003: 1044; O'Brien et al., 2006: 3; Sulit et al., 2005: 662; อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์ และธีรเดช คุปตานนท์, 2549: 450; Verhulst et al., 2007: 206) พบได้ในอัตรา 1 ใน 3 ของการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก (Wing et al., 2003: 1045) ความอ้วนจะทำให้เพิ่มขนาดเส้นรอบคอให้ใหญ่ขึ้น และไขมันที่เพิ่มขึ้นจะกระจายอยู่ตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกายและรอบ ๆ ทางเดินหายใจส่วนบน จึงเกิดน้ำหนักกดทับให้คอหอยแคบลง (O'Brien et al., 2006: 2) หรือในช่วงเวลานอนหงาย และหน้าท้องมีไขมันอยู่มากทำให้การขยายตัวของปอดไม่ดี ทำให้เกิดภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน (hypoxia) ได้ง่าย (สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์, 2543: 109) และส่งผลให้ระดับความรุนแรงการหายใจผิดปกติเพิ่มขึ้น (O'Brien et al., 2006: 3)

กรรมพันธุ์ โดยพบว่า ในครอบครัวที่ไม่อ้วนแต่มีการหยุดหายใจขณะหลับ เนื่องจากความผิดปกติของโครงสร้างใบของหน้า เช่น คางเล็ก คางเลื่อนไปด้านหลัง ลักษณะคอยาว หน้าแบน และโรคทางพันธุกรรม เช่น Prader Willi syndrome, Down syndrome, craniofacial anomalies, mucopolysaccharidose และ neuromuscular disorder (Howard and Wong, 2001: 339; Chan et al., 2004: 1150; Gozal and Kheirandish, 2006: 1060) ซึ่งอิทธิพลทางพันธุกรรมส่งผลทำให้เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ (Palmer et al., 2004: 1316)

ต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์โต โดยพบว่า เด็กจะมีการเจริญเติบโตของต่อมน้ำเหลืองที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอายุ 2-8 ปี ซึ่งส่งผลให้ต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์มีขนาดใหญ่ขึ้นตามไปด้วย จึงทำให้เกิดการอุดกั้นหรือการตีบแคบของทางเดินหายใจส่วนบน (Li et al., 2002: 158; Wing, 2003: 1045) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางกายวิภาคคือ มีการยุบตัวในบริเวณทางเดินหายใจส่วนบนลดลงอย่างมาก จึงทำให้เกิดเสียงการนอนกรน (Corbo et al.,

2004: 1151) และทำให้เกิดระดับความรุนแรงของการหยุดหายใจขณะหลับที่เพิ่มขึ้นได้ (Marcus, 2001: 17; Verhulst et al., 2007: 207)

ควันบุหรี่ โดยพบว่า การสูดควันสูบบุหรี่หรือสารก่อให้เกิดอาการแพ้เป็นเวลานาน ทำให้เกิดการอักเสบของทางเดินหายใจส่วนบน แรงต้านภายในจมูกสูงขึ้น และอาจจะกระตุ้นให้เกิดต่อมน้ำเหลืองโต และเกิดการอุดกั้นในหลอดคอหอยได้ (Spilsbury et al., 2006: 346) ส่งผลทำให้เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจได้ง่าย (Rizzi et al., 2002: 12) ซึ่งพบว่า เด็กที่มีบิดาหรือมารดาสูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นหอบหืด และภาวะอาการหายใจผิดปกติขณะหลับหรือภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้มากกว่าเด็กทั่วไป (Brunetti et al., 2001: 1933; Ersu et al., 2004: 23; Corbo et al., 2004: 1150; Spilsbury et al., 2006: 346)

การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนหรือโรคภูมิแพ้ (Gozal and Kheirandish, 2006: 1060) โดยพบว่า มีส่วนทำให้ขนาดของเนื้อเยื่อทางเดินหายใจส่วนบนเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้

การวินิจฉัยภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก

การวินิจฉัยภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ สามารถประเมินได้จากอาการและอาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ ดังนี้

อาการและการแสดง

1. **อาการและการแสดงขณะหลับ** เด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะพบลักษณะอาการ ได้แก่ กรนเสียงดังมาก กรนเป็นประจำร่วมกับมีอาการหายใจลำบาก หน้าอกหรือชายโครงบุ๋มขณะหายใจเข้า และมีการหยุดหายใจเป็นพัก ๆ เมื่อทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นเต็มที่ หรือบางรายอาจจะนอนกรน นอนกระสับกระส่าย หายใจลำบาก สะดุ้งตื่น หายใจทางปาก (Owens, 1998: 1180) หรืออาจนอนในท่าแปลก ๆ เช่น นอนคว่ำหรือนอนแหงนหน้า และมีอาการเหงื่อออกมากผิดปกติ (Li et al., 2002: 158) เนื่องจากต้องใช้แรงในการหายใจมาก หรือปัสสาวะรดที่นอน (O'Brien et al., 2003: 239; Gozal and Kheirandish, 2006: 1061) มีอาการไอเวลากลางคืน เนื่องจากสำลักน้ำลาย (Kurnatowski, 2006: 421) และในรายที่เด็กมีการหยุดหายใจเป็นเวลานาน อาจดูซีดหรือเขียวเป็นพัก ๆ จนบิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องคอยปลุกหรือกระตุ้นให้ตื่นมาหายใจเพราะกลัวบุตรจะเสียชีวิต (Ersu et al., 2004: 21)

2. **อาการและอาการแสดงขณะตื่น** เด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมักจะมีอาการหายใจปกติในขณะตื่น ถึงแม้ขณะหลับจะมีการหายใจลำบากมากน้อยเพียงใด อาการและอาการแสดงขณะตื่น (American academy of pediatrics, 2002: 705) แบ่งได้ ดังนี้

2.1 อาการและอาการแสดงของโรคที่เป็นสาเหตุหรือเกิดร่วมกับการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้แก่ น้ำมูกไหลเรื้อรัง กลืนลำบาก หูชั้นกลางอักเสบ ต่อมทอนซินอักเสบและไซนัสอักเสบ อาการภูมิแพ้ ภาวะอ้วน รูปหน้าผิดปกติ หรืออาการของกลุ่มโรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุหรือพบร่วมกับภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้บ่อย เช่น Prader Willi syndrome, Down syndrome, craniofacial anomalies, mucopolysaccharidose และ neuromuscular disorder (Howard and Wong, 2001: 339; Chan et al., 2004: 1150)

2.2 อาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้แก่

2.2.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด เด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหัวใจ และเกิดการหนาตัวของกล้ามเนื้อหัวใจทั้งห้องหัวใจด้านขวาและด้านซ้าย และยังพบว่า กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซีกขวาที่เพิ่มหนาขึ้น มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Amin et al., 2002: 1397) และยังพบการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด (Young et al., 2002: 1217) ความดันโลหิตสูง (Guilleminault et al., 1976: 25; Amin et al., 2002: 1397; Kohyama et al., 2003:141) cor pulmonale (Ovchinskey et al, 2002: 815; Chan et al., 2004: 1148; Nixon and Brouillette, 2006: 512) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Spieker and Motzer, 2003: 489; Pack, 2006: 16) และเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Ovchinsky et al., 2002: 815; Marcus, 2001: 20)

2.2.2 ระบบประสาทและพฤติกรรม เด็กมักมีพฤติกรรมซุกซน อยู่ไม่นิ่ง (Melendres et al., 2004: 722; Ersu et al., 2004: 20) ก้าวร้าว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และแยกตัว (Guilleminault et al., 1976: 25; Howard and Wong, 2001: 339; Rosen et al., 2004: 1642) สมาธิ ความตั้งใจ ความจำและการเรียนลดลง (O'brien et al., 2004: 168; Melendres et al., 2004: 769; Blunden et al., 2005: 783; Kurnatowski, 2006: 423) พัฒนาการล่าช้า (Marcus, 2001: 18) อาการง่วงนอนมากในเวลากลางวัน และปวดศีรษะเวลาตื่นนอนตอนเช้า (Guilleminault et al.,1976: 25; Lavie and Pillar, 2001: 95; Chan et al., 2004: 1148)

2.2.3 การเจริญเติบโตของร่างกาย จะพบว่า เด็กมีการเจริญเติบโตช้าหรือโตไม่สมวัย (Guilleminault et al., 1996: 880; Ersu et al., 2004: 19) ซึ่งเกิดจากการสร้างฮอร์โมนการเจริญเติบโต (growth homone) ในขณะหลับที่ลดลง (Nieminen, 2002: 3; Chan

et al., 2004: 1148) การใช้พลังงานมากในการหายใจขณะนอนหลับ หรืออาจมาจากการเบื่ออาหาร และการกลืนลำบาก เนื่องจากเจ็บคอหรือต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ที่โต (Franco et al., 2000: 13; Balbani et al., 2005: 76; Gozal and Kheirandish, 2006: 1061)

การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นมาตรฐานที่ดีที่สุด (gold standard) ในการวินิจฉัยภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับคือ การตรวจการนอนหลับตลอดทั้งคืนด้วยเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (overnight polysomnography) ซึ่งการตรวจ polysomnography จะช่วยในการวางแผนการรักษาตามระดับความรุนแรงของโรค โดยหลักการคือ การตรวจวัดดูความผิดปกติของการหายใจที่เกิดขึ้นในขณะนอนหลับ โดยการดูค่าต่าง ๆ (สมยศ คุณจักร, 2544: 428-429; Gozal and Kheirandish, 2006: 1061) ดังนี้

1.1 วัดลักษณะความลึกหรือระยะของการหลับ (sleep stage) โดยดูจาก electroencephalogram (EEG) electro-occulogram (EOG) และ electromyogram (EMG)

1.2 วัดลักษณะการหายใจโดยใช้ทรวงอกและหน้าท้อง โดยวัดการเคลื่อนไหวของหน้าอก (chest respiratory movement) และการเคลื่อนไหวของหน้าท้อง (abdominal respiratory movement)

1.3 วัดภาวะหยุดหายใจ โดยการวัดปริมาณลมที่ผ่านเข้าออกทางปากและจมูก (oro-nasal air flow)

1.4 วัดภาวะพร่องออกซิเจน โดยตรวจระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (oxygen saturation) และคาร์บอนไดออกไซด์ (end tidal CO_2)

1.5 ตรวจหาความผิดปกติของอัตราการเต้นของหัวใจขณะที่มีภาวะพร่องออกซิเจน โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram: ECG)

1.6 ตรวจดูการเคลื่อนไหวของขา (electromyogram: EMG) เพื่อดูภาวะการสะดุ้งตื่น (arousal) ตลอดเวลาของการนอนหลับ

1.7 เสียงกรน โดยการอัดบันทึกเสียงกรนผู้ป่วยในขณะหลับ ว่ามีเสียงการนอนกรนระดับใด และมีจำนวนครั้งของการหยุดหายใจมากน้อยเพียงใด โดยพบว่า การให้บิดามารดาอัดบันทึกเสียงกรนของผู้ป่วยในขณะหลับที่บ้าน สามารถวินิจฉัยภาวะหยุดหายใจได้ถึงร้อยละ 90 (Balbani et al., 2005: 78)

1.8 การแปลผลการตรวจ polysomnography ควรบันทึกการนอนหลับของเด็กไม่น้อยกว่า 5 ชั่วโมง เวลาที่ผู้ป่วยนอนหลับ (total sleep time: TST) ต่อระยะเวลาที่ผู้ป่วย

นอนทั้งหมด โดยดูจาก electroencephalogram (EEG), electro-occulogram (EOG) และ electromyogram (EMG) หรือ sleep efficiency ควรมากกว่าร้อยละ 85 และ REM sleep ประมาณร้อยละ 15-25 ของเวลาที่นอนหลับ โดยถือว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (American thoracic society 1996: 873; สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์, 2549: 531) เมื่อมีค่าแปลผลดังต่อไปนี้

1. จำนวนการเกิด apnea index มากกว่า 1 ครั้งต่อชั่วโมง
2. จำนวนการเกิด apnea-hypopnea index มากกว่า 5 ครั้งต่อชั่วโมง
3. Oxygen saturation ต่ำกว่าร้อยละ 92
4. ระยะเวลาที่เกิดภาวะ hypoventilation (P_{ET} CO_2 > 50 มม.ปรอท) โดยคิดเทียบกับเวลาที่นอนหลับ (total sleep time: TST) มากกว่าร้อยละ 10
5. P_{ET} CO_2 มากกว่า > 53 มม.ปรอท

การรักษาภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก

การรักษาภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จะต้องตรวจอาการ และอาการแสดงทางคลินิก และการตรวจ polysomnography ซึ่งจะช่วยในการวางแผนการรักษาตามความรุนแรงของโรค แนวทางการรักษาภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, 2542: 86-89; สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์, 2549: 532-533) ได้แก่

เด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีผลการตวจ polysomnography ผิดปกติมากคือ ค่าดัชนีการหยุดหายใจ (apnea index) มากกว่า 3 ครั้งต่อชั่วโมง ค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ (SaO_2<85%) ร่วมกับมีอาการ และอาการแสดงภาวะแทรกซ้อนของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เช่น right side heart failure จาก cor pulmonale จะต้องรีบให้การรักษาโดยด่วน (อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์, 2544: 354) และควรทำการตรวจ polysomnography ซ้ำ เพื่อช่วยประเมินผลการรักษา

เด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีอาการน้อย และผลการตรวจ polysomnography ผิดปกติเล็กน้อยคือ ค่าดัชนีการหยุดหายใจ (apnea index) น้อยกว่า 3 ครั้งต่อชั่วโมง ค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (SaO_2>95%) การรักษาอาจต้องพิจารณาเป็นราย ๆ จากลักษณะทางคลินิก อายุ และการติดตามอาการเด็กเป็นระยะ ๆ และทำการตรวจ polysomnography ซ้ำ ถ้าพบว่ามีอาการรุนแรงมากขึ้น

นอกจากนั้นการตัดสินใจว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือไม่ และรักษาวิธีใด จึงจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ นอกเหนือจากการตรวจ polysomnography ได้แก่ อายุ โรคพื้น

ฐานของผู้ป่วยเด็ก สาเหตุที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน ภาวะแทรกซ้อนของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่พบ ตลอดจนอัตราเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด (อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์, 2544: 354)

การรักษาภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก (อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์ และธีรเดช คุปตานนท์, 2549: 456; Chan et al., 2004: 1152-153) ได้แก่

1. การรักษาโดยการผ่าตัด

1.1 Adenotonsillectomy เป็นวิธีการรักษาหลักของผู้ป่วยเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจจากสาเหตุต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์โต (adenotonsillar hypertrophy) มากกว่าวิธีอื่น โดยพบว่าการผ่าตัดต่อมทอนซิลหรือผ่าตัดทั้งต่อมทอนซิลและต่อมอะดีนอยด์ ผู้ป่วยหายจากการนอนกรนร้อยละ 80 และหายจากการหยุดหายใจขณะหลับหลังผ่าตัดร้อยละ 64 (วีระชัย คีรีกาญจนะรงค์ และคณะ, 2543: 835) แต่แพทย์บางท่านแนะนำว่า ในการผ่าตัดควรจะตัดทั้งต่อมทอนซิลและต่อมอะดีนอยด์ เพราะการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน มักเป็นผลจากการโตขึ้นทั้งสองต่อมนี้ ร่วมกับขนาดของช่องจมูกและช่องคอของเด็ก พบว่าการผ่าตัดทั้งต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ได้ผลดี ร้อยละ 75-100 (Gigante, 2005: 201) และยังพบว่า ถ้าเด็กที่ได้รับผ่าตัดทั้งต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Mitchell and Kelly, 2005: 571)

1.2 Uvulopharyngopalatoplasty เป็นการทำผ่าตัดตกแต่งเพดานอ่อน ลิ้นไก่และคอหอยส่วนเกินออก ทำให้เกิดความกระชับช่วยเปิดทางเดินหายใจให้กว้างขึ้น ซึ่งจะทำในรายที่มีผนังคอหอยหนามากหรือในรายที่มีปัญหาโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงในทางเดินหายใจส่วนบน แต่ยังไม่นิยมทำในเด็ก (อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์, 2544: 355)

1.3 Craniofacial surgery เป็นการผ่าตัดที่เหมาะสำหรับเด็กที่มีความผิดปกติของกะโหลกศีรษะและกระดูกใบหน้า

1.4 Maxillofacial plastic surgery เป็นการผ่าตัดที่เหมาะสำหรับเด็กที่มีความผิดปกติของกระดูกใบหน้า

1.5 Tracheostomy เป็นการเจาะคอเด็กเพื่อช่วยให้อากาศไหลผ่านเข้าปอดได้ดีขึ้น โดยพบว่าหลังจากเจาะคอ 3 เดือน ความดันโลหิตจะอยู่ในช่วงปกติและระบบหายใจขณะหลับเป็นธรรมชาติขึ้น ถ้าใช้หลอดลมคอชนิดลิ้นเปิดในช่วงกลางคืน และชนิดหลอดลมคอชนิดลิ้นปิด (Guilleminault et al., 1976: 28) แต่จัดเป็นทางเลือกสุดท้ายเมื่อใช้วิธีอื่นไม่ได้ผล

2. การรักษาทางยา

การรักษาทางยา จะใช้เมื่อไม่สามารถแก้ไขสาเหตุของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับด้วยการผ่าตัดได้ หรือใช้เพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้แก่

2.2 Antibiotics เพื่อรักษาโรคติดเชื้อที่พบร่วมกับภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เช่น sinusitis, tonsinllitis, pharyngitis

2.3 Intranasal corticosteroid เพื่อรักษา allergic rhinitis และช่วยทำให้ต่อมอะดีนอยด์มีขนาดเล็กลง

2.4 Decongestants ใช้เพื่อลดอาการบวมของเนื้อเยื่อโพรงจมูก ซึ่งอาจเป็นสาเหตุร่วมกับการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

3. การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ

3.1 Continuous postive airway pressure (CPAP) การให้แรงดันบวกของอากาศแก่ทางเดินหายใจผ่านทางหน้ากากครอบจมูก (nasal mask) ในขณะนอนหลับเพื่อช่วยถ่างทางเดินหายใจไม่ให้ยุบตัวขณะนอนหลับ รักษาได้ผลดีในกลุ่มเด็กอ้วน และเด็กที่ยังมีอาการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับหลังผ่าตัดต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ รวมทั้งผู้ป่วยที่มีข้อห้ามไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์โตเพียงเล็กน้อย (อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์ และธีรเดช คุปตานนท์, 2549: 45) และการใช้ชนิดท่อสายยางผ่านทางจมูก (nasal cannula) ได้ผลดีในเด็กที่มีอาการรุนแรงมากอายุน้อยกว่า 2 ปี (Downey, Perkin and Quarrie, 2000: 1611) และส่งผลให้เด็กมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Hsiao and Nixon, 2007: 5)

3.2 Bi-level postive airway pressure (Bi-PAP) ใช้ในรายที่เด็กต้องใช้ความดันของการให้แรงดันบวกของอากาศแก่ทางเดินหายใจ (continuous postive airway pressure: CPAP) ในขนาดที่สูงแล้วทนเครื่องได้ไม่ดี สามารถตั้งความดันได้ทั้งในช่วงที่ผู้ป่วยหายใจเข้าและหายใจออก (ชัยรัตน์ นิรันตรัตน์, 2546: 77)

3.3 Nasopharyngeal airway ใช้ในรายที่เด็กต้องการแก้ไขภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนชั่วคราว

3.4 Oral appliance เป็นการใช้อุปกรณ์ช่วยขยายเนื้อที่ในช่องปากให้กว้างขึ้น

3.5 Supplemental oxygen เป็นการให้ออกซิเจนขณะนอนหลับจะช่วยลดจำนวนครั้งของการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับ และทำให้นอนหลับดีขึ้น

การพยากรณ์โรค

ธรรมชาติและการพยากรณ์โรคระยะยาวของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็กยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีการศึกษาที่พบว่ามีการเกิดเป็นซ้ำของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็กวัยรุ่น ซึ่งเคยประสบความสำเร็จที่ดีในการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ในช่วงวัยเด็ก แนะนำว่า เด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคในวัยผู้ใหญ่ ถ้ายังประสบกับปัจจัยเสี่ยง เช่น ความอ้วน หรือดื่มแอลกอฮอร์ (Marcus and Loughlin, 1996: 28)

ผลกระทบของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับต่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและครอบครัว

ผลกระทบของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับต่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การต้องพบแพทย์เป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามผลการรักษา หรือจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ย่อมส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในเด็กวัยเรียนเป็นอย่างมาก ทั้งพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ดังนี้

1. ด้านการพัฒนาการทางด้านร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตล่าช้าหรือโตไม่สมวัย เป็นผลมาจากการเผาผลาญแคลอรี่มากเกินไป (hypercatabolic state) ในขณะนอนหลับตอนกลางคืน และได้รับแคลอรี่ไม่เพียงพอในตอนกลางวัน และจากการหลับไม่สนิท ทำให้การหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต (growth homone) ที่ลดลง (Howard and Wong, 2001: 339; Nieminen et al. 2002: 3) หรืออาจเกิดจากการเบื่ออาหารหรือกลืนลำบาก เนื่องจากต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ที่โต และภาวะแทรกซ้อนจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (systemic hypertension) จากสาเหตุการหยุดหายใจขณะหลับ จะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมย์พาธิติกให้ทำงานมากขึ้น เนื่องจากการขาดออกซิเจน มีการสะดุ้งตื่น (arousal) และการมีสาร endothelin เพิ่มสูงขึ้น และเมื่อร่างกายเกิดภาวะเครียด (Caples et al., 2005: 192) ทำให้มีการหลั่งสาร catechocolamine เพิ่มขึ้น และในระหว่างการหยุดหายใจขณะหลับ ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว จึงส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ชัยรัตน์ นิรันตรัตน์, 2546: 71; Gigante, 2005: 201) หรือหัวใจห้องล่างซีกขวาโต (right ventricle hyperthophy) ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงภาวะร่างกายพร่องออกซิเจนรุนแรง (severe hypoxia) เป็นระยะเวลานาน (Amin et al., 2002: 1397) ทำให้หลอดเลือดในปอดหดตัว ส่งผลให้ความดันในปอดสูง (pulmonary hypertension) ถ้าความดันในปอดสูงนาน ๆ

หัวใจห้องล่างซีกข้างขวาทำงานมาก อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวชนิด cor pulmonal หรือ right side heart failure (Spieker and Motzer, 2003: 489; Pack, 2006: 16) และเสียชีวิตได้ (Gigante, 2005: 201) และหัวใจเต้นช้าหรือผิดจังหวะ (arrhythemia) ซึ่งเกิดจากร่างกายมีออกซิเจนต่ำและมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้เกิดภาวะเป็นกรด (Lerman, 2006: 111) ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิต โดยที่ไม่ทราบสาเหตุในเด็กทารก (Kahn et al., 1988: 723) หรือเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Ovchinsky et al., 2002: 815) ในการที่เด็กต้องเผชิญกับปัญหาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง (American thoracic society, 1996: 867) และอาจถูกจำกัดกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย ทำให้เด็กขาดโอกาสในเรื่องต่าง ๆ เมื่อเทียบกับเด็กอื่น ๆ ทำให้รู้สึกตัวเองขาดความสามารถที่จะทำอะไรได้เช่นเดียวกับเพื่อนกลุ่มเดียวกัน ซึ่งเด็กกำลังอยู่ในช่วงวัยท้าทายความสามารถ ต้องการเพื่อนเล่นเป็นกลุ่ม ชอบแข่งขัน ชอบออกกำลังกาย และแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ ต้องการให้ผู้อื่นสนใจ ชอบคนยกย่องชมเชย รวมทั้งการยอมรับจากครูและเพื่อน (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 4) ที่มีผลต่อการพัฒนาการด้านการเรียนรู้ และสติปัญญา ทำให้เด็กมีความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง (วัณเพ็ญ บุญประกอบ, 2545: 16) และภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเองในการพัฒนาทางด้านร่างกายและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นหรือเพื่อน

2. ด้านการพัฒนาทางสติปัญญาและภาษา การพัฒนาด้านสติปัญญาและภาษาขึ้นอยู่กับการเจริญเติบโตของสมองและโอกาสการเรียนรู้ การที่เด็กเจ็บป่วยเป็นภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะมีการกระดุ้งตื่นบ่อย ๆ หลังการหยุดหายใจแต่ละครั้ง ทำให้นอนหลับไม่สนิทและไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพในการนอนลดลง (American thoracic society, 1996: 866) สมองขาดออกซิเจน ทำให้พัฒนาการในความสนใจ ความจำ การเรียนและสมาธิลดลง (O'brien et al., 2004: 168; Melendres et al., 2004: 769; Blunden et al., 2005: 783) ทำให้การพัฒนาการด้านสติปัญญาดีไม่เท่ากับเด็กปกติ ซึ่งอยู่ในช่วงมีการพัฒนาด้านสติปัญญาที่เพิ่มมากขึ้นและรวดเร็ว ความรู้สึกว่าตนมีความสามารถ มีความสำเร็จ และความภาคภูมิใจในตนเอง เมื่อเด็กรู้สึกล้มเหลวจะมีผลต่อภาพลักษณ์ตนเอง และการปรับตัวที่ไม่ดี (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 7) เมื่อเด็กขาดความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือเล่นกับเพื่อน ๆ ทำให้เด็กขาดโอกาสด้านการเรียนรู้และภาษาต้องหยุดชะงักหรือช้าลง

3. ด้านการพัฒนาการทางอารมณ์ สังคม และบุคลิกภาพ การที่เด็กเจ็บป่วยด้วยภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จะพบว่า เด็กมีปัญหาทางพฤติกรรมคือ การก้าวร้าว อารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิด โมโหร้าย ซุกซนหรืออยู่ไม่นิ่ง (Ali et al., 1993: 76; Ersu et al., 2004: 20; Melendres et al., 2004: 722) ซึมเศร้าและแยกตัว (Guilleminault et al., 1976: 25; Howard

and Wong, 2001: 339) เกิดผลกระทบต่อการพัฒนาการด้านอารมณ์และอื่น ๆ และขัดขวางพัฒนาการด้านสังคมและบุคลิภาพ หรือประกอบกับการที่เด็กมีระดับความรุนแรงของโรคที่มากขึ้นและพัฒนาการสติปัญญาที่ลดลง อาจทำอะไรได้ไม่ทัดเทียมกับเพื่อน ๆ ทำให้รู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจ หรือการมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจจะถูกการปฏิเสธจากเพื่อนในการเข้าร่วมกลุ่ม (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534: 203) ส่งผลให้การพัฒนาการการอยู่ร่วมกับสังคมที่ไม่ดี ขาดความคิดที่สร้างสรรค์ ความสามารถใช้เหตุผลแยกแยะ และการปรับตัวที่เหมาะสม (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 7) ยิ่งส่งผลต่อความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ (Gozal and Kheirandish, 2006: 1061) และการปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยากขึ้น ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ ซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านอารมณ์ สังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนหรือบุคคลรอบข้าง

สรุป ผลกระทบของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ทำให้เด็กวัยเรียนมีการเจริญเติบโตช้า มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจถูกจำกัดกิจกรรมการเล่นหรือออกกำลังกาย รวมทั้งผลกระทบจากภาวะขาดออกซิเจนของสมอง ทำให้พัฒนาการทางด้านสติปัญญาและพฤติกรรมที่พกพร่อง ขาดโอกาสในการเรียนรู้หรือเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนหรือบุคคลรอบข้าง รวมถึงความด้อยค่าในการเรียนและภาพลักษณ์ในตนเอง ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการเข้าสังคม เป็นปมด้อย ส่งผลต่อการพัฒนาการทางด้านอารมณ์ สังคมและบุคลิกภาพ ทำให้การปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก และต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ การอยู่กับโรคโดยไม่มีอุปสรรคดำเนินชีวิต และส่งเสริมการพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ให้เหมาะสมตามวัย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลกระทบจากภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับของบุตรต่อบิดามารดา

การดูแลรักษาเด็กภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคที่กำเริบ ส่วนมากจะเป็นการให้ยาลดการอักเสบ ยาแก้แพ้อากาศ ยาพ่นลดการอักเสบหรืออาการแพ้ทางจมูก การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการผ่าตัดหรือการรักษาตามอาการภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนานและต้องพบแพทย์เป็นระยะ ๆ เป็นภาระหน้าที่ที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบ ทำให้เกิดความเครียดเหนื่อยล้า กระทบต่อภาวะเศรษฐกิจที่ต้องเสียค่าใช้จำนวนมาก หากครอบครัวมีความเข้มแข็งดีสามารถปรับตัวให้มีภาวะที่สมดุลก็ไม่เกิดปัญหา แต่มีครอบครัวจำนวนมากที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตครอบครัว (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534: 211)

การเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรก่อให้เกิดความเครียดกับมารดามากที่สุด (Mc Cubbin et al. 1980 อ้างถึงใน บุษกร อินทรวิชัย, 2539: 50) ซึ่งผู้ที่ให้การดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจะเป็นมารดาเป็นส่วนใหญ่ (อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ, 2543: 71) และนอกจากหน้าที่ดูแลเด็กป่วยแล้วยังต้องทำหน้าที่ดูแลเลี้ยงดูบุตรคนอื่น ๆ หรือบางคนยังต้องทำหน้าที่ดูแลบิดามารดาที่อยู่ในวัยสูงอายุอีกด้วย จึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อบิดามารดาและครอบครัวมีดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ในกรณีที่เด็กเจ็บป่วยในระดับรุนแรงมาก มีความพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ การช่วยเหลือหรือดูแลตนเองจะกระทำได้น้อยลง ต้องอยู่ในความดูแลของผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ และมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยได้ (Orem, 1985: 155) หรือต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือสมาชิกในครอบครัวที่ต้องให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิภาพของเด็ก (สุดใจ สมิทธิการ, 2541: 75) โดยบิดามารดาที่มีบุตรเป็นภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ต้องดูแลอาการบุตรในขณะหลับตลอดเวลา กลัวว่าบุตรจะหยุดหายใจและเสียชีวิต (Ersu et al., 2004: 21) ทำให้บิดามารดาต้องนั่งเฝ้าระวังสังเกตอาการการหายใจข้างเตียงบุตรตลอดทั้งคืน และเพื่อคอยกระตุ้นให้หายใจ (Marcus and Loughlin, 1996: 26) ทำให้บิดามารดาพักผ่อนได้น้อย นอนไม่หลับ อีกทั้งดูแลจัดท่านอนและพ่นยาให้บุตร ทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ มีผลต่อสภาพร่างกายหรือความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย (ศิวภรณ์ โกศล, 2538: 70) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเกิดการเจ็บป่วยได้

2. ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจ เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงของโรคหรืออาการแทรกซ้อนของโรคกำเริบมากขึ้น เช่น มีพฤติกรรมโมโห ก้าวร้าว สมาธิสั้น ซุกซน อยู่ไม่นิ่ง และแยกตัว (Guilleminault et al., 1976: 25; Ali et al., 1993: 363; Rosen et al., 2004: 1642) และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เด็กอาจมีขีดจำกัดหรือถูกจำกัดกิจกรรม บิดามารดามีความรู้สึกกังวลเพราะกลัวจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของเด็ก (Mansour et al., 2000: 515) ประกอบกับอาการหยุดหายใจของบุตร (Gozal and Kheirandish, 2006: 1060) ซึ่งเกิดขึ้นในขณะนอนหลับคืนละหลาย ๆ ครั้ง ยิ่งส่งผลทำให้บิดามารดาเกิดภาวะเครียดและวิตกกังวล และยังพบว่ามารดาส่วนใหญ่กลัวว่าเด็กจะมีอาการรุนแรงมากกว่าเดิม เกรงว่าเด็กจะเจ็บปวดจากการรักษา ไม่เข้าใจเหตุผล และวิธีการรักษา (เบญจวรรณ แก้วเวชวงศ์, 2526: 71) และจากไม่เคยมีประสบการณ์หรือความรู้เกี่ยวกับโรคมาก่อน และการต้องใช้ทักษะเฉพาะในการดูแลบุตร เช่น การพ่นยาทางจมูกก็อาจทำให้บิดามารดาไม่มั่นใจว่าตนเองจะให้ยาพ่นทางจมูกแก่บุตรได้ถูกต้องหรือถูกวิธี ยิ่งอาจจะส่งผลก่อให้เกิดภาวะเครียดและวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลกระทบต่อสภาพการเงินและเศรษฐกิจในครอบครัว (Ferrans, 1990: 16; Miller 1970 cited in Zhan

1992: 799) เพราะต้องใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก ไม่ว่าจะเป็นค่ายา ค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่จำเป็น ค่าเดินทางหรือค่าที่พักอาศัย และค่าอาหารเพิ่มขึ้น (สุธิศา อารยพิทยา, 2533: 88) ซึ่งยังส่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของบุตรที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง กล่าวคือ รายได้เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล (สุดใจ สมิทธิการ, 2541: 74) สำหรับบางครอบครัวอาจมีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายก็จะเพิ่มความวิตกกังวลกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย (คนึงนิตย์ พงษ์สิทธิถาวร และพิสมัย อุบลศรี, 2544: 133)

4. ผลกระทบด้านสังคม การที่บุตรต้องดูแลรักษาบุตรอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ มารดาที่ต้องดูแลเด็กป่วยอย่างใกล้ชิดอาจทำให้มารดาขาดการติดต่อกับผู้อื่นเนื่องจากต้องแยกตัวเองออกจากสังคม ทำให้มารดาขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารหรือการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจขณะที่มารดาเกิดภาวะเครียด (Wasilewski 1988 อ้างถึงใน นัทธมนต์ สายสอน, 2544: 22) และผลของความเจ็บป่วยของเด็ก ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของบิดามารดาลดลงได้ โดยบางคนก็ให้เหตุผลว่า ต้องอยู่ดูแลเด็กป่วย หรือเกรงว่าเด็กจะมีอาการไม่ดีถ้าหากทิ้งเด็กไว้เพียงลำพัง และบางครอบครัว ญาติ พี่น้อง จะเป็นแหล่งให้การสนับสนุนให้การประคับประคองที่ดี อาจช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายได้บ้าง (รุ้งทิพย์ วีระกุล, 2539: 77) แต่บางครอบครัว อาจไม่มีเวลาไปมาหาสู่กัน ซึ่งอาจมีผลทำให้สัมพันธภาพที่เคยมีต่อกันต้องห่างเหินกันออกไปทุกที ทำให้ต้องสูญเสียโอกาสในการสร้างประสบการณ์ที่ดี

5. ผลกระทบด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบิดามารดาเป็นแบบอย่างที่ดีในการพูด การประพฤติปฏิบัติที่ดี เป็นบุคคลที่น่ายกย่อง เพื่อชักนำให้บุตรเกิดการประพฤติปฏิบัติตาม (กรมสุขภาพจิต, 2543: 16) และครอบครัวยังเป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่บุตร (เบญจลักษณ์ ศรีเกิดพงษ์, 2547: 81) ในการตอบสนองความต้องการของเด็ก ทำให้เด็กได้รับความรัก ความอบอุ่น และการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมตามแผนการรักษา ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง มีการเจริญเติบโตตามวัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุดใจ สมิทธิการ, 2541: 75) เมื่อมารดาต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ไม่ได้รับการพักผ่อนหย่อนใจ และการที่มารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน หรือทำงานพิเศษเพื่อหารายได้ จึงทำให้มีเวลาคุยกันน้อยมาก (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534: 211) เด็กที่ถูกบิดามารดาทอดทิ้งหรือบิดามารดาไปทำงานทั้งวัน หรือบิดามารดาเอาใจใส่มากเกินไปก็กลายเป็นเด็กที่ก้าวร้าวได้ และความสัมพันธ์ระหว่างบุตรคนโตและคนเล็กที่ไม่ดี (สุชา จันทน์เอม, 2536: 64) ส่งผลทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวกระทบกระเทือนไปด้วย โดยความเครียดของชีวิตคู่ พบว่า มีการหย่าร้างและฆ่าตัวตายมากในครอบครัวที่มีคนป่วยที่รักษา

ไม่หายขาดมากกว่าการเจ็บป่วยอื่น (Lawson 1977 อ้างถึงใน สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534: 211) อาจเกิดจากสามีหรือภรรยาตำหนิฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร หรือมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่แปลกหรือแตกต่างกัน ซึ่งทำให้เกิดข้อขัดแย้งได้ และขาดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

6. ผลกระทบด้านบทบาทหน้าที่ เนื่องจากที่ผ่านมาสังคมมักกำหนดบทบาทหน้าที่ของฝ่ายหญิงและชายในครอบครัวแยกจากกัน คือ บิดาจะเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่ในการหารายได้ รับผิดชอบในการตัดสินใจต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว ให้การปกป้องคุ้มครองชีวิตในครอบครัว ส่วนมารดามีหน้าที่ในการดูแลงานบ้านและเลี้ยงดูบุตร (Murphy 1979 อ้างถึงใน นัทธมนต์ สายสอน, 2544: 22) ดังนั้น เมื่อมีการเจ็บป่วยของบุตรจะส่งผลกระทบต่อมารดามากกว่าบิดา (McCubbin et al. 1980 อ้างถึงใน บุษกร อินทรวิชัย, 2539: 50) เพราะต้องดูแลเอาใจใส่บุตรที่ป่วยทำให้ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่อื่น ๆ ในครอบครัวได้ตามปกติ เมื่อบุตรที่มีอาการที่รุนแรงหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาต้องมาดูแลบุตร และขณะเดียวกันก็ต้องตอบสนองทางด้านร่างกายและอารมณ์แก่บุตรคนอื่น ๆ ด้วย (พัชรินทร์ เวียงแก้ว, 2540: 46) ทำให้เวลาในการดูแลเอาใจใส่สมาชิกคนอื่นในครอบครัวน้อยลง (คนึงนิตย์ พงษ์สิทธิถาวร และพิสมัย อุบลศรี, 2544: 133) ไม่สามารถทำงานบ้านได้ตามปกติ บางครั้งมารดาอาจเกิดความเครียดและทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาท ส่งผลต่อสภาพจิตใจของมารดาและส่งผลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งบิดาหรือสามีจะต้องมีการปรับบทบาทมาทำงานแทนมารดาหรือภรรยาเพื่อการแบ่งเบาภาระงานบ้าน เพื่อให้มารดาได้มีโอกาสในการดูแลบุตรที่ป่วยมากขึ้น (รุ้งทิพย์ วีระกุล, 2539: 76) บางครอบครัวอาจจะเกิดความยุ่งเหยิง ก้าวก่ายหน้าที่กันมากเกินไป หรือบางครอบครัวชอบสร้างกฎเกณฑ์ที่เคร่งครัด จนสร้างความเครียดขึ้นในบ้านหรือไม่ยอมเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เคยทำ ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะสมดุลของครอบครัวต่อไป

7. ด้านพี่น้องของเด็กป่วย เมื่อมีเด็กเจ็บป่วยในครอบครัว จะมีผลกระทบต่อพี่น้องของเด็กป่วยที่มีสุขภาพดี โดยเฉพาะสัมพันธภาพของพี่น้องของเด็กป่วยกับมารดา อาจทำให้มารดาดูแลเอาใจใส่เด็กป่วยมากกว่าปกติ พี่น้องของเด็กป่วยไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลเท่าที่ควร มีเวลาพูดคุยกันน้อย ทำให้พี่น้องของเด็กป่วยเข้าใจผิดคิดว่ามารดารักตนน้อยลง หรือในช่วงที่พี่น้องถูกทอดทิ้งอยู่บ้าน หรืออยู่กับคนอื่นที่บิดามารดาได้ฝากเขาไว้ พี่น้องจะมีประสบการณ์ของความรู้สึกเครียด เหงา กลัว และกังวลใจ ในขณะเดียวกันเขาจะมีความรู้สึกโกรธ คับแค้นใจ อิจฉาพี่น้องที่ป่วย และรู้สึกผิด (นงลักษณ์ จินตนาดิลก, 2550: 209) และในขณะเดียวกันพี่น้องกลัวเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เพราะบิดามารดาทุ่มเทความสนใจและเวลาให้แก่บุตรที่เจ็บป่วย (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534: 211) โดยพบว่า กลุ่มบิดามารดาจะมีการติดต่อใกล้ชิดกับเด็กคนอื่น ๆ ลดลง เนื่องจากเห็นว่า เด็กที่เจ็บป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลมากกว่า สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อ

สัมพันธภาพระหว่างมารดาและเด็กคนอื่น ๆ ในครอบครัวเลวลง (Lansky 1978 อ้างถึงใน นัทธมนต์ สายสอน, 2544: 22)

ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่เกิดขึ้นในเด็กมีผลกระทบต่อทั้งตนเองและครอบครัวในด้านต่าง ๆ ในการดูแลเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จึงต้องอาศัยความอดทนและความมีเหตุผลอย่างมาก เพราะการมีภาวะตึงเครียดในอารมณ์ของบิดามารดาสามารถส่งผลต่อการรับรู้ของเด็กได้ ซึ่งมีผลต่อภาวะจิตใจของเด็กให้เพิ่มมากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลควรตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้ เพื่อการป้องกันและแก้ไขที่ถูกต้อง ซึ่งการดูแลรักษาพยาบาลที่ให้ผลดีต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจระหว่างครอบครัวกับแพทย์และพยาบาล โดยควรอธิบายให้ครอบครัวและเด็กเข้าใจถึงความเป็นมาของโรค การรักษา วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แนะนำการสังเกตอาการรุนแรงที่เพิ่มขึ้น การหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้หรือเป็นสาเหตุกระตุ้นให้มีอาการรุนแรงขึ้น และเน้นการดูแลเด็กให้มีสุขภาพดีตามระยะพัฒนาการ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา (กรมสุขภาพจิต, 2543: 8) เพื่อให้เด็กป่วยและครอบครัวเกิดการยอมรับ สามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ควรมีความเข้าใจโรค ตัวเด็กและครอบครัวเพื่อดูดำเนินการโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค เพื่อประเมินติดตามภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบต่อตัวเด็กได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างเหมาะสม เพื่อการมีคุณภาพคุณภาพชีวิตที่ดี และเติบโตขึ้นอย่างมีคุณค่าของสังคม

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Zhan (1992) ที่ได้กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำงานของร่างกาย และสังคมและเศรษฐกิจ ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และรายงานวิจัยต่าง ๆ ที่ครอบคลุมคุณภาพชีวิตทั้ง 4 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) โดยคำนึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อามณ์ และสังคม เพื่อการตอบสนองต่อความต้องการและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

1.1 การรับประทานอาหาร ซึ่งผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีการเจริญเติบโตช้า เป็นผลมาจากการใช้พลังงานเผาผลาญมาก (hypercatabolic state) ขณะนอนหลับในตอนกลางคืน และได้รับแคลอรี่ไม่เพียงพอในตอนกลางวัน ซึ่งการใช้พลังงานเผาผลาญมาก (hypercatabolic state) เกิดจากการที่เด็กต้องออกแรงในการหายใจเพิ่มขึ้น จึงควรส่งเสริมให้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อในแต่ละวัน (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 5) และเป็นอาหารที่มีคุณค่าแคลอรี่สูง เช่น อาหารจำพวกโปรตีนสูง เนื้อสัตว์ นม ไข่ เพื่อส่งเสริมการเพิ่มพลังงานและแคลอรี่จะช่วยให้เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัย (สุชา จันทน์เอม, 2536: 47) และมีการพัฒนาด้านการเรียนรู้และสติปัญญา

1.2 การรับประทานยา ซึ่งผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอาจพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (systemic hypertension) จากสาเหตุการหยุดหายใจขณะหลับ ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตโดยที่ไม่ทราบสาเหตุ (sudden infant death syndrome) หรือการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Ovchinsky et al., 2002: 815) ควรส่งเสริมในการดูแลการลดระดับความรุนแรงของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยให้รับประทานยาลดการอักเสบหรือยาปฏิชีวนะ และพ่นยาจมูก เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อหรือการอักเสบของเยื่อบุทางเดินหายใจ (อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์, 2544: 355) หลีกเลี่ยงควันบุหรี่หรือสารพิษที่กระตุ้นให้เกิดภูมิแพ้หรือการระคายเคืองทางเดินหายใจ (American academy of pediatrics, 2002: 707) และสังเกตความผิดปกติหรือระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่เพิ่มขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลประเมินผลในการรักษา และควรพบแพทย์ตามนัด หรือเมื่อมีอาการรุนแรงของโรคมากขึ้น เพื่อติดตามและประเมินผลการรักษาเป็นระยะ (สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์, 2549: 532-533)

1.3 การนอนหลับพักผ่อน เนื่องจากผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มักจะมีการง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน ซึ่งเกิดจากการนอนหลับไม่ต่อเนื่องหรืออ่อนเพลียจากภาวะขาดออกซิเจนในตอนกลางคืน และการหยุดหายใจหรือการสะดุ้งตื่น (arousal) ของร่างกายที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ ทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง และคุณภาพการนอนหลับลดลง (American thoracic society, 1996: 866) จึงควรส่งเสริมดูแลเด็กให้ได้รับการนอนหลับพักผ่อนวันละ 8-10 ชั่วโมง (พัชรินทร์ เวียงแก้ว, 2540: 84) โดยการจัดสภาพแวดล้อมในห้องนอนให้มีบรรยากาศน่านอน และนอนหลับได้ดี เพื่อช่วยลดสิ่งกระตุ้นในขณะนอนหลับ (Carno et al., 2003: 281) การจัดท่านอนเด็กไม่ค่อยมีผลมากนักในขณะหลับ แต่ควรหลีกเลี่ยงการนอนคว่ำ เพราะจะส่งผลต่อการเพิ่มระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมากขึ้น

(Young et al., 2002: 1231) แต่ท่านอนที่เหมาะสม ควรจัดนอนแหงนคอขึ้น (Kirk et al., 1998: 258-260) หรือนอนตะแคง ทำให้ทางเดินหายใจโล่งขึ้น (สรศักดิ์ โลห์จินดารัตน์, 2549: 529) เพื่อช่วยลดการสะดุ้งตื่น (arousal) และการหลับไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ร่างกายในส่วนของกล้ามเนื้อได้มีการผ่อนคลาย และลดการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ส่วนสมองก็จะทำงานถ่ายทอดข้อมูล และมีการหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต (พัชรินทร์ เวียงแก้ว, 2540: 84) และยังพบว่า การนอนศีรษะสูงยังช่วยให้ความดันโลหิตสูง และอัตราการเต้นหัวใจลดลง (Guilleminault et al., 2004: 80) และการนอนหลับอย่างต่อเนื่องยังส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี (Schultz and Videbeck, 2002: 265) และเมื่อเด็กได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอแล้ว จะทำให้ร่างกายมีการเจริญเติบโต และสุขภาพจิตที่ดี พร้อมที่จะเรียนรู้และทำกิจกรรมต่าง ๆ ต่อไป

1.4 การออกกำลังกาย เนื่องจากผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ จะมีการเจริญเติบโตไม่สมวัยและการใช้แคลอรี่มาก จึงควรส่งเสริมการเล่นหรือออกกำลังกายที่เหมาะสมไม่ใช้แคลอรี่มากจนเกินไป เพื่อช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตและแข็งแรงของร่างกาย ทำให้สามารถควบคุมการใช้กล้ามเนื้อและการทรงตัวได้ดี (สุชา จันทน์เอม, 2536: 47) การเล่นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเด็ก ซึ่งเด็กจะแสดงความคิด ความรู้สึกที่ไม่สามารถบรรยายออกมาเป็นคำพูดได้ การเล่นจะส่งเสริมให้เด็กพัฒนาด้านร่างกาย การสื่อสาร อารมณ์ ความต้องการ ความปรารถนา การเรียนรู้ ความคิดสร้างสรรค์ ความเข้าใจ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง บุคลิกภาพ สังคม และจริยธรรม (ปัทมา เดชะปัญญา, 2549: 286) ส่วนในรายที่เด็กมีภาวะอ้วนร่วมด้วยควรรับประทานอาหารลดลงและทำร่วมกับการออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายสม่ำเสมอในเด็กอ้วนควรออกกำลังกายหรือลดน้ำหนัก เมื่อน้ำหนักลดลง (American academy of pediatrics, 2002: 707) ช่วยให้ทางเดินหายใจช่วงบนกว้างขึ้น ไขมันที่อยู่รอบ ๆ คอหอยลดลง อากาศผ่านได้สะดวกขึ้น ร่างกายไม่ต้องใช้แรงการหายใจมากเกินไป (ชัยรัตน์ นิรันตรัตน์, 2546: 76) และยังช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นและช่วยการควบคุมน้ำหนักได้ดี การออกกำลังกายยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงการมีความผาสุกและความรู้สึกคุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้น (Schneider and Brill, 2005: 160) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น กระปรี้กระเปร่า หัวใจทำงานสูบฉีดได้ดีขึ้น ปอดทำงานได้ดีขึ้นและมีการหายใจดีขึ้น (ไพบูรณ์ พานิชยการ, 2536: 114) ซึ่งการลดน้ำหนักจะเกิดผลดีกับสุขภาพคือ ลดการเกิดโรคเรื้อรัง และยังส่งผลดีต่อภาพลักษณ์และความมั่นใจในตนเองอีกด้วย (อรุณรัศมี บุนนาค, 2550: 499-500) จึงควรจัดสถานที่ที่ปลอดภัย และเหมาะสม เพื่อให้เด็กได้วิ่งเล่น ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 6)

1.5 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเหมือนกับเด็กทั่ว ๆ ไป จึงควรสนับสนุน

ให้ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทั้งส่วนตัวและการเรียน ควรดูแลทำความสะอาดปากและฟัน โดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าเย็นหรือก่อนนอน ซึ่งช่วยให้ลดการอักเสบหรือการติดเชื้อในช่องปาก และยังส่งผลกระตุ้นให้เด็กรู้สึกอยากรับประทานอาหารมากขึ้น (Balbani et al., 2001: 79) ควรอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละครั้ง สระผมวันเว้นวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และดูแลการขับถ่ายให้ปกติ (สำนักงานคณะกรรมการการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ 2536 อ้างถึงใน สุดใจ สมิทธิการ, 2541: 28-38)

2. ด้านอารมณ์จิตใจ

เด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จะพบว่าเด็กมีปัญหาทางพฤติกรรม ได้แก่ การก้าวร้าว อารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิด โมโหร้าย ซุกซนหรืออยู่ไม่นิ่ง (Ali et al., 1993: 76; Ersu et al., 2004: 20) เกิดผลกระทบต่อการพัฒนาการด้านอารมณ์และอื่น ๆ และขัดขวางพัฒนาการด้านสังคมและบุคลิภาพ หรือประกอบกับการที่เด็กมีระดับความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น และพัฒนาการสติปัญญาที่ลดลง อาจทำอะไรได้ไม่ทัดเทียมกับเพื่อน ๆ ทำให้ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจหรือการมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจจะถูกการปฏิเสธจากเพื่อนในการเข้าร่วมกลุ่ม (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534: 203) ส่งผลให้การพัฒนาการในการอยู่ร่วมกับสังคมที่ไม่ดี ขาดความคิดที่สร้างสรรค์ ความสามารถใช้เหตุผลแยกแยะ และการปรับตัวที่เหมาะสม (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 7) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ (Gozal and Kheirandish, 2006: 1061) การปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก (วิภารัตน์ แสงสุวรรณ, 2541: 21) และต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านอารมณ์ สังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนหรือบุคคลรอบข้าง จึงควรส่งเสริมให้เด็กมองตนเองในทางที่ดีเห็นข้อดีในความสามารถ สิ่งที่น่าภาคภูมิใจในตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2543: 17) ด้วยการส่งเสริมความสามารถหรือศักยภาพในตนเองมาใช้ โดยแสดงความสามารถในการเล่นกีฬาของตนเองร่วมกับเพื่อน (สุชา จันทร์เอม, 2542: 131) เด็กที่มีความสามารถในนเชิงกีฬา จะเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน ทำให้เด็กพอใจและมีความภูมิใจในตนเอง (พนิดา พาลี, 2544: 66) และส่งเสริมความมั่นใจในตนเองว่าการมีรูปลักษณ์ที่ดีไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตหรือการเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อน ๆ กระตุ้นให้เด็กแสดงออก ให้คำชมเชย ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กมีความรู้และเข้าใจในเรื่องโรค และภาวะแทรกซ้อนจากโรค เพื่อให้เข้าใจและการยอมรับในพฤติกรรมเด็ก จะทำให้บิดามารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยถูกต้องมากขึ้น (รุ้งทิพย์ วีระกุล, 2539: 73) และส่งเสริมการให้ความรัก ความอบอุ่นและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะทำให้เด็กมีสภาพจิตใจและอารมณ์ดี

มีความสุข ภูมิใจในตนเอง มีความมั่นใจว่าตนเองเป็นสมาชิกของครอบครัว และเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและครู (นิตยา คชภักดี, 2535: 90)

3. ด้านสังคม

ผู้ป่วยเด็กภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จะพบว่ามีพฤติกรรมซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคม (Guilleminault et al., 1976: 25; Howard and Wong, 2001: 339) จึงควรส่งเสริมให้เด็กอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม อยู่กับเพื่อนในวัยเดียวกันและเพื่อนเพศเดียวกัน เด็กเริ่มจะเรียนรู้การอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น การรวมกลุ่มทำให้เด็กได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐาน เช่น ได้รับคำยกย่อง ได้เป็นคนสำคัญ ได้รับความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ ความรู้สึกอยากให้มีผู้สนใจร่วมกิจกรรมกับตน และตนได้มีโอกาสร่วมรับรู้ในกิจกรรมของผู้อื่น เด็กจะพัฒนาด้านความมั่นคงทางจิตใจ ความรู้สึกว่าตนนั้นมีเจ้าของและเป็นเจ้าของ ความรู้สึกว่ามีเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุขกับตน (กรมสุขภาพจิต, 2543: 27-28) ช่วยให้เด็กมีสังคมและมีการปรับตัวที่ดี เพื่อสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2538: 38) และยังส่งผลต่อการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นอีกด้วย (Wong, 2003: 707)

4. ด้านภาษา/สติปัญญา

ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับหรือการหายใจผิดปกติขณะหลับจะพบปัญหาสมาธิสั้น และการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และการสะกดคำลดลง (Urschiltz et al., 2003: 465) ควรฝึกหัดฟังเรื่องราวแล้วจับใจความมาถ่ายทอด หัดสะกดอ่านและเขียนจดบันทึกการพูดจาด้วยถ้อยคำสุภาพเหมาะกับกาลเทศะ แสดงความคิดเห็น และเล่าเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ ควรส่งเสริมบิดามารดาให้ความเอาใจใส่การให้ความรู้ในบทเรียนให้มากขึ้น และครูควรสนใจการใช้ภาษา และติดตามการเรียนรู้ภาษาเพื่อส่งเสริมให้เด็กเข้าใจ และใช้ภาษาได้ถูกต้อง (กรมสุขภาพจิต, 2543: 11) ทำให้เด็กประสบความสำเร็จหรือความพึงพอใจในการเรียน (กรมสุขภาพจิต, 2543: 16) ส่งผลให้เด็กมีความภูมิใจในตนเองหรือรู้ว่าตนเองมีความสามารถ (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2548: 85)

5. ด้านครอบครัว

การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษา ในสภาวะที่มีสมาชิกเจ็บป่วย หรือมีเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว จะส่งผลต่อวงจรสุขภาพและความเจ็บป่วยของครอบครัวและกระทบต่อภารกิจของครอบครัวที่มีเด็กวัยเรียนเจ็บป่วย ซึ่งบิดามารดาหรือ

ครอบครัวจะต้องมีการปฏิบัติภารกิจให้สอดคล้องกับระยะพัฒนาการ และการเจ็บป่วยของเด็ก เพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสมดุลของครอบครัว ดังนี้

สมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมบรรยากาศในครอบครัวให้เป็นบรรยากาศที่อบอุ่น มารดาต้องประสานให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนปรองดองกัน อาจมีการขัดแย้งบ้างแต่ต้องมีเหตุผลซึ่งกันและกัน ครอบครัวมีหลักปฏิบัติในการอบรมเลี้ยงดูเด็กเป็นแนวทางเดียวกัน มีการเผชิญปัญหาร่วมกัน ไม่หนีปัญหา คู่สมรสคอยช่วยเหลือให้กำลังใจ ปลอบใจ ทำให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ (บุษกร อินทรวิชัย, 2539: 100) และช่วยทำให้มารดาคลายความวิตกกังวลและมีกำลังใจจะดูแลบุตรต่อไป (นิลุบล รุจิรประเสริฐ, 2539: 66) มีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม ไม่แสดงอาการโกรธ โวยวาย รับฟังเหตุผล ระบายความรู้สึกซึ่งกันและกันร่วมกันวางแผนอนาคต ไม่ท้อแท้ บิดาควรมีการปรับบทบาทในการเป็นมารดา โดยมีการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระความรับรับผิดชอบในการดูแลบุตรหรือสมาชิกคนอื่น ๆ หรือเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว มีการพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวไม่กล่าวโทษซึ่งกันและกัน และพบปะพูดคุยกับคนอื่น ๆ ภายนอกครอบครัวโดยไม่รู้สึกอับอายที่มีเด็กเจ็บป่วยในครอบครัว แสวงหาแหล่งประโยชน์ภายในและภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และพบว่า มารดาที่มีคู่สมรสความสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ดี ส่งผลให้มีสุขภาพจิตดี (บุษกร อินทรวิชัย, 2539: 101) และส่งเสริมการให้บิดามารดามีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะช่วยให้บิดามารดามีพฤติกรรมในการดูแลเด็กถูกต้องมากขึ้น (รุ้งทิพย์ วีระกุล, 2539: 73) พร้อมทั้งแนะนำให้ครอบครัวช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญาและความต้องการพื้นฐานอย่างเพียงพอ (กรมสุขภาพจิต, 2543: 7)

แนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ความหมายคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่เป็นนามธรรมที่มีความหมายและโครงสร้างที่สลับซับซ้อน การให้ความหมายคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล ตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ทางการศึกษาในแต่ละศาสตร์สาขานั้น ๆ มีนักวิชาการได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต ไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546: 253, 366) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตประกอบ ด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ตรงข้ามกับความตาย ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

กระทรวงสาธารณสุข (2535: 72) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การดำรงของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสม ตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

พัชรินทร์ เวียงแก้ว (2540: 24) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี และมีความเป็นปกติสุขของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลรวมของการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐาน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมอย่างครบถ้วน ภายใต้ค่านิยมที่สังคมยอมรับ

ประภา รัตนเมธานนท์ (2532: 13) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข (sense of well being) ซึ่งมีคำที่มีความหมายเหมือนกันคือ คำว่า ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) และมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่าความสุข (happiness) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล

สมสิริ อัทธเสรี (2540: 11) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การได้รับการตอบสนองความต้องการของบุคคล ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกเป็นปกติสุขและความสุข

เทพนม เมืองแมน (2534: 33) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ (sen of being) ความหมายใกล้เคียงกับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในบุคคล

นิพนธ์ คันธเสวี (2526: 2) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับการดำรงชีวิตของมนุษย์ตามองค์องค์ประกอบของชีวิต ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ

Zhan (1992: 797) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกในชีวิตที่บุคคลรับรู้ความหมายและประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

Orem (1995: 101) เสนอว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับสุขภาวะหรือความผาสุก (well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

Ferrans (1990: 15) กล่าววถึง คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้สึกเป็นปกติสุข (sen of well being) ของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

จากความหมายของคุณภาพชีวิตที่กล่าวมา จึงพอจะสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขและความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมโดยผ่านกระบวนการรับรู้และประเมินด้วยตัวเองซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

Zhan (1992: 796) กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองในเรื่องภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และภาวะสุขภาพ

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับ อาชีพ การศึกษา และรายได้

Flanagan (1978: 138-139) กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ได้แก่ การมีสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และการมีบ้านที่น่าอยู่ การได้รับอาหารตามความต้องการ การมีเครื่องอำนวยความสะดวกสบาย

2. มีความสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติ พี่น้อง สมาชิกในครอบครัว เพื่อนและบุคคลอื่น รวมทั้งการมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร

3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน ร่วมกับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนผู้อื่น

4. มีพัฒนาการบุคลิกภาพ และความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ ได้แก่ การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ การได้รับผลตอบแทนที่ดี

5. มีด้านสันทนาการ ได้แก่ การอ่านหนังสือ ฟังดนตรีดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

Ferrans (1990: 16) เสนอว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and functioning domain) ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความเครียด ความต้องการในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ

2. ด้านจิตใจและวิญญาณ (Psychological/spiritual domain) ได้แก่ ความพึงพอใจ ความสุข ความรู้สึกต่อตนเอง ความเชื่อและจุดมุ่งหมายในชีวิต

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic domain) ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ ภาวะทางการเงิน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การสนับสนุนจากสังคม การศึกษา และอาชีพ

4. ด้านครอบครัว (Family domain) ได้แก่ ความสุขภายในครอบครัว คู่สมรส บุตรและภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิจุ (2525: 104) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามทัศนะของ Bennet ว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

1. ด้านสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย สุขภาพที่แข็งแรง ภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่ดี

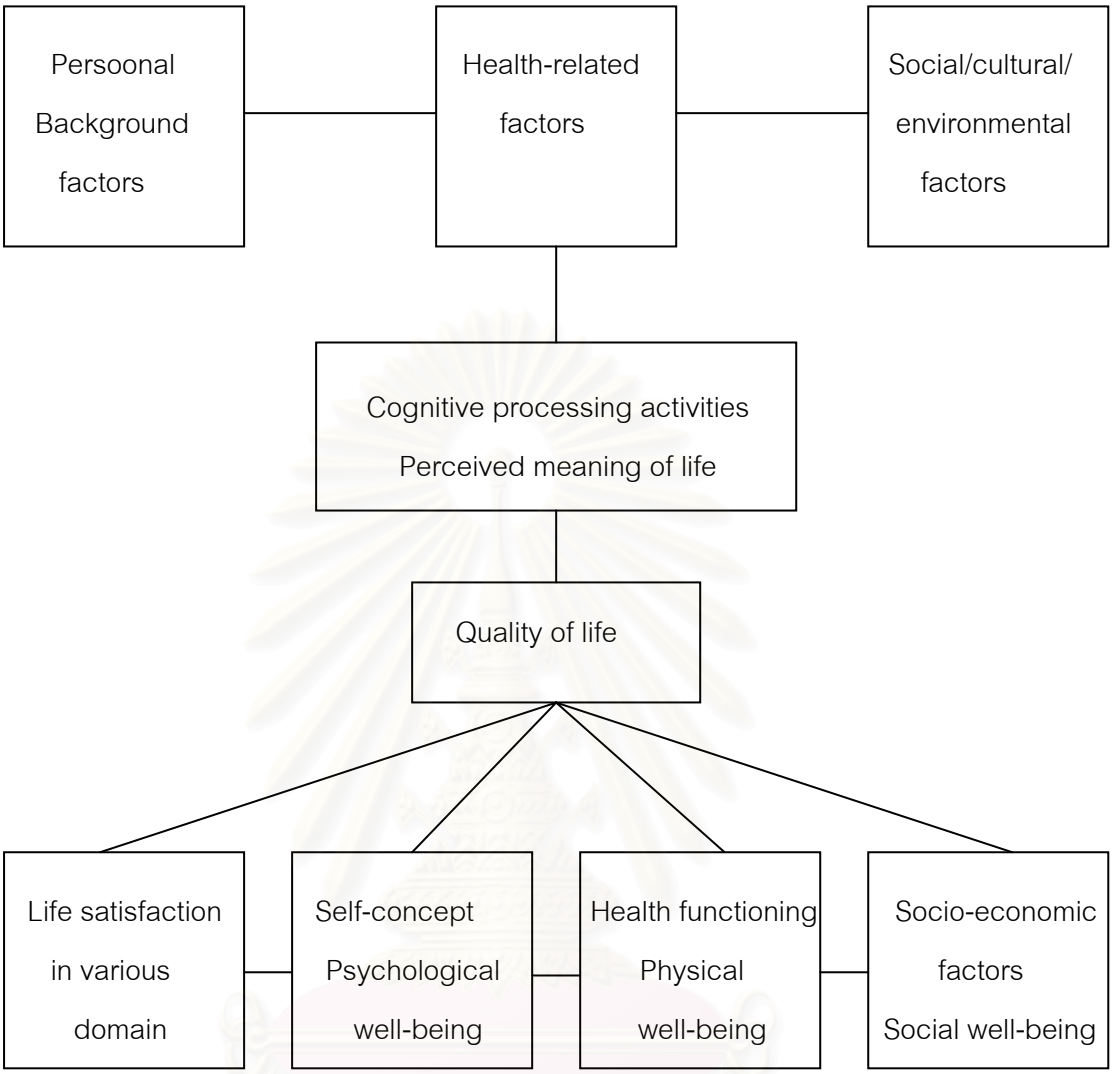
2. ด้านความต้องการที่สนองความพึงพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้น ๆ อย่างมีจุดมุ่งหมายของชีวิต

สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ควรประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ ความสะดวกสบายในความเป็นอยู่ การได้รับตอบสนองตามความจำเป็นพื้นฐานและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต

Zhan (1992: 797) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิต และความผาสุกในชีวิตที่บุคคลรับรู้ความหมายและประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของบุคคล ผ่านกระบวนการรับรู้ แล้วจึงออกมาเป็นความรู้สึกนึกคิดด้านคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วยปัจจัย ด้านบุคคล ด้านภาวะสุขภาพ และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดังแผนภูมิที่ 1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 1 Conceptual model of quality of life (Zhan 1992: 797)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการและปรารถนา เป็นความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์แม้นว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยก็ตาม ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของคนที่ต่างมุ่งหวังที่จะมีชีวิตอย่างมีคุณค่าที่สุดในแนวทางที่ตนปรารถนา และเชื่อว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็จะทำได้ดีและรวดเร็ว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในเด็ก พบว่าคุณภาพชีวิตเป็นดัชนีที่บ่งชี้ถึงความผาสุกหรือความพึงพอใจของเด็ก ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้ ประสบการณ์ระดับการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม (อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ, 2543: 68) การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก เป็นผลมาจากการมีสุขภาพสมบูรณ์ กล่าวคือ มีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงปราศจาก

การเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของโรค สามารถทำกิจวัตรประจำวัน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือเล่นกับเพื่อน ๆ ได้ และมีความสามารถในการเรียนหนังสือหรือทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างทัดเทียมกับเพื่อน (Schwimmer et al., 2003: 1817-8; ศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ, 2542:168) สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น มีความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองในทางที่ดี และมีสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัว เพื่อน ๆ และครูที่ดี ได้รับความรักความเอาใจใส่ในการดูแลจากบิดามารดาและกำลังใจจากเพื่อน (Mishoe et al., 1998: 558-559; สุธาทิพย์ อุปลาบัตร, 2536: 60; อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ, 2543: 73) โดยผลการวิจัยคุณภาพชีวิตในเด็กโรคเรื้อรังพบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และการเรียน (Eiser et al., 2003: 96; Zeller and Modi, 2006: 123; Schwimmer et al., 2003: 1817) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Zhan (1992) ที่ว่า คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและความผาสุกในชีวิตต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และสภาพการดำเนินชีวิตในสถานการณ์ต่าง ๆ ของบุคคล โดยมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในบริบทของเด็กที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ 4 ด้าน คือ

ด้านความพึงพอใจในชีวิต

เป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลไม่ว่าจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือปกติก็ตาม (Ferrans and Powers, 1985: 15; Orem, 1985: 193) โดยความพึงพอใจในชีวิตเป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ภายนอก ซึ่งมีอิทธิพลมาจากภูมิหลังของแต่ละบุคคล บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อมและสภาวะการทำหน้าที่ด้านสุขภาพ (Zhan, 1992: 797) ซึ่งเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับความสุขสบายของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยการเปรียบเทียบระหว่างสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่บุคคลนั้นคาดหวังหรือปรารถนาให้เป็น และเกิดความสมดุลระหว่างความต้องการของบุคคลและการตอบสนอง ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นลักษณะความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ (Campbell 1976 cited in Zhan 1992: 796)

ความพึงพอใจในชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ถึงสิ่งที่ตนเองครอบครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้ และความสำเร็จที่ได้รับในเรื่องทั่วไป ได้แก่ ความพึงพอใจในความสามารถของการดำรงชีวิตเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ความรักความห่วงใยที่ได้รับจากบิดามารดาและบุคคลอันเป็นที่รัก การมีชีวิตอยู่กับโรคอย่างปกติสุข และพอใจผลการเรียน ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ดังนั้น ความพึงพอใจจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตที่สำคัญ (อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ, 2543: 68) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจและอารมณ์ (Guilleminault et al., 1976: 25) ส่งผลกระทบ

ต่อการดำเนินชีวิต ทำให้เด็กต้องปรับตัว และแบบแผนในการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับโรคและอาการแทรกซ้อนจากโรคที่ทำให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรม เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้า ซุกซน และแยกตัว มีปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น อาการเบื่ออาหาร การง่วงนอนมากในเวลากลางวัน การตื่นนอนยากตอนเช้า (Mitchell and Kelly, 2005: 571) ปวดศีรษะ และปวดเมื่อยตามร่างกาย (Lavie and Pillar, 2001: 95) และปัญหาในเรื่อง ความคิด ความจำและสมาธิในการเรียน ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตหรือกิจวัตรประจำวัน ทำให้ทำอะไรได้ไม่ทัดเทียมกับเพื่อน ส่งผลต่อความรู้สึกต่อความพึงพอใจในชีวิตและความเป็นปกติสุขในชีวิต

ด้านอัตมโนทัศน์

เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความเป็นปกติสุขทางด้านจิตใจ โดยที่อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองในระยะเวลาหนึ่ง รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนภาพลักษณ์ของตนเอง และมีอิทธิพลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Zhan, 1992: 798) มีนักวิชาการหลายท่านได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ว่า เป็นผลรวมของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง ประกอบด้วยความรู้สึก ความนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และการยอมรับเกี่ยวกับตนเองทั้งทางด้านรูปร่าง คุณลักษณะและความสามารถด้านต่าง ๆ ของตนเอง ซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะประจำตัวของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ อัตมโนทัศน์ยังเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสังคม รวมทั้งบุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคลนั้น ได้แก่ บิดามารดา ผู้เลี้ยงดู ซึ่งกอบกุล พันธ์เจริญวรกุล (2531: 243) กล่าวว่า บุคคลจะมีอัตมโนทัศน์หรือความเชื่อว่าตัวเองเป็นอย่างไร มาจากการตีความพฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดงต่อเขา การพัฒนาอัตมโนทัศน์ของบุคคล จึงเป็นผลมาจากการเรียนรู้ประสบการณ์ที่บุคคลมีความสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวบุคคลนั้น และ Roy and Andrew (1991: 270-272) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่ากาย (physical self) เป็นการรับรู้สภาวะของร่างกายเกี่ยวกับคุณสมบัติของร่างกาย ลักษณะ รูปร่าง หน้าตา หน้าที่ สมรรถภาพทางเพศ ทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วยของตนเอง และด้านส่วนบุคคล (personal self) ซึ่งเป็นมโนทัศน์ส่วนบุคคลที่มีอยู่เกี่ยวกับตนเองตามความเชื่อ คุณค่า ความคาดหวัง และเจตคติเกี่ยวกับตนเองที่บุคคลยึดถืออยู่ ถ้าหากผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ด้านส่วนตนเปลี่ยนแปลงไป ก็อาจก่อให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ไม่แน่ใจ กลัวหรือท้อแท้ หมดกำลังใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

อัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีต่อตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่งเกี่ยวกับเรื่อง ความสามารถในการเรียน การเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้สึกมีคุณค่า ภาพลักษณ์ของตนเอง และการยอมรับของครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่

มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ต้องเผชิญต่อพยาธิสภาพทางร่างกายอันเนื่องมาจากภาวะของโรค ได้แก่ ปัญหาความตั้งใจ ความจำ สมาธิและการเรียนลดลง (Blunden et al., 2005: 783; O'brien et al., 2004: 168; Melendres et al., 2004: 769) และมีพฤติกรรมทางอารมณ์ ได้แก่ โมโห ก้าวร้าว ซึมเศร้า และแยกตัว (Guilleminault et al., 1976: 25; Ali et al., 1993: 363; Rosen et al., 2004: 1642) หรือปัญหาจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการถูกจำกัดกิจกรรม และขีดความสามารถทางร่างกาย เมื่อเทียบกับเพื่อน ทำให้เด็กรู้สึกด้อยและความรู้สึกในคุณค่าตนเองต่ำลง (Mellander et al., 2007: 56) ซึ่งส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ในการไม่ยอมรับการเข้ากลุ่ม ยิ่งจะทำให้ความมีคุณค่าในตนเองลดลงและมีอัตมโนทัศน์ที่ไม่ดี (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2548: 85) หรือความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น และเป็นภาระแก่ครอบครัว ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ความรู้สึกในคุณค่าในตนเองลดลงหรือขาดความมั่นใจในตนเอง (Andrew, 1976; Lazarus, 1987; McCrae 1987 cited in Zhan, 1992: 798) และยังพบว่า เด็กที่ถูกจำกัดกิจกรรมหรือทำกิจกรรมไม่ได้ด้วยตนเอง ส่งผลต่อปัญหาทางอารมณ์ และสุขภาพจิตได้ (Fontaine and Barofsky, 2001: 175)

ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย

เป็นความรู้สึกเป็นปกติสุขของร่างกาย โดยที่มนุษย์เรานั้นจะดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข จะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การมีสุขภาพดี มีร่างกายแข็งแรงและความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความสุข และความสำเร็จในชีวิต อาจกล่าวได้ว่า การมีสุขภาพดีคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง (สุชาติ โสมประยูร อ้างถึงใน ประภาพร จินันทุยา, 2536: 16) และจากรายงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมักจะสรุปว่าสุขภาพเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิต (Flanagan, 1982; Laborde and Power, 1980; Padilla et al., 1990 cited in Zhan, 1992: 798) นอกจากนี้ Torrance (1987 อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2537: 27) ชี้ให้เห็นว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ความเจ็บป่วยทำให้เกิดพยาธิสภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ จึงทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลง เช่น ในการศึกษาของ Lavie and Pillar (2001: 95) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับระดับรุนแรง มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ง่วงนอนมากในเวลากลางวัน ส่งผลทำให้การทำกิจกรรม สมาธิในการเรียน ผลการเรียนแย่ลง (Blunden et al., 2005: 783) ส่วน Mulvaney (2006: 326) พบว่า เด็กวัยเรียนที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาทางสังคม ปัญหาความคิด และปัญหาความจำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2005: 266-267) พบว่า เด็กที่มีปัญหาการ

นอนหลับ มีปัญหาการง่วงนอนมากในเวลากลางวัน นอนกัดฟัน นอนละเมอ ปัสสาวะรดที่นอน หยุดหายใจ การสะดุ้งตื่น และการไหลย้อนกลับของน้ำย่อยกระเพาะอาหาร การติดเชื้อทางเดินหายใจ และมีการเจริญเติบโตล่าช้า ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน การเรียน การดูแลตนเอง การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจมีความสำคัญและบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลได้ (Ferrans, 1990: 16; Miller 1970 cited in Zhan, 1992: 799) ทั้งนี้เพราะสังคมและเศรษฐกิจเป็นสิ่งที่สามารถบอกถึงโครงสร้างและสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น การที่ครอบครัวผู้ป่วยมีฐานะเศรษฐกิจ รายได้หรือสภาวะทางการเงินดี ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีความสุข ความสบายในการดำเนินชีวิต และการได้รับการตอบสนองความต้องพื้นฐาน (สำนักงานคณะกรรมการการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ 2536 อ้างถึงใน สุดใจ สมิทธิการ, 2541: 28-38) ด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เป็นความรับรู้เกี่ยวกับการศึกษาที่เหมาะสมตามวัย ความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ของที่พักอาศัย และความเพียงพอต่อการใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ และต่อเนื่อง ซึ่งการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ทำให้เด็กต้องขาดเรียนบ่อย (Eiser et al., 2003: 96; Moonie et al., 2006: 20*)* และครอบครัวเด็กต้องมีภาระในค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และนอกจากนี้ ภาวะแทรกซ้อนจากโรค ได้แก่ อาการซุกซน อยู่ไม่นิ่ง ง่วงนอน ปวดศีรษะ ขาดความตั้งใจ สมาธิสั้น ผลการเรียนลดลง และบุคลิกภาพแปรปรวน แยกตัวเอง การปรับตัวเข้ากับเพื่อนและสังคมได้ยาก (Guilleminault et al., 1976: 25; Ali et al., 1993: 363; O'brien et al., 2004: 168; Melendres et al., 2004: 769; Blunden et al., 2005: 783; Rosen et al., 2004: 1643) ทำให้ขาดสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคมกับเพื่อน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าว ล้วนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิตโดยการได้รับความรักและความห่วงใยของบิดามารดา การบริการในการรักษาพยาบาล การดำเนินชีวิต และรวมทั้งความพึงพอใจในการเรียน ด้านอัตมโนทัศน์ มีความพอใจในความสามารถในการเรียน การเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้สึกมีคุณค่า และภาพลักษณ์ของตนเอง

ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ความพอใจในการศึกษาที่เหมาะสมตามวัย ความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ของที่พักอาศัย และความเพียงพอต่อการใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

การประเมินคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียน

การประเมินคุณภาพชีวิตในปัจจุบันมีแนวคิดว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ คุณภาพชีวิตของบุคคลไม่ได้ขึ้นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับหลายสิ่งซึ่งประกอบเป็นคุณภาพชีวิต (Padilla and Grant, 1985: 53; Ferrans and Powers, 1992: 29; Zhan, 1992: 796) ซึ่งปัจจุบันมีการประเมินคุณภาพชีวิตได้หลายแนวทาง ดังนี้

UNESCO (1980: 312); Meeberg (1993: 36-37) และ Zhan (1992: 796) ได้เสนอเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิต โดยอาศัยตัวบ่งชี้ ซึ่งจำแนกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุพิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลด้านรูปธรรม สามารถที่จะมองเห็น นับได้และวัดได้ ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ หน้าที่ด้านร่างกาย ลักษณะพฤติกรรมของบุคคล

2. ตัวบ่งชี้เชิงจิตพิสัย (Subjective indicators) เป็นข้อมูลด้านจิตวิทยาที่บ่งบอกถึงความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวกับชีวิต ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ภาวะสุขภาพ ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Cooley (1998 อ้างถึงใน วรุณศิริ ปราณีธรรม, 2546: 33-34) ได้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตว่า มี 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม (Global evaluation) เป็นการประเมินถึงความพึงพอใจในชีวิต และลักษณะความเป็นอยู่ในชีวิตของบุคคล

2. การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related quality of life) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในหลายมิติ ได้แก่ อาการแสดงของโรค อาการข้างเคียงจากการรักษา สภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย ความผิดปกติด้านจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์ และความพึงพอใจต่อการรักษา

Varni et al. (2001: 802) ได้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1. การทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical functioning) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของตนเอง เช่น ความสุขสบาย ความเจ็บปวด ความอ่อนล้า ความสามารถที่จะทำกิจวัตรประจำวัน และการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตัวเอง

2. การทำหน้าที่ของจิตใจ อารมณ์ (Emotional functioning) การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น ความรู้สึกกลัว เศร้าใจ โกธรหรือกังวลใจกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) คือการรับรู้เรื่องราวความสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่น เช่น การได้รับความรัก การร่วมกิจกรรมหรือเล่นกับเพื่อน ๆ การเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน และการปรับตัวเข้ากับเพื่อน ๆ ได้

4. การทำหน้าที่การเรียน (School functioning) คือการรับรู้เรื่องราวความสามารถในการเรียน เช่น ความตั้งใจหรือสมาธิในการเรียน ความสามารถทำตามการเรียนการสอน และการที่ต้องขาดเรียนบ่อยจากภาวะของโรคหรือการไปพบแพทย์เป็นประจำ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต

เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติค อายุ 6-12 ปี ของอัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ (2543) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Zhan (1992) มีจำนวนคำถาม 60 ข้อ ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำงานของร่างกาย และสังคมและเศรษฐกิจ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง และน้อย แบบประเมินนี้หาค่าความเที่ยง .84

เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว อายุ 6-12 ปี ของศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ (2542) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Zhan (1992) มีจำนวนคำถาม 60 ข้อ ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำงานของร่างกาย และสังคมและเศรษฐกิจ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง และน้อย แบบประเมินนี้หาค่าความเที่ยง .88

ตามแนวคิดและวรรณกรรมที่ทบทวนดังกล่าวข้างต้นพบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตในเด็กตามแนวคิดของ Zhan (1992) สอดคล้องกับแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ จึงควรมีการประเมินในหลายมิติ เพื่อให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเรียน เพราะคุณภาพชีวิตไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แต่อยู่บนพื้นฐานของสิ่งต่าง ๆ มากมาย ซึ่งจะทำให้สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องตามสภาพความเป็นจริง เพื่อนำไปเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการและปรารถนา เป็นความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์แม้นว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยก็ตาม คุณภาพชีวิตอาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม และขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งตามแนวคิดของ Zhan (1992: 797) ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิต และความผาสุกในชีวิตที่บุคคลรับรู้ความหมายและประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของบุคคลผ่านกระบวนการรับรู้ แล้วจึงออกมาเป็นความรู้สึกนึกคิดด้านคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล ด้านสภาวะสุขภาพ และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องด้วยผู้ป่วยเด็กวัยเรียที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ต้องเผชิญกับอาการของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค ทำให้เกิดความเครียด ขาดมั่นใจ และความ รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเกรงว่าจะไม่สามารถทำอะไร ๆ ได้ไม่ทัดเทียมกับเพื่อน เนื่องจากการจำกัดกิจกรรมหรือจากปัญหาพฤติกรรมในตนเอง ดังนั้น ดัชนีมวลกาย จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Sulit et al., 2005: 662) เพราะจะทำให้เด็กมีสามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือเล่นกับเพื่อน ๆ ลดน้อยกว่าปกติ หรือจากรูปร่างหรือพฤติกรรมท่าทาง อาจถูกเพื่อน ๆ ล้อเลียนหรือชอบรังแก อาจทำให้รู้สึกขาดความมั่นใจในตนเอง และความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Fallon et al., 2005: 448; กิจติยา รัตนมณี, 2547: 25) ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับความรุนแรงของโรค จึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน (Burckhardt, 1985: 11; Graf et al., 2006: 350) เพราะต้องใช้เวลายาวนานในรักษาถึง 3-5 ปี และต้องเข้ารับการตรวจรักษาเพื่อประเมินอาการหรือผลการรักษาเป็นระยะ ๆ (สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์, 2549: 532-533) ส่วนคุณภาพการนอนหลับ และภาวะสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่ดี ก็มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต สำหรับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดีมีอารมณ์มั่นคง ส่งเสริมปรับตัวให้ดีขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุนันท์ สินซื่อสัตย์กุล, 2537: 64; อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543: 67) ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ตามกรอบแนวคิดของ Zhan (1992) ด้วยทำการศึกษาปัจจัย

ทั้ง 6 ปัจจัย คือ 1) การสนับสนุนทางสังคม 2) ภาวะสุขภาพจิต 3) คุณภาพการนอนหลับ 4) ระดับความรุนแรงของโรค 5) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 6) ดัชนีมวลกาย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ส่งผลกระทบโดยตรงในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จึงน่าจะเหมาะสมในการนำมาศึกษา

การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมที่ดีคือ ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์และต้องมีการพึ่งพาอาศัยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกต่อกัน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัยและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Cohen and Syme, 1985: 3) การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยดูดซับความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย และยังจะช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดหรือผลของภาวะเครียดที่มีต่อร่างกาย ทำให้บุคคลรู้จักการแก้ปัญหา มีความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Cohen and Wills, 1985: 310-313) เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเองในด้านสรีระวิทยาและเกิดความมั่นคง ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข เป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (นิรามัย ใช้เทียมวงศ์, 2535: 69)

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมได้มีผู้ให้ความหมายที่หลากหลายแตกต่างกันไป House (1981 cited in Brown, 1986: 5) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ไว้ใจ ช่วยเหลือ ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อเรียนรู้และประเมินผลตนเองในสังคม

Cobb (1976: 300) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักเอาใจใส่สนใจ ยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Pender (1996: 257) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับและนับถือ รู้สึกมีคุณค่า เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นโดยได้รับจากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั้นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

Kaplan, Cassel and Gore (1977: 50-51) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 แนวทาง คือ แนวทางแรก หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ได้แก่ การให้การยกย่องนับถือ ยอมรับ เห็นใจและความช่วยเหลือ จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคล

ในกลุ่มสังคม แนวทางที่สอง หมายถึง ความสัมพันธ์ที่บุคคลสามารถรับรู้จากกลุ่มสังคมที่ให้การสนับสนุนหรือจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

Kahn (1979: 85) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือ ปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกบุคคลหนึ่ง โดยมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ อาจเกิดเพียงอย่างเดียวหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง

Schaefer et al. (1981: 386) สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

Orem (1985: 45-47) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบช่วยเหลือผู้ที่ต้องการพึ่งพาให้บรรลุความต้องการในการดูแลตนเองตามความคาดหวัง ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และความผาสุกในชีวิต โดยเฉพาะในภาวะที่เจ็บป่วย การช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ จะส่งผลให้เกิดความผาสุกในครอบครัวได้

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เช่น บิดามารดา พี่น้อง ญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์คนหนึ่งคนใดหรือหลายบุคคลร่วมกัน ทั้งด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน ข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ การยอมรับนับถือ การได้รับความรัก เอาใจใส่จากบุคคลในสังคม ทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนเกิดความรู้สึกมั่นคง เชื่อว่ามีคนรัก สนใจ ยกย่อง และมองเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเครียดหรือภาวะความเจ็บป่วยได้ มีผลทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพอนามัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาของ House (1981 cited in Cohen and Syme, 1985: 94-103) ได้จำแนกแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์ตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ (Formal) หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง เช่น ทีมสุขภาพ เป็นต้น

Kaplan et al. (1977: 50-51) พบว่า คนที่ขาดการติดต่อกับคนในสังคมจะทำให้ไม่เป็นตัวของตัวเอง ขาดความเชื่อมั่นในตนอง ตัดสินใจไม่ได้และไม่สามารถดูแลตนเองได้ ในทางตรงข้ามบุคคลใดเมื่อประสบปัญหามักได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคลอื่น ๆ ทำให้ความคาดหวังของแต่ละคนเป็นจริง โดยเฉพาะเมื่อเกิดความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้

Pender (1996 อ้างถึงใน มาลัย สำราญจิตต์, 2540: 33-34) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ (Natural support systems) ได้แก่ ครอบครัว เป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมดับปฐมภูมิที่เหมาะสม โดยสมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ความต้องการของกันและกัน มีการสื่อสารภายในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ยอมรับความต้องการของส่วนรวมและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

. 2. กลุ่มเพื่อน (Peer support system) ส่วนมากมักได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบรุนแรงในชีวิต ประสบผลสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งในตนเอง สามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบมา

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized religious support systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่พบปะกันในสถานที่ทางศาสนาจัดไว้ เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้น ๆ เพราะการชุมนมเป็นการแบ่งปันความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ธรรมเนียมปฏิบัติทางศาสนาและแนวทางดำเนินชีวิต นำไปคู่ความเข้าใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนนช่วยเหลือของกลุ่มผู้ดูแลหรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรวิชาชีพ (Organized support systems of care giving or helping professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะการบริการที่เฉพาะเจาะจง บุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือเพื่อนไม่เพียงพอหรือไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพจะเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนนี้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่วิชาชีพด้านสุขภาพ (Organize support groups not disected by help professionals) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีความต้องการ หรือมีเหตุผลบางอย่างที่บุคคลไม่สามารถจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการ

เปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต กลุ่มที่มีสมาชิกในครอบครัวพิการ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมักมาจากกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการและกลุ่มที่เป็นทางการ แต่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในเด็กมักมาจากกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการคือ ผู้ดูแล ครูและเพื่อน (Hagen et al., 2005: 212) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้เวลาอยู่ร่วมกันมาก มีความถี่ในการติดต่อสูง มีการแลกเปลี่ยนสิ่งของหรือข่าวสารซึ่งกันและกัน กว่ากลุ่มสนับสนุนที่เป็นทางการ

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ตามแนวคิด House (1981) การสนับสนุนทางสังคมมี 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้การยกย่อง ความไว้วางใจ ความรัก ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเองหรือข้อมูลที่นำไปใช้ในการประเมินตนเอง ในการรับรองทำให้เกิดความมั่นใจและนำเปรียบเทียบตนเองกับผู้อยู่ร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) การได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอ แนะทิศทาง และเป็นข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrument support) หมายถึงการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุสิ่งของ เงิน แรงงาน

Kahn (1979: 85) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงภาวะอารมณ์ในด้านบวกซึ่งแสดงออกในรูปความผูกพัน การเคารพและการยอมรับ

2. ความเห็นพ้องและยืนยันพฤติกรรมของบุคคล (Affimation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นพ้องยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในด้านการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง เช่น ความช่วยเหลือด้านการให้สิ่งของ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร หรือเวลา

Weiss (1974 cited in Dimond and Jone, 1983: 235-236) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 6 ชนิด คือ

1. ความผูกพันและรักใคร่สนับสนุน (Attachment) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิดทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักและได้รับความเอาใจใส่ เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนจะทำให้รู้สึกเดียวดาย (loneliness)

2. การมีส่วนร่วมหรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งด้านความคิด กำลังทรัพย์ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควร ทำให้เกิดความห่วงใยและเข้าใจซึ่งกันและกัน หากบุคคลขาดการสนับสนุนนี้ จะทำให้ถูกแยกจากสังคม โดดเดี่ยว ขาดเพื่อน เป็นผลให้ขาดกำลังใจ สิ้นหวังและเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่

3. การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบ ช่วยเหลือบุคคลอื่นซึ่งด้อยกว่า เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ หากขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ ว่างเปล่าและไร้จุดหมายของชีวิต

4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับ ยกย่องจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อนว่าตนเองมีความสามารถ (social role) เช่น ความสามารถในการช่วยเหลือเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัว หรือการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนจะทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความเชื่อมั่นลดลง

5. ความรู้สึกพึ่งพาอาศัยกัน (A sense of reliable allance) หมายถึง สัมพันธภาพในลักษณะช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างต่อเนื่อง มักเกิดจากสัมพันธภาพของครอบครัวโดยตรง ถ้าขาดการสนับสนุนจะรู้สึกว่าขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับคำแนะนำและการชี้แนะ (The obtaining of guidance) หมายถึงความสัมพันธ์ที่เกิดจากการได้รับความจริงใจ ช่วยเหลือทางอารมณ์ ชี้แนะข้อมูลจากบุคคลที่ตนเชื่อมั่นและศรัทธาเมื่อตกอยู่ในภาวะตึงเครียดหรือภาวะวิกฤต เพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่กำลังประสบอยู่ ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง

Schaefer et al. (1981 cited in Tiden, 1985: 201) แบ่งชนิดของการสนับสนุนออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุบทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิด การให้ความมั่นใจ ยอมรับ ห่วงใย เอาใจใส่ นำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก ห่วยใยและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Infomation support) หมายถึง การให้ข้อมูลและคำแนะนำที่สามารถให้บุคคลแก้ปัญหาหรือให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือเมื่อบุคคลต้องการในด้านสิ่งของ เงินทอง เวลา และแรงงาน

Pender (1996: 257) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุน มีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือในสภาวะซึมเศร้า

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลเกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไร ถึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aid) เป็นการช่วยเหลือในเรื่องแรงงาน สิ่งของ เงินทอง เพื่อให้บุคคลมีเวลาในการทำกิจกรรมด้านอื่น ๆ

4. การยอมรับ (Affirmation) คือ การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

การประเมินหรือวัดการสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินหรือวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดของผู้สร้างเครื่องมือ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) เรียกว่า The Personal Resource Questionair Part Two (PRQ2) สร้างโดย Brandt and Weinert (1981: 277-280) เครื่องมือนี้วัดการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านคือ ความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม เครื่องมือมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ และ PRQ 85: Part 2 ของ Brandt and Weinert แปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาด วรรณพรศิริ (2535) แบบประเมินนี้ได้ค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .85-.92

เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดของ House (1981) จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ วัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านทรัพยากร มีระดับมาตรส่วนประมาณค่า 3 ระดับ แบบประเมินนี้ได้ค่าความเที่ยง .87

Murray (2001) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมเด็กวัยเรียนที่มีพี่หรือน้องป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดของ House (1981) จำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ วัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยแบ่งการวัดเป็น 2 ส่วน คือ ระดับการสนับสนุน และระดับความถี่การสนับสนุน ทั้ง 2 ส่วนนี้ มีระดับมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งแบบประเมินวัดระดับการสนับสนุนนี้ได้ค่าความเที่ยง .91 และวัดระดับความถี่การสนับสนุนได้ค่าความเที่ยง .98

สรุป ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ House (1981) ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในเด็กวัยเรียน โดยใช้แบบประเมินที่สร้างขึ้นโดย เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547) ตามแนวคิดของ House (1981) มาประเมินการสนับสนุนทางสังคมในเด็กวัยเรียน ซึ่งประกอบด้วย การวัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ค่าความเที่ยง .87 สอดคล้องกับแบบประเมินของ Murray (2001) ที่สร้างตามแนวคิดของ House (1981) นำมาประเมินการสนับสนุนทางสังคมในพี่น้องเด็กวัยเรียนที่ป่วยโรคมะเร็ง ได้ค่าความเที่ยง .80 ซึ่งแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากแนวคิดนี้สามารถจำแนกชนิดของการสนับสนุนได้ชัดเจนและครอบคลุมตามความต้องการของเด็ก ทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม เหมาะที่นำมาใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อเด็ก ในเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากโรคคือ ระบบหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรม การเจริญเติบโตของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือการเรียนลดลง การปรับตัวเข้ากับสังคมและเพื่อน ทำให้เกิดความรู้สึกคุณค่าตัวเองต่ำลง ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนสัมพันธภาพทางสังคม และเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้รู้สึกผูกพัน ปลอดภัย เป็นที่รัก เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและมีคุณค่าในตนเอง (Wiss 1974 cite in Barrera et al., 2004: 104) และยังจะช่วยดูดซับความเครียดที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ช่วยให้บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่รุนแรง เพราะรับรู้ว่าตนจะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ (นิรามัย ใช้เทียมวงศ์, 2535: 68-69) การสนับสนุนทางสังคมจะพัฒนาการอยู่รอด เพิ่มคุณภาพชีวิตและความผาสุกในชีวิต มีผลต่อความ

เข้าใจตนเองและการประเมินตนเอง (Woodgate and Mc Clement, 1997: 14) การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งมีความครอบคลุมในด้านการประเมินตนเอง และตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) หมายถึง การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย การรับฟัง เห็นอกเห็นใจ เด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด โมโหฉุนเฉียว ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ แยกตัว มีบุคลิกภาพ และกลไกการปรับตัวทางสังคมที่ไม่เหมาะสม และคุณค่าในตนเองที่เปลี่ยนไป เกิดความรู้สึกแตกต่างจากเพื่อน ทำให้ต้องการประคับประคองด้านอารมณ์ เพื่อความมั่นคงทางจิตใจ House and Kahn (1985: 84) มีความเห็นว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีอิทธิพลต่อการทำนายภาวะสุขภาพมากกว่าด้านอื่น ๆ การได้รับความรัก ความไว้วางใจ มีผู้รับฟังปัญหา เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า อีกทั้งมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทระบบภูมิคุ้มกันและระบบฮอร์โมนในร่างกาย ทำให้ช่วยบรรเทาความเครียด ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและสุขภาพจิตที่ดี (Cohen and Wills, 1985: 310-313)

2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ การยอมรับในสิ่งที่บุคคลอื่นแสดงออกมา รวมถึงแรงสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นความช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้ เด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมักมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต กิจวัตรประจำวัน และการเรียน คือ อาการง่วงนอนในเวลากลางวัน อาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะตอนเช้า สมาธิสั้น ความตั้งใจและการเรียนลดลง ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า ได้แก่ การเห็นพ้อง การชมเชย การรับรองจะช่วยทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น (House cited in Tilden, 1985: 201) และเป็นความต้องการทางอารมณ์ที่สำคัญของเด็กวัยเรียนที่อยากเป็นที่หนึ่งหรือเป็นคนแรก (สุชา จันทน์เอม, 2542: 123) ซึ่ง Taylor (1986 cited in Abrahm and Shanley, 1992: 142) กล่าวว่า การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นช่วยให้มีความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น และปรับตัวต่อเหตุการณ์เลวร้ายได้ ซึ่งส่งผลทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารในเชิงปริมาณที่บุคคลได้รับ เพื่อแก้ปัญหาที่เผชิญกับภาวะของโรคและดูแลการรักษา โดยให้ข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ ทั้งในรูปแบบของคำแนะนำ ข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการปฏิบัติ เด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งเป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็น และเริ่มมีความสามารถคิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น (สุชา จันทน์เอม, 2542: 133) ต้องการรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองจากบิดามารดาหรือบุคลากรทางการแพทย์ ตามข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับโรค

และการดูแลรักษา ซึ่งจะช่วยให้เด็กวัยเรียนสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง (Wong, 2003: 720) ซึ่ง Wortman (1984: 2534) ได้กล่าวว่า การให้ข้อมูลต่าง ๆ ทำให้การรับรู้ของบุคคลและสามารถเผชิญความเครียดและปรับตัวได้ดีขึ้น

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ ในเรื่องเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา และการให้บริการ เด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ในการดูแล ต้องการผู้ดูแลพาไปตรวจรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีอาการไม่สบายจากความเจ็บป่วย (ชูขวัญ ปิ่นสากล, 2533: 53) จากผลกระทบภาวะแทรกซ้อนจากโรค ทำให้เด็กต้องการเวลาในการให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และเครื่องมืออุปกรณ์การสนับสนุนในการรักษาที่เพรียบพร้อมและความสะดวกรวดเร็วในการเข้ารักษา ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย มีความมั่นใจ และกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป (สมจิตต์ สินธุชัย, 2532: 75)

จากการศึกษาของ สุนันท์ สินซื่อสัตย์กุล (2537: 64) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรง โดยไม่มีความแตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภารัตน์ แสงสุวรรณ (2541: 69) ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการตอบสนองการสนับสนุนทางสังคมในระดับดี และการศึกษาของ สุนันทา ตันติกนกพร (2540: 88) พบว่า ผู้ปกครองจะให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่เด็กมาก โดยการปลอบโยน พูดคุย และให้กำลังใจเมื่อเด็กรู้สึกไม่สบายใจ และเบื่อหน่ายในการเจ็บป่วยของตน (สมจิตต์ สินธุชัย, 2532: 75) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543: 67) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็ง กล่าวคือ วัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะปรับตัวได้ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะปรับตัวได้ไม่ดี ทั้งนี้อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดีมีอารมณ์มั่นคง ส่งเสริมปรับตัวให้ดีขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับ เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้นหลายอย่างในแต่ระยะของการนอนหลับ แสดงให้เห็นว่า การนอนหลับที่เหมาะสมจะต้องมีองค์ประกอบหลายประการ ซึ่งความต้องการการนอนหลับของบุคคลนั้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย สุขภาพอนามัย ความต้องการเวลานอน และช่วงอายุ โดยคุณภาพกานอนหลับประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ การนอนหลับเชิงปริมาณ เช่น ระยะเวลานอนหลับในแต่ละคืน

ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ หรือจำนวนครั้งของการตื่น เป็นต้น และการนอนเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลคนนั้น เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับอย่างเพียงพอ (Buysse et al. 1989 อ้างถึงใน กุสุมาลย์ รามศิริ, 2543: 11) เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่า คุณภาพการนอนหลับเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เข้านอนจนถึงตื่นนอน (Synder-Halpern and Verren, 1987: 155) และการที่บุคคลจะกล่าวถึง คุณภาพการนอนหลับว่า ดี หรือ ไม่ดี นั้นสามารถบอกได้โดยการประเมินของบุคคลคนนั้นเอง โดยบุคคลทั่วไปมักจะพิจารณาจากความเพียงพอของการนอนหลับจากระยะเวลาที่สามารถหลับได้ (Golden and James 1988 อ้างถึงใน ดารัสนี โพธารส, 2538: 13) ระยะเวลาการนอนหลับไม่มีเกณฑ์ตายตัวแน่นอนที่จะบอกว่า แต่ละคนต้องการเวลาในการนอนเท่าใด โดยทั่วไปความต้องการระยะเวลาในการนอนหลับนั้นแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ โดยอายุมากขึ้นระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละวันจะลดลง และระยะเวลาในแต่ละวงจรนานขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2534: 81; ชัยรัตน์ นิรันตรัตน์, 2546: 1; Closs, 1988: 49)

สรุปว่า คุณภาพการนอนหลับคือ การหลับลึกและหลับสนิท สมองได้พักผ่อนเต็มที่มีวงจรการนอนหลับที่ปกติ มีช่วงเวลาของการนอนหลับที่เหมาะสมกับอายุ ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้น หรือจากเครื่องตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง ถ้าตื่นขึ้นในตอนเช้าแล้วรู้สึกสดชื่น สามารถไปปฏิบัติหน้าที่การงานได้อย่างกระฉับกระเฉง (วรกต สุวรรณสถิต, 2003: 112) โดยสามารถปฏิบัติหน้าที่ในเวลากลางวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีอาการง่วงซึม (Fuller and Schaller-Ayers, 1990: 355) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความรู้สึกเป็นปกติสุข (Ferran,1990:15) ของบุคคลนั้น ๆ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ ควรประเมินทั้งปริมาณ และคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งมีวิธีการประเมินแบ่งเป็น 2 วิธี (Closs, 1988: 503; Beck, 1992: 257) ได้แก่

การวัดคุณภาพการนอนหลับที่มีลักษณะเป็นปรนัย (Objective sleep measurement) ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ เป็นการวัดในห้องปฏิบัติการ โดยบันทึกจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลาย ๆ แบบ มักใช้เครื่องมือโพลีซอมโนกราฟฟี (polysomnography) อย่างต่อเนื่องในขณะนอนหลับ เป็นวิธีที่มีความไว มีความจำเพาะที่สามารถประเมินได้ทั้งคุณภาพการนอนหลับและระยะเวลาการนอนหลับที่แท้จริง โดยให้ผลถูกต้องและเที่ยงตรงมากที่สุด (Beck, 1992: 257)

การวัดคุณภาพการนอนหลับด้วยตัวเอง (Subjective sleep measurement) เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด (Closs, 1988: 505; Beck, 1992: 258) เนื่องจากทำได้ง่ายโดยไม่รบกวนผู้ป่วย และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการตรวจด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่

1. การใช้แบบสอบถาม (Questionaire) โดยการให้กรอกข้อมูลและคำตอบเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเอง ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาและคุณภาพการนอนหลับ บางคำถามจะให้รายละเอียดของจำนวนครั้งของการตื่นและอุปนิสัยการนอนหลับ

2. การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการทบทวนรูปแบบการนอนหลับ ตื่นของผู้ป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการงีบ ความสัมพันธ์การนอนหลับกับการหายใจที่แปรปรวน การปวดเรื้อรังในตอนกลางคืน ใช้สำหรับผู้ตอบที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการอ่านและการเขียน

3. การประเมินตนเอง (Self-report) โดยใช้แบบการประมาณค่าด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (visual analogue scale) หรือมาตรส่วนประมาณค่า (rating scale) เป็นเครื่องมือให้ตอบตามความรู้สึกของผู้ตอบ

พรสวรรค์ โรจนกิตติ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด โดยใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับของ Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale (VSH Sleep Scale) ใช้การวัดด้วยมาตรประเมินการนอนหลับ โดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (visual analogue scale) ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยวลีที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการ โดยมีความหมายที่ตรงกันข้ามกัน และมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ความแปรปรวนของการนอนหลับ ประสิทธิผลของการนอนหลับ ระยะเวลาการนอนที่เพิ่มขึ้น และเวลาที่งีบหลับระหว่างวัน ข้อคำถามมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ คะแนนที่ต่ำ หมายถึง คุณภาพการนอนที่ดีกว่าคะแนนที่สูงกว่า ได้ค่า CVI = 0.93 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .92 (ศิวภรณ์ โกศล, 2538; ดารัสนี โพธารส, 2538; ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544)

วรุณศิริ ปราณีธรรม (2546) ใช้เครื่องมือแบบวัดระดับความง่วงนอนในตอนกลางวัน the Epworth Sleepiness Scale (ESS) ของ John (1993) เป็นแบบวัดการรับรู้ของการนอนหลับในแง่ของผลสะท้อนของความโน้มเอียงของบุคคลที่ตกอยู่ในอาการหลับในสถานที่ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมที่มาก หมายถึง คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และคะแนนน้อย หมายถึง คุณภาพการนอนหลับที่ดี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .86

ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้การประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตัวเอง (Subjective methods of evaluation) โดยใช้แบบวัด the Epworth Sleepiness Scale (ESS) ของ John

(1993) ได้ผ่านการทดสอบ และการนำไปใช้ในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่และเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในต่างประเทศ (John, 1993: 32; Melendres et al., 2004: 769) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .80-.88 สำหรับในประเทศไทยได้มีการนำมาใช้วัดความง่วงนอนในเวลากลางในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (ชัยรัตน์ นิรันตรัตน์, 2543: 131) และยังมีการนำมาใช้วัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับของ วรุณศิริ ปราณีธรรม (2546: 51) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .86 สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีการนำมาใช้วัดความง่วงนอนในเวลากลางวันในเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวันมาพัฒนา เพื่อให้เหมาะกับบริบทในสังคมไทย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาใช้เทคนิกการแปลเครื่องมือการแปลย้อนกลับ (back translation) เพื่อใช้เป็นแบบสอบถาม และหาความสัมพันธ์ของคะแนนกับระดับความรุนแรงในผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ สามารถนำมาประยุกต์แยกผู้ป่วยนอนกรนและโรคที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ดี โดยวัดระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน เกี่ยวกับการรับรู้ถึงการได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอจากการนอน และการรับรู้ถึงระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน เป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่ให้ความรวดเร็ว สะดวก (ชัยรัตน์ นิรันตรัตน์, 2546: 131) ประเมินได้ง่าย และประหยัดเหมาะใช้ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตัวเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับคุณภาพชีวิต

การนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคน แต่ยังไม่สามารถระบุถึงการทำหน้าที่ได้อย่างชัดเจน การที่วัยเด็กใช้เวลานอนหลับมากจึงเชื่อว่าการนอนหลับมีบทบาทหนึ่งในการพัฒนาการทางสมอง และการเจริญเติบโต (Park, 1985: 46) พบว่าการนอนหลับที่มีคุณภาพคือ การหลับลึกและหลับสนิท สมองได้พักผ่อนเต็มที่ มีวงจรการนอนหลับที่ปกติ มีช่วงเวลาของการนอนหลับที่เหมาะสมกับอายุ ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้น หรือจากเครื่องตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง ถ้าตื่นขึ้นในตอนเช้าแล้วรู้สึกสดชื่น สามารถไปปฏิบัติหน้าที่การงานได้อย่างกระฉับกระเฉง (วรกต สุวรรณสถิต, 2003: 112) โดยสามารถปฏิบัติหน้าที่ในเวลากลางวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีอาการง่วงซึม (Fuller and Schaller-Ayers, 1990: 355) ส่งผลต่อความพึงพอใจในการนอนหลับและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Louis et al., 2000: 1117) แต่ถ้าการนอนหลับไม่ต่อเนื่องหรือการนอนหลับไม่มีคุณภาพในเด็กจะพบปัญหาทางพฤติกรรมในเวลากลางวัน ในเรื่องการเรียน การรับรู้ การพูด การคิด และการมีสมาธิ (Palm et al., 1989: 302; Randazzo et al., 1998: 866) การทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมในเวลากลางวันลดลง (DeZee et al., 2006: 330) ผู้ป่วยที่มีภาวะ

อุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ พบว่า มีการหยุดหายใจ และมีการสะดุ้งตื่น (arousal) บ่อย ทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง (sleep fragmentation) และมีการหลับระดับตื้นอยู่เป็นประจำ เนื่องจากร่างกายต้องคอยกระตุ้นให้ตื่นหายใจอยู่ตลอดทั้งคืน ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับทั้งระยะการกรอกลูกตา (REM sleep) และระยะไม่กรอกลูกตา (non-REM) (ชัยรัตน์ นิรันตรัตน์, 2546: 130) ทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ (ศิวภรณ์ โกศล, 2538: 20) การนอนหลับไม่เต็มที่ จะมีอาการปวดศีรษะมากเวลาตื่นนอนตอนเช้า เวียนศีรษะ ไม่สดใสในตอนกลางวัน มีอาการง่วงนอนมากในเวลากลางวัน (Guilleminault et al.,1976; Lavie and Pillar, 2001) มีความสนใจ การเรียน สมาธิและความจำลดลง (O'brien et al., 2004: 168; Melendres et al., 2004: 770; Blunden et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Joo et al.(2005: 435) พบว่า อาการง่วงนอนมากในเวลากลางวันมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนหลับ ความรู้สึกการนอนหลับไม่เพียงพอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Melendres et al. (2004: 773) พบว่าเด็กที่มีการหายใจผิดปกติในขณะหลับมีความสัมพันธกับอาการง่วงนอนมากในเวลากลางวัน ซึ่งเกิดจากการนอนกรน นอนกัดฟัน ภาวะหยุดหายใจ ฝันร้าย และการสะดุ้งตื่นบ่อย ส่งผลทำให้การนอนหลับไม่มีคุณภาพ มีการง่วงนอนมากในเวลากลางวัน ทำให้การทำกิจกรรม ความจำลดลง อารมณ์เปลี่ยนแปลง และมีปัญหาทางพฤติกรรม (Carskadon at al., 1998: 880) ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

ภาวะสุขภาพจิต มีผู้ให้ความหมาย สุขภาพจิต ที่แตกต่างกัน ดังนี้

WHO (1976 อ้างถึงใน อัมพร โอตระกูล, 2538: 14) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึง เป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีความสัมพันธ์อันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสมดุลอย่างสุขสบายรวมทั้งสนองความต้องการของตนในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลง โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ

ฝน แสงสิงแก้ว (2521: 57) ได้กล่าวว่า สุขภาพจิต คือสภาวะชีวิตที่มีสุขภาพและสามารถปรับตนเองอยู่ได้ด้วยความสุขในโลกซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้

อัมพร โอตระกูล (2538: 14) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย และทางใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วมและสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

กรมสุขภาพจิต (2545 อ้างถึงใน บุญพา ณ นคร, 2545: 6-7) ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลมาจากการมีวิธีการมองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับ

ความคิดอารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคมได้อย่างเหมาะและสร้างสรรค์ภายใต้สภาพแวดล้อมและเวลาที่เปลี่ยนแปลง

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา (2535: 790) สุขภาพจิต คือ คุณภาพของจิตใจในการแสดงออกของบุคคลในการโต้ตอบต่อสภาวะแวดล้อมหรือการปรับตัวเมื่อมีปัญหาชีวิต

สุรางค์ จันทน์เอม (2521: 2) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึง สมรรถภาพในการปรับปรุงตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี มีความคิดถูกต้อง สามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิชัย มงคล และคณะ (2544: 228) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

สรุปได้ว่า สุขภาพจิตหมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข ซึ่งปราศจากโรคจิตประสาท สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและสังคมได้อย่างเหมาะสม มีศักยภาพพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อตัวเองและสังคมได้ดี

องค์ประกอบของสุขภาพจิต

อภิชัย มงคลและคณะ (2544: 228) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของสุขภาพจิตประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1. สภาพจิตใจ (Mental state) หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจและความเจ็บป่วยทางจิต

2. สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) หมายถึงความสมารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข

3. คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจ ในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

4. ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factor) หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน ความปลอดภัยทางร่างกาย และความมั่นคงในชีวิต การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ตลอดการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี และมีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ

กรมสุขภาพจิต (อ้างถึงใน พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2543: 135) ได้กล่าว ถึงองค์ประกอบของสุขภาพจิตประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้คือ

1. ด้านเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคล ได้แก่ ความสงบผ่อนคลายของจิต การสำรวจและความเข้าใจตนเอง และวิธีมองโลกและการเข้าใจความเป็นไปของโลก

2. ด้านเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมและโลกภายนอก ได้แก่ ความสามารถในการปรับตัวเพื่อสนองตอบความต้องการ การทำประโยชน์ต่อสังคม และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลแวดล้อม

3. ด้านทางสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถในการตั้งรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม และปรับวิธีการดำเนินชีวิต

ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

สุรางค์ จันทน์เอม (2521: 2) กล่าวว่า คนที่มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีความคิดดี มีร่างกายแข็งแรงควบคู่กันไปด้วยเสมอ มีอารมณ์มั่นคง และมีความสามารถในการทำงาน ตลอดจนการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา (2535: 790) กล่าวว่า คนมีสุขภาพจิตดี คือ คนที่สามารถมีการแสดงออกเหมาะสมกลมกลืนกับวัย เพศ บทบาทของตน และผู้อื่น รวมทั้งเวลา สถานที่ ซึ่งเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอได้ โดยมีความคับข้องใจน้อยที่สุด มีความสุข ความพอใจ โดยไม่ต้องปรากฏอาการแสดงของปัญหาสุภาพจิตและปัญหาจิตเวช

สุภาพรรณ โคตรจรัส (2523: 155-156) กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะต้องใช้สติประกอบปัญญา มีการตัดสินใจที่ฉลาด ยอมรับความเป็นจริงในชีวิต สามารถเผชิญและสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ ใช้วิธีเผชิญปัญหาโดยการแก้ไขปัญหาโดยตรง มีอารมณ์มั่นคง ไม่รู้สึกถูกกระทบกระเทือนเกินกว่าเหตุ หาความพึงพอใจจากสังคมได้ พัฒนาตนเองได้อย่เต็มที่ ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม เพื่อเผชิญปัญหา พึ่งตนเองได้ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถจะรักได้อย่างแท้จริง

ผกา สัตยธรรม (2540: 8) กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี เป็นบุคคลที่สามารถปรับตัวให้มีความสุขในชีวิตได้พอสมควร สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในขอบเขตที่พอจะเป็นไปได้ มีความหวังและอุดมคติที่จะต้องก้าวต่อไปในชีวิต โดยไม่เคร่งเครียด สามารถยอมรับสภาพความเป็นไปในชีวิตของตนได้เป็นอย่างดี รู้ความเข้มแข็งของตนเอง และยอมรับความบกพร่องและอ่อนแอของตนเองได้ ไม่ท้อถอยต่อความล้มเหลวของตนเอง และไม่ลืมตัวเมื่อได้รับความสำเร็จ สามารถเป็นมิตรกับผู้อื่นได้อย่างจริงใจ

สรุปได้ว่า ลักษณะผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่สามารถเข้าใจตนเองและปรับเข้ากับสภาพสิ่งแวดล้อม มีความคาดหวังทางความคิดเป็นไปในทางที่เป็นจริงและเป็นไปได้ มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมได้เหมาะสมกับสภาวการณ์ต่าง ๆ มีความสามารถในการเผชิญและแก้ปัญหาโดยตรง สามารถใช้ศักยภาพในตนเพื่อเป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคมได้ตามสภาวะที่เหมาะสม มีความกระตือรือร้นในชีวิต มีมนุษยสัมพันธภาพที่ดี เป็นผู้ที่มีความสุขในการดำเนินชีวิต ปราศจากอาการของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีผลมาจากความเครียดและความวิตกกังวลทางจิตใจ

การประเมินภาวะสุขภาพจิต

สุภาพรรณ โคตรจรัส (2525: 2-3) ได้กล่าวถึงเกณฑ์ในการพิจารณาสุขภาพจิตของบุคคลไว้ 3 เกณฑ์ คือ

1. การพิจารณาทางลบ ได้แก่ การพิจารณาความเข้มแข็งของความรู้สึกส่วนตัว เช่น ความโศก วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น บุคคลที่มีความรู้สึกเกี่ยวกับอาการดังกล่าวต่ำจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

2. การพิจารณาทางบวก ได้แก่ การพิจารณาลักษณะหรือคุณสมบัติของผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ คือ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี และลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ตามแนวคิดนี้คือ เป็นผู้ที่มองชีวิตในแง่ประโยชน์ ชื่นชมในตนเอง และประสบการณ์ที่ตนเองประสบอยู่ สามารถเข้าใจตนเองและผู้อื่น

3. การพิจารณาเชิงสถิติ มองในแง่ของความผิดปกติ คือ พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ปกติของคนส่วนมาก ซึ่งการใช้เกณฑ์นี้มีข้อจำกัดมากในปัจจุบัน จึงไม่มีผู้นิยมใช้เกณฑ์นี้

เครื่องมือการประเมินภาวะสุขภาพจิต

นงคราญ อุดมพันธ์ (2543) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นประถมปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลวัดศรีสุพรรณ จ. เชียงใหม่ จำนวน 45 คน โดยใช้แบบคัดกรองปัญหาสุภาพจิต Genneral Health Questionarire (GHQ-28) ใช้มาตรวัด 4 ระดับ ประกอบด้วย คำถาม 28 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกไม่เป็นสุข จำนวน 7 ข้อ ด้านความวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ ด้านความพร่องเชิงสังคม จำนวน 7 ข้อ และด้านโรคอุปทาน จำนวน 7 ข้อ การคิดคะแนนของ GHQ ใช้คิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) แบบประเมินนี้ได้ค่าความเที่ยง .88

เบญจมาภรณ์ มรกต (2545) ศึกษาเชาวน์ปัญญาและสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จ. เชียงใหม่ จำนวน 162 คน โดยใช้แบบ

ประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) ของ กรมสุขภาพจิต (2544) ซึ่งพัฒนามาจาก The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก โดยประเมินตนเอง เป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่จริง อาจจริง และจริง ประกอบด้วย 5 ด้าน มีคำถามจำนวน 25 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ 5 ข้อ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง 5 ข้อ พฤติกรรมด้านความประพฤติ 5 ข้อ พฤติกรรมด้านบุคลิกภาพและความสัมพันธ์ 5 ข้อ และพฤติกรรมด้านความสามารถทางสังคม 5 ข้อ การแปลผล คะแนน 0-15 หมายถึง ปกติ คะแนน 16-19 หมายถึง เสี่ยง และคะแนน 20-40 หมายถึง มีปัญหา แบบประเมินนี้ได้ค่าความเที่ยง .81

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพจิต โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจของเด็ก ของกรมสุขภาพจิต (2544) ซึ่งพัฒนามาจาก The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก สำหรับบิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีปัญหาด้านอารมณ์ ด้านความประพฤติ ด้านอยู่ไม่นิ่ง ด้านบุคลิกภาพและความสัมพันธ์ และด้านความสามารถทางสังคม ซึ่งเป็นแบบประเมินพฤติกรรมอารมณ์ที่ได้มีการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 40 ประเทศ (Woerner et al. 2004: 3) รวมทั้งประเทศไทยด้วย เพื่อใช้ในการประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก เช่น ใช้ในการประเมินพฤติกรรมเด็กในคลินิกจิตเวช และเด็กในชุมชน ได้แก่ ประเทศดัทช์, ฟินแลนด์ และสวีเดน โดยพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .71-.83 (Goodman and Scott, 1999: 19; Widenfelt et al., 2003: 284; Becker et al., 2004: 13) และยังนำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็กที่มีปัญหาการนอนหลับในประเทศอังกฤษ (Johnson et al., 2005: 238) สำหรับในประเทศไทยใช้ประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก เพื่อคัดกรองสุขภาพจิตเด็กในเด็กทุกรายในพื้นที่กรณีภัยพิบัติจากธรรมชาติ เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต (วชิระ เพ็งจันทร์ และคณะ, 2549: 4) และสมชาติ สุทธิกาญจน์ (2543: 19) ได้ศึกษาแบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจ โดยใช้ The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา อายุ 7-8 ปี และ อายุ 11-13 ปี ประเมินโดยบิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็ก พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในช่วง .72-.78 สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยคิดว่าเหมาะที่จะนำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิตทั้งด้านบวกและด้านลบ เพื่อการประเมินภาวะสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับคุณภาพชีวิต

การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือจากพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วยเป็นสาเหตุของความเครียดและกลไกการปรับตัวทางสังคมที่ไม่เหมาะสม เด็กจะมีบุคลิกลักษณะเก็บตัว ทักษะทางสังคมบกพร่อง (กรมสุขภาพจิต, 2544: 21) เมื่อบุคคลถูกกระตุ้นโดยสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือปัญหาต่าง ๆ ทำให้บุคคลนั้นต้องปรับตัวกับปัญหานั้น ๆ โดยผู้ที่มีสุขภาพจิตดีสามารถปรับตัวกับปัญหาต่าง ๆ ได้และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ส่วนผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดีจะใช้เวลาในการปรับตัวนาน หรือปรับตัวไม่ได้ (ณภัควรรต บัวทอง, 2546: 27) ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ จะเป็นผู้ที่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ คือทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง และส่วนรวมได้ดียิ่ง (อัมพร โอตระกูล, 2538: 14) เมื่อสภาพร่างกายเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวเรื้อรังก็จะทำให้บุคคลผู้นั้นมีสุขภาพจิตด้อยลง เพราะสมองทำงานผิดไป ความรู้สึก อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ทำงานอ่านหนังสือ หรือเล่นอะไรก็ไม่สนุก ถ้าเป็นโรคร้ายแรง หายยากอาจทำให้เสียชีวิตได้ ก็ยิ่งทำให้เสียสุขภาพจิตมาก รู้สึกกังวล กลัวไม่หาย กลัวตาย เสียการเรียน ทำให้มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย หรือซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้ (สุภา มาลากุล ณ อยุธยา, 2535: 805-806) เด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือเครียดรุนแรง ทำให้ขาดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเล่นกีฬา การเรียน และเกิดการซึมเศร้า แยกตัว ทำให้รู้สึกขาดความสามารถ และความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (McCaffrey, 2006: 61) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sawyer et al. (2002: 535) พบว่า เด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะมีคุณภาพชีวิตต่ำในด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ และสังคม และการทำกิจกรรม ส่วนการศึกษาของ Mulvaney et al. (2006: 326) พบว่า เด็กวัยเรียนที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาทางสังคม ปัญหาทางความคิด และปัญหาความจำ คล้องกับการศึกษาของ Rosen et al. (2004: 1642) พบว่า เด็กวัยเรียนที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีปัญหาทางพฤติกรรม ซุกซน อารมณ์เปลี่ยนแปลง ก้าวร้าว หงุดหงิด โมโหฉุนเฉียว ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ และแยกตัว (Guilleminault et al., 1976: 25) และยังพบว่าการนอนหลับไม่ต่อเนื่อง (sleep fragmentation) จะมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ความคิดสับสน การรับความ รู้สึกลดลง ง่วงนอน อารมณ์ซึมเศร้า และเก็บตัว (ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, 2538: 18) เมื่อเด็กไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมของตนได้อย่างมีความสุข ขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ขาดชีวิตที่สมดุล ขาดความสามารถสนองความต้องการของคนในโลก และยังมีข้อขัดแย้งภายในจิตใจตนเอง (WHO 1976 อ้างถึงใน สุรางค์ จันทน์เอม, 2521: 2) ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดหนึ่งสิ่งหนึ่ง และบุคคลจะใช้ช่วงเวลาหนึ่งเพื่อพัฒนาความชำนาญในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น (Ray et al., 1982: 385) ดังนั้น ระยะเวลาการเจ็บป่วย จึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัว เพราะการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่นานนั้น ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ ค่อย ๆ เรียนรู้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง แก้ไขปัญหาได้มากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kottket,1982: 60-62) เมื่อปรับตัวได้สามารถทำกิจกรรม และการทำกิจวัตรประจำวันได้เอง และการได้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอยู่อย่างสม่ำเสมอทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี (อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ, 2543: 74) และจากการศึกษาของ สุดใจ สมิทธิการ (2541:72) พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ (2542: 167) พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ McCarthy et al. (2006: 257) พบว่า เด็กที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การประเมินระยะเวลาการเจ็บป่วย

การประเมินระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า มีการประเมินทั้งในลักษณะการนับเป็นจำนวนปีและการนับเป็นจำนวนเดือน (สุดใจ สมิทธิการ, 2541: 8; อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543: 11; งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545: 66) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ลักษณะเป็นจำนวนเดือน เนื่องจากผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีอาการนอนกรนเสียงดังและหยุดหายใจขณะนอนหลับ ซึ่งบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู จะสังเกตอาการและสามารถบอกได้ว่าเด็กมีอาการหยุดหายใจตั้งแต่เมื่อไหร่ ซึ่งจะเกิดขึ้นชัดเจนช่วงเวลาเป็นอาทิตย์หรือเป็นเดือน พอจะจำได้ถึงระยะเวลาการเจ็บป่วย ถ้านับเวลาระยะการเจ็บป่วยเป็นปี จะทำให้เกิดการคลาดเคลื่อนถึงรายละเอียดของอาการหยุดหายใจได้

ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ระดับความรุนแรงของโรค เป็นสิ่งบ่งชี้สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการดูแลตนเอง เมื่อระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มสูงขึ้นจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อตอบสนอง

ความต้องการการดูแลตนเองได้ (Orem, 1991: 117; นิรามัย ใช้เทียมวงศ์, 2535: ก-ข) ซึ่งความรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้นจะยิ่งทำให้มีผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการดูแลตนเองลดลง (Burckhardt, 1985: 11) ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาของ Graf et al. (2006: 350) พบว่า เมื่อระดับความรุนแรงของโรคมะเร็งในเด็กที่ระดับความรุนแรงน้อยถึงระดับความรุนแรงปานกลาง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลง ในด้านการปวดเมื่อยร่างกาย การเคลื่อนไหว การรับรู้ หน้าที่ทางสังคม อารมณ์ที่เป็นสุขและอารมณ์ไม่เป็นสุข ส่วนการศึกษาของ D'Ambrosio, Bowman and Mohsenin (1999: 124-125) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในระดับความรุนแรงน้อย มีความพร่องของคุณภาพชีวิตในเรื่องของพละกำลังที่ลดลง รู้สึกอ่อนล้าหมดแรง ส่วนผู้ที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในระดับความรุนแรงมาก มีความพร่องของคุณภาพชีวิตในเรื่องของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ ความมีชีวิตชีวา สุขภาพจิตและการดูแลสุขภาพลดลง McCarthy et al. (2006: 257) พบว่า เด็กที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองที่มีระดับความรุนแรงมากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่แย่ลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พึงพิศ ศรีสืบ (2543: 46) ที่พบว่า ความสามารถของเด็กสมองพิการจะลดลง เมื่อระดับความรุนแรงของภาวะสมองพิการมากขึ้น

การประเมินระดับความรุนแรงของอาการ

การประเมินความรุนแรงของอาการ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการประเมินเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. แบบประเมินความรุนแรงของอาการที่ประเมินจากสมรรถภาพของร่างกาย โดยมีตัวอย่างการประเมินดังนี้

1.1 การประเมินสภาวะของโรคตามความรุนแรงของอาการ ที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยการประเมินตามอาการความรุนแรงของโรค จาก International consensus report on the diagnosis and management of asthma (Sheffer et al., 1992: 4) Classification of asthma by severity of disease (Lenfant, 1991: 435) แปลโดย เพลินตา พรหมบัวศรี (2536) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับความรุนแรงน้อย หมายถึง มีอาการหอบหืดน้อยกว่า 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ มีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกในเวลากลางคืนน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน

ระดับความรุนแรงปานกลาง หมายถึง มีอาการหอบหืดมากกว่า 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ มีอาการแน่นหน้าอกหายใจไม่ออกในเวลากลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน

ระดับความรุนแรงมาก หมายถึง มีอาการหอบหืดบ่อย ๆ เกือบทุกวัน มีอาการแน่นหน้าอกหายใจไม่ออกในเวลากลางคืนเกือบทุกวัน มีอาการไอ หายใจมีเสียงวี๊ดเกือบตลอเวลา

1.2 การประเมินสภาวะของโรคตามความรุนแรงของอาการ ใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรคหัวใจ การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ตามเกณฑ์การประเมินระดับสมรรถภาพของหัวใจของผู้ป่วยด้วยเกณฑ์การประเมินของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งนิวยอร์ค (New York's Heart Association) และบันทึกลักษณะกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้และจัดระดับตามการพิจารณาเป็น 4 ระดับ (จุฬาภรณ์ ตั้งภักดี, 2547: 30-31) ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำงานบ้าน ออกำลังกาย ได้ปกติ

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำงานบ้าน ออกำลังกาย ได้ปกติ แต่จะมีอาการเมื่อออกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น วิ่งหรือเดินขึ้นบันไดเร็ว ๆ และขณะพักจะทำให้อาการเหนื่อยหอบดีขึ้น

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ เมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ แม้ออกแรงเพียงเล็กน้อย เช่น ทำงานบ้านกวาดบ้าน เดินไปห้องน้ำ อาการเหนื่อยหอบดีขึ้นเมื่อได้พัก

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ แม้ในขณะพัก หรือนั่งอยู่บนเตียงเฉย ๆ และเมื่อมีกิจกรรมเล็กน้อยก็ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบอย่างรุนแรง

2. การประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่ประเมินจากวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการหรือเครื่องมือวิทยาศาสตร์ โดยมีตัวอย่างการประเมินดังนี้

2.1 การประเมินสภาวะของโรคตามความรุนแรงของอาการที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กตามเกณฑ์วินิฉัยของ French-American-British (FAB) โดยดูจำนวนและลักษณะของเซลล์เม็ดเลือดในกระดูก ตั้งแต่ระดับที่ 1-4 (พงษ์จันทร์ หัตถีรัตน์ และคณะ, 2538 อ้างถึงใน งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545: 64)

2.1.1 ลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cell 0-5.0% และ/หรือมีจำนวน Lymphocytes+ Blast cell 0-40.0% ในโรค ALL หรือลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cell 0-5.0% และ/หรือมีจำนวน Blast cell+Promyelocytes 0-10.0% ในโรค ANLL

2.1.2 ลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cell 5.1-25.0% และ/หรือมีจำนวน Lymphocytes+ Blast cell 40-70.0% ในโรค ALL หรือลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cell 5.1-25.0% และ/หรือมีจำนวน Blast cell+Promyelocytes 10.1-30.0% ในโรค ANLL

2.1.3 ลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cell 25.1-50.0% และ/หรือมีจำนวน Lymphocytes+ Blast cell มากกว่า 70.0% ในโรค ALL หรือลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cell 25.1-50.0% และ/หรือมีจำนวน Blast cell+Promyelocytes 30.1-55.0% ในโรค ANLL

2.1.4 ลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cell เกิน 50.0% และ/หรือมีจำนวน Lymphocytes+ Blast cell เกิน 70.0% ในโรค ALL หรือลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cell เกิน 50.0% และ/หรือมีจำนวน Blast cell+Promyelocytes เกิน 55.0% ในโรค ANLL

2.2 การประเมินระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับด้วยเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (polysomnography) ซึ่งเป็นการบันทึกรายละเอียดต่าง ๆ ของร่างกายขณะหลับว่ามีการเปลี่ยน แปลงอย่างไร และใช้ค่าดัชนีจำนวนครั้งของการหยุดหายใจรวมกับการหายใจน้อยขณะหลับใน 1 ชั่วโมง (Apnea Hypopnea Index: AHI) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (O'Brien et al., 2004: 167) โดยได้แบ่งระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเป็น 3 ระดับ ดังนี้

2.2.1 ระดับเล็กน้อย (mild sleep apnea) มีการค่า Apnea Hypopnea Index (AHI) ช่วงระหว่าง 1-4 ครั้ง/ชั่วโมง

2.2.2 ระดับปานกลาง (moderate apnea) มีการค่า Apnea Hypopnea Index (AHI) ช่วงระหว่าง 5-9 ครั้ง/ชั่วโมง

2.2.3 ระดับรุนแรงมาก (severe sleep apnea) มีการค่า Apnea Hypopnea Index (AHI) เท่ากับหรือมากกว่า10 ครั้ง/ชั่วโมง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ผลการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ จากเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ในการประเมินระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับด้วยเครื่อง Polysomnography ซึ่งเป็นการบันทึกรายละเอียดต่าง ๆ ของร่างกายขณะหลับว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และใช้ค่าจำนวนครั้งของการหยุดหายใจรวมกับการหายใจน้อยขณะหลับ (Apnea Hypopnea Index: AHI) ใน 1 ชั่วโมง เป็นเกณฑ์การตัดสินระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (O'Brien et al., 2004: 167) ซึ่งเหมาะในการประเมินระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก

ดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกาย มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ การมีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรถือว่า ภาวะอ้วน (Franco et al., 2000: 11) ความอ้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะอุดกั้นทางเดินทางเดินหายใจขณะหลับ (Sulit et al., 2005: 662) และความอ้วนยังมีผลกระทบต่อสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของเด็ก ซึ่งเป็นช่วงวัยที่กำลังมีการพัฒนาการและเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต (อรุณรัศมี บุนนาค และคณะ, 2545:159) คนอ้วนมักจะถูกมองว่า ขี้เกียจ สกปรก โง่ น่าเกลียด ไม่ซื่อสัตย์ (Must, 1996: 445) ส่งผลต่อกระทบกับสภาพจิตใจ ทำให้รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ และขาดความมั่นใจในตนเอง (American academy of pediatrics, 2003: 425) จากการศึกษาของ Fallon et al. (2005: 448) พบว่า เมื่อเด็กมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เด็กจะเกิดภาวะซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม คุณค่าในตนเอง การเรียน กิจกรรมทางสังคมและคุณภาพชีวิตลดลง และการศึกษาของ Friedlander et al. (2003: 1208) พบว่า เด็กที่มีน้ำหนักมาก จะมีคุณภาพชีวิตต่ำในด้านจิตสังคม ด้านความรู้สึกภูมิใจในตนเอง อารมณ์ การทำหน้าที่ของร่างกาย พฤติกรรม และสุขภาพทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schwimmer et al. (2003: 1816) พบว่า เด็กที่มีความอ้วนมากจะมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการเรียนลดลง ส่วนการศึกษาของ Fontain and Barofsky (2001: 175) พบว่า เด็กอ้วนจะมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกายและความมีชีวิตชีวาลดลง และยังส่งผลต่อปัญหาในการเรียน การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร ภาพลักษณ์และความมั่นใจในตนเอง (Zametkin et al., 2004: 138) ทำให้เกิดปมด้อยและแยกตัวออกจากสังคม ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง (Must, 1996: 445; กิจติยา รัตนมณี, 2547: 25)

การประเมินดัชนีมวลกาย

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2544) ประเมินดัชนีมวลกายโดยการเปรียบเทียบกับส่วนสูงน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากหรือสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ใช้ในการตัดสินว่าเป็นโรคอ้วนหรือไม่ คำนวณโดยการชั่งน้ำหนักของร่างกายเป็นกิโลกรัม และหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง มีหน่วยเป็นกิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยแบ่งดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 18.5 หมายถึง ผอม, 19-22.9 หมายถึง น้ำหนักปกติ, 23-24.9 หมายถึง ท้วม, 25-29.9 หมายถึง อ้วนปานกลาง และมากกว่า 30 หมายถึง อ้วนมาก

Franco et al. (2000: 11) ประเมินดัชนีมวลกาย ประเมินโดยการเปรียบเทียบกับส่วนสูงน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากหรือสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ใช้ในการตัดสินว่าเป็นโรคอ้วนหรือไม่ คำนวณโดยการชั่งน้ำหนักของร่างกายเป็นกิโลกรัมและหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง มีหน่วยเป็นกิโลกรัม

ต่อตารางเมตร โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 หมายถึง ภาวะอ้วน ดัชนีมวลกาย 25-30 หมายถึง น้ำหนักมาก และดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 หมายถึง น้ำหนักปกติ

สูตรคำนวณอัตโนมัติจาก Department of Health and Human Services Center of Disease Control and Prevention: CDC website (http://apps.nccd.cdc.gov/dnpabmi/Calculator.aspx) โดยใช้Tน้ำหนักตัว ส่วนสูง และอายุมาคำนวณเป็นค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) การแปลผลของ (the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion: CDC Growth Charts: United States, 2000) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

ดัชนีมวลกาย มีค่ามากกว่า 95 เปอร์เซนไทล์ หมายถึง น้ำหนักมาก

ดัชนีมวลกาย มีค่ามากกว่า 85-94 เปอร์เซนไทล์ หมายถึง เสี่ยงน้ำหนักมาก

ดัชนีมวลกาย มีค่า 5-84 เปอร์เซนไทล์ หมายถึง น้ำหนักปกติ

ดัชนีมวลกาย มีค่าน้อยกว่า 5 เปอร์เซนไทล์ หมายถึง น้ำหนักน้อย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การคำนวณน้ำหนักตัวและส่วนสูงมาเป็นค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ใช้เป็นการบ่งชี้ภาวะน้ำหนักที่แท้จริงเป็นเกณฑ์การตัดสินว่ามีภาวะอ้วนหรือไม่ และใช้เกณฑ์การแบ่งดัชนีมวลกายของ Franco et al. (2000: 11) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร หมายถึง ภาวะอ้วน ดัชนีมวลกาย 25-30 กิโลกรัม/ตารางเมตร หมายถึง น้ำหนักมาก และดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร หมายถึง น้ำหนักปกติ ซึ่งเหมาะสมในการคิดคำนวณส่วนสูงและน้ำหนัก ซึ่งให้สอดคล้องในการแบ่งเกณฑ์ดัชนีมวลกายที่มีผลต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็ก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัย พบว่าภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จะมีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ มากมาย และยังพบว่ายังมีวรรณกรรมอีกมากที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ดังนี้

O'Brien et al. (2004) ศึกษาความสัมพันธ์พฤติกรรมทางจิตประสาทกับเด็กที่มีอาการการหายใจผิดปกติในขณะหลับ จำนวน 70 คน โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินจิตประสาท (neuropsychology assessment battery: NEPSY) ของ Korkman et al. (1998) เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรม (the Child Behavior Checklist: CBCL) Achenbach (1991) และเครื่องมือ

แบบประเมินความสามารถ (Differential Ability Scales: DAS) ของ Elliott (1990) โดยการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 35 คน ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีอาการหายใจผิดปกติในขณะหลับมีพฤติกรรมด้านความสามารถ มีการสื่อสารในท่าทาง ความสามารถโดยทั่วไปลดลง ส่วนพฤติกรรมด้านจิตประสาท พบว่าเด็กมีความตั้งใจ การพูด ความตั้งมั่น การมีสมาธิในการฟังและการมองและออกเสียงในการอ่านแย่ลงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนด้านพฤติกรรมพบว่าไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุม และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการนอนกับพฤติกรรมทางประสาทพบว่าค่าดัชนีการสะดุ้งตื่น (arousal index) มีความสัมพันธ์ทางลบพฤติกรรมความสามารถทางความสามารถทั่วไป การใช้ท่าทาง และรูปแบบโครงสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และยังพบว่าค่าดัชนีการสะดุ้งตื่น (arousal index) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมด้านจิตประสาทในการตั้งใจและความตั้งมั่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

Urschlitz et al. (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจผิดปกติในขณะหลับกับความสนใจการเรียนและผลสัมฤทธิ์การเรียนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ใน Hanover in Germany จำนวน 1,144 คน โดยใช้แบบสอบถามอาการหายใจผิดปกติขณะหลับ (Gozal's sleep-disordered breathing questionnaire) ของ Gozal (1998) ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีการนอนกรนมีความสัมพันธ์กับผลการเรียนที่แย่ลงในวิชาคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์และหลักภาษา และจะพบผลกระทบมากขึ้นถ้าการนอนกรนรุนแรงหรือนอนกรนมากขึ้น และพบว่าเด็กที่มีค่าอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดง (oxygen saturation) ในระดับต่ำ มีความเสี่ยงสูงกับผลการเรียนลดลงในวิชาคณิตศาสตร์ และวิชาหลักภาษา และนอกจากนั้นยังพบว่า ผลการเรียนจะลดลงเป็น 2 เท่า ถ้าเด็กมีการนอนกรนเป็นประจำหรือนอนกรนบ่อยมากขึ้น

Goldstein et al. (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการผ่าตัดต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ ที่แผนกคลินิกหู คอ จมูก ใน New York's hospital เด็กอายุ 12–18 ปี จำนวน 64 คน ตั้งแต่ปี 1999-2000 โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรม (the Child Behavior Checklist: CBCL) ของ Achenbach (1991) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of life survey of pediatric obstructive sleep apnea: OSA-18) ของ Franco et al. (2000) ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีคุณภาพชีวิตต่ำมากก่อนการผ่าตัดต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ ในด้านรบกวนการนอน อาการทางร่างกาย ความห่วงใยและวิตกกังวลบิดามารดา และคุณภาพชีวิตต่ำรองลงมาคือ อาการทางอารมณ์และการทำหน้าที่ในตอนกลางวัน และหลังจากเด็กได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ จะพบว่า เด็กมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นมาก ในด้านการรบกวนการนอน ด้านทางร่างกาย ความห่วงใยและความวิตกกังวลของบิดามารดา ส่วนอาการด้านอารมณ์ และการทำหน้าที่ในตอนกลางวัน มีการเปลี่ยน

แปลงคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และยังพบว่า พฤติกรรมเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีปัญหาพฤติกรรมก่อนการผ่าตัดต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ ได้แก่ แยกตัว อาการทางร่างกาย วิตกกังวล/ซึมเศร้า ก้าวร้าว พฤติกรรมแบบเก็บกดและพฤติกรรมแบบแสดงออก/ขาดการควบคุม และหลังจากการผ่าตัด พบว่า เด็กมีพฤติกรรมวิตกกังวล/ซึมเศร้า ปัญหาทางความคิดและปัญหาการนอนหลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่า ระดับการศึกษาของมารดาที่สูงมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมลดลงมากกว่ามารดาที่ไม่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา และคุณภาพชีวิตสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Mulvaney et al. (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีการหายใจผิดปกติ ปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีอาการหายใจผิดปกติขณะหลับ ใน Tucson Unified's school อายุ 6–12 ปี จำนวน 403 คน โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรม (the Child Behavior Checklist: CBCL) ของ Achenbach (1991) และแบบประเมินอาการซุกซน/อยู่ไม่นิ่งหรือสมาธิสั้น (the Conner Parent Rating Scale-Revised: CPRS-R) ของ Parker and Epstein (1998) ผลการศึกษาพบว่า เด็กกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงในการหายใจผิดปกติที่มากกว่าร้อยละ 15 ของจำนวนครั้งการหายใจผิดปกติขณะหลับ (Respiration Distress Index: RDI) เด็กจะมีปัญหาก้าวร้าว ปัญหาด้านสมาธิ ความสนใจ ปัญหาทางสังคม และปัญหาทางความคิดมาก และพบว่า เด็กกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงการหายใจผิดปกติที่สูงมากขึ้น จะมีปัญหาความสนใจ ปัญหาสังคม และพฤติกรรมแบบแสดงออก/ขาดการควบคุมที่สูงขึ้น และยังพบอีกว่า เด็กที่มีระดับความรุนแรงการหายใจผิดปกติในระดับสูง จะมีพฤติกรรมปัญหาการต่อต้าน ปัญหาด้านสมาธิ/ความตั้งใจ ปัญหาทางสังคม ปัญหาทางร่างกาย ปัญหาซุกซน/อยู่ไม่นิ่ง และปัญหาภาวะสุขภาพจิต ดังนั้น สรุปว่าเด็กที่มีค่าดัชนีการหายใจผิดปกติสูงจะพบอุบัติการณ์การเกิดปัญหาพฤติกรรมได้มาก และนอกจากนั้นยังพบว่า อาการซุกซน/อยู่ไม่นิ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการหายใจผิดปกติในขณะหลับ

Melendres et al. (2004) ศึกษาอาการง่วงนอนในเวลากลางวัน และอาการซุกซนในเด็กที่มีความผิดปกติการหายใจขณะหลับ ที่คลินิกโรคทางเดินหายใจ Johns Hopkins's hospital อายุ 2–18 ปี จำนวน 108 คน โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินความง่วงนอน (the Epworth Sleepiness Scale: ESS) ของ John (1993) เครื่องมือแบบประเมินอาการซุกซน/อยู่ไม่นิ่ง (the Conner abbreviated symptom questionnaire for hyperactivity) ของ Casat et al. (1999) และแบบประเมิน Polysomnography ผลการศึกษาพบว่า อาการง่วงนอนในเวลากลางวันในเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) และการนอนระยะกลอกลูกตาเร็ว (REM sleep) และอาการง่วงนอน

ในเวลากลางวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าดัชนีการหยุดหายใจและหายใจน้อย (Apnea Hypopnea Index: AHI) และยังพบว่า เด็กที่มีการหายใจผิดปกติในขณะนอนหลับ และนอนกรนจะมีพฤติกรรมซุกซนอยู่ไม่นิ่ง

Klassen Miller and Fine (2005) ศึกษาคุณภาพชีวิตระหว่างมารดาและเด็กโรคซุกซน/ไม่อยู่นิ่ง ในแผนกคลินิกรักษาโรคซุกซน/อยู่ไม่นิ่ง Columbia children's hospital อายุ 10-17 ปี จำนวน 165 คน ตั้งแต่ปี 2001-2002 โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Child Health Questionnaire: CHQ-PF50) ของ Landgraf, Abetz and Ware (1999) และเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรม (Child/Adolescent Symptom Inventory: CSI) ของ Gadow and Sprafkin (1997) ผลการศึกษาพบว่า เด็กโรคซุกซน/ไม่อยู่นิ่งมีคุณภาพชีวิตแย่ลง ในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย พฤติกรรมและกิจกรรมในครอบครัว และยังพบว่า การรายงานระหว่างมารดากับการรายงานของเด็กมีความแตกต่างกันในด้านปัญหาทางพฤติกรรมและด้านความรู้สึกคุณค่าในตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เด็กมีพฤติกรรมหรือปัญหาภาวะสุขภาพจิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีกว่าผลการประเมินของมารดา

Friedlander et al. (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับคุณภาพชีวิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ในคลินิก Cleveland children's sleep อายุ 8-11 ปี จำนวน 371 คน โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Child Health Child Health Questionnaire: CHQ-PF50) ของ Landgraf, Abetz and Ware (1996) และแบบประเมินดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ของ National Center for Health Statistics (2000) ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีน้ำหนักมากมีคุณภาพชีวิตต่ำ ในด้านความมีคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ทางร่างกาย ความผาสุกทางอารมณ์ของบิดา และยังพบว่า เด็กที่มีน้ำหนักน้อยมีคุณภาพชีวิตต่ำในด้านความมีคุณค่าในตนเองเป็น 2 เท่าของเด็กที่มีน้ำหนักปกติ กล่าวคือ เด็กที่มีน้ำหนักมากและน้ำหนักน้อย มีความเชื่อมั่นในการเข้าสังคม ความสามารถในการเรียน ความพึงพอใจในภาพลักษณ์ ความสนใจตนเอง ความสามารถปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม และการมีชีวิตชีวาโดยรวมต่ำกว่าเด็กน้ำหนักปกติ

Meijer et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการนอนหลับ และคุณภาพการนอนกับการมีสมาธิในการเรียนของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาเกรด 7-8 ใน Amsterdam's school อายุระหว่าง 9-14 ปี จำนวน 449 คน โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Quality of sleep) ของ Gifti (1990) แบบประเมินสมาธิ (Bourdon-Vos test) ของ Vos (1992) แบบประเมินความเข้าใจในการเรียน (School Perception Questionnaire) ของ Van der Wolf (1995) แบบประเมินอาการทางจิตประสาท (Amsterdam Biographic Questionnaire: ABV-K) ของ van Dijl and Wilde (1982) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบ

กับอาการจิตประสาทและอาการทางร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความรู้สึกอยากนอนขณะเรียน และมีอาการตื่นนอนยากในตอนเช้า และอาการปวดทางจิตประสาท และยังพบว่าระยะเวลาในการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับไม่มีผลโดยตรงต่อการเรียน แต่การมีสมาธิในการเรียนขึ้นอยู่กับอิทธิพลของครู ความสนุกกับการเรียน ความรู้สึกต่อภาพลักษณ์นักเรียน แรงจูงใจในความสำเร็จ และการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวตัวเอง

Schwimmer, Burwinkle and Varni (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับคุณภาพชีวิตของเด็กวัยรุ่นที่มีสุขภาพปกติและเด็กโรคมะเร็ง ใน Children's hospital and Health Center San Diego in California อายุ 5-18 ปี จำนวน 106 คน โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Pediatric QOL inventory: PedsQL 4.0) ของ Varni, Seid and Kurtin (2001) และแบบประเมินดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ของ Dietz and Robinson (1998) ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนและเด็กวัยรุ่นที่มีน้ำหนักมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ในด้านสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และการเรียนเมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตกับเด็กปกติและเด็กโรคมะเร็ง และพบว่า อายุ และเศรษฐานะไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในเด็กที่มีน้ำหนักมาก และยังพบว่า เด็กที่มีน้ำหนักมากจะมีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และมีคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพร่างกายต่ำกว่าเด็กที่มีน้ำหนักมากโดยไม่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

Williams et al. (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักกับคุณภาพชีวิตของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ใน Australia's Victoria จำนวน 1,456 คน โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Pediatric QOL inventory: PedsQL 4.0) ของ Varni, Seid and Kurtin (2001) และแบบประเมินดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ของ Centers for Disease Control and Preventation, Alanta, Ga ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีน้ำหนักมาก และมีภาวะอ้วนจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำ ในทุกด้านสุขภาพทางร่างกาย และหน้าที่ทางสังคม ขณะที่คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ และหน้าที่การเรียนไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีน้ำหนักปกติ

McCaffrey (2006) ศึกษาภาวะความเครียดที่รุนแรงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด ใน Australia's Hospital อายุระหว่าง 5-15 ปี จำนวน 6 คน โดยการสัมภาษณ์ความเครียดในชีวิตประจำวันและกลไกการปรับตัว ผลการศึกษา เด็กที่มีภาวะความเครียดที่รุนแรง พบว่า เด็กจะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม และผลกระทบจากขนาดยาที่เพิ่มขึ้น จะทำให้รูปร่างน่ารังเกียจ ทรุดโทรม หม่นหมอง เซื่องซึม ซึมเศร้า น้ำนักตัวน้อย ไม่สามารถเล่นกีฬาได้ ขาดโรงเรียนหรือต้องไปพบแพทย์ และแยกตัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตคือ เด็กขาดความสามารถทางร่างกาย อารมณ์ถดถอย ทนต่อความเจ็บน้อยลง และ

ถูกจำกัดอยู่แต่ในบ้านหรือโรงพยาบาล ทำให้ความเครียดเพิ่มสูงขึ้น และยังพบว่า เด็กมีพฤติกรรมการดูดนิ้วมือ ติดผ้าห่ม นอนไม่หลับหรือนอนคนเดียวไม่ได้ และต้องพึ่งพาบิดามารดาตลอดเวลา

Bier et al. (2005) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเยื่อหุ้มไขสันหลังยื่นผ่านช่องกระดูกสันหลัง (Myelomeningocele) ใน Island's hospital ช่วงอายุ 4-27 ปี จำนวน 28 คน โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินการใช้ชีวิตประจำวัน (Amount of Assistance Questionnaire: AAQ) ของ Msall et al. (1996) แบบประเมินความสามารถของร่างกาย (Functional Independence Measure for Children: WeeFIM) ของ Msall et al. (1994) แบบประเมินภาวะสุขภาพ (The Health Utilities Index: HUI-II) ของ Feeny et al. (1994) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Torrence et al. (1995) ผลการศึกษาพบว่า การใช้ชีวิตประจำวัน ความสามารถทำหน้าที่ของร่างกาย และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่า ตัวแปรการได้รับการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ความสามารถการดูแลตนเองที่มาก และการมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ กล่าวคือ เด็กที่ต้องพึ่งพาการช่วยเหลือน้อยในชีวิตประจำวัน จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่า การมีภาวะสุขภาพแย่ ทำให้ต้องมีการดูแลตนเองมากขึ้น และต้องการผู้ดูแลหรือผู้เชี่ยวชาญในการดูการช่วยเหลือมากขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่ การดูแลอาบน้ำ แต่งตัว และการช่วยเหลือตลอดเวลา ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง และยังพบว่า อายุ ระดับความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

Graf et al. (2006) ศึกษาการปรับสภาพจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กและเด็กวัยรุ่นโรคเนื้องอกปลายเส้นประสาท ชนิด 1 (neurofibromatosis type 1) ที่ University Children's Hospital in Zurich and Children's Hospital in Aarau อายุ 7-16 ปี จำนวน 46 คน โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Child Quality of Questionnaire: TACQOL) ของ Vogels et al. (2000) แบบประเมินพฤติกรรม (the Child Behavior Checklist: CBCL) ของ Achenbach (1991) และแบบประเมินสัมพันธภาพครอบครัว (Family Relationship Index: FRI) ของ Moos and Moos (1994) ผลการศึกษาพบว่า เด็กเนื้องอกปลายเส้นประสาท ชนิด 1 มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กปกติ ในด้านการเคลื่อนไหว การรับรู้ อารมณ์ จิตใจ และสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตกับเด็กปกติ พบว่า มีค่าคะแนนภาวะสุขภาพจิตสูงในทุก ๆ ด้านของปัญหาพฤติกรรม โดยพบว่า มีคะแนนสูงของปัญหาพฤติกรรมแบบเก็บกด ได้แก่ การแยกตัวออกจากสังคม ความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า และอาการด้านทางร่างกาย และด้านปัญหาพฤติกรรมแบบการแสดงออก/ขาดการควบคุม พบว่ามีคะแนนสูงเช่นกัน ได้แก่ การก้าวร้าวรุนแรง และพฤติกรรมการต่อต้าน และยังพบว่า ระดับความรุนแรงและความชัดเจนของโรคมี

ความสัมพันธ์ในด้านบวกของอารมณ์ของคุณภาพชีวิตที่แย่ลง กล่าวคือ ความชัดเจนมีความสัมพันธ์ทางบวกด้านอารมณ์ของคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น สรุปคือ เด็กที่มีความชัดเจนของโรคมากมีอารมณ์ทางลบน้อย และยังพบว่า ครอบครัวที่มีความผูกพันสูง ส่งผลทางบวกด้านคุณภาพชีวิตมาก และครอบครัวที่มีความผูกพันสูงและมีการขัดแย้งกันน้อย ส่งผลทางบวกต่อการปรับสภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Franco et al. (2000) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ใน New York's hospital อายุ 6 เดือน ถึง 12 ปี จำนวน 61 คน โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต (quality of life survey of pediatric obstructive sleep apnea: OSA-18) ของ Franco et al. (2000) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะคุณภาพชีวิตต่ำมาก ในด้านรบกวนการนอน การกรนเสียงดัง การหยุดหายใจ การสะดุ้งตื่นและการนอนหลับไม่ต่อเนื่อง และรองลงมาคือ ด้านความห่วงใยและวิตกกังวลของบิดามารดา ได้แก่ กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร กลัวว่าบุตรหายใจได้รับอากาศไม่เพียงพอ และมีอาการหงุดหงิดเกี่ยวกับอาการของบุตร ส่วนด้านทางร่างกาย พบว่า เด็กหายใจทางปาก มีอาการเยื่อบุจมูกอักเสบ การกลืนอาหารลำบาก และยังพบว่า การหายใจทางปากมีความสัมพันธ์กับขนาดต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ และด้านทางอารมณ์ พบว่า เด็กมีอาการซึมเศร้า และยังพบอีกว่า การรบกวนการนอนหลับ ความห่วงใยและวิตกกังวลของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับการหยุดหายใจหรือการหายใจช้า (Apnea Hypopnea Index: AHI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัชรินทร์ เวียงแก้ว (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด อายุ 7-12 ปี จำนวน 200 คน ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ เพื่อประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการตามสภาพความจำเป็นขั้นพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก (สพด.) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดอยู่ในเกณฑ์ดี และยังพบว่า อายุต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุของเด็ก ระดับการศึกษามารดา ความรู้เรื่องโรคหอบหืด และรายได้ของครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาชีพและจำนวนบุตรมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด อายุ 11-19 ปี จำนวน 100 ราย ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และแบบสอบ

ถามการปรับตัวของ Lazarus and Folkman (1984) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรมากที่สุด รองลงมาด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านประเมินคุณค่า และมีการปรับตัวในระดับดี การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่เจ็บป่วยสามารถร่วมทำนายการปรับตัวของวัยรุ่นโรคโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีได้ร้อยละ 44.5 ส่วนความรุนแรงของอาการไม่สามารถร่วมทำนายการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัดได้

พนิดา พาลี (2544) ศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟติก อายุระหว่าง 8-12 ปี จำนวน 50 คน ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตตามแนวคิด Hinds (1990); Wildrick (1996) และ Zamberlan (1992) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟติกอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านอาการและการรักษาที่ได้รับมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง และด้านอัตมโนทัศน์มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

พัชรินทร์ วิเศษพานิชย์ (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อายุระหว่าง 6-12 ปี จำนวน 10 คน ที่เข้ารักษาโรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตของ Zamberlan (1992) และแนวคิดในการประเมินอัตมโนทัศน์เด็ก (The Piers-Harris Children's Self concept) ของ Piers-Harris ผลการศึกษาด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งกลุ่มเพื่อนและบุคคลในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ได้รับความรักใคร่เอาใจใส่จากบิดามารดาและพี่น้อง ซึ่งแสดงว่า มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่โรงเรียน ได้รับความเอาใจใส่ดูแลจากครู โดยครูให้กำลังใจและช่วยเหลือในด้านการเรียน และเพื่อน ๆ ช่วยเหลือให้กำลังใจ เมื่อเข้ารักษาในโรงพยาบาล ด้านประสิทธิภาพของร่างกายและจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีการเจริญเติบโตหยุดชะงักและล่าช้า มีภาวะแทรกซ้อนบ่อยทำให้เรียนไม่ทันเพื่อน ผู้ป่วยเด็กจะมีความจำไม่ดี ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำลง และพบว่าผู้ป่วยเด็กทุกรายขาดเรียนบ่อย ด้านอาการของโรคและการรักษาที่ได้รับ พบว่า ผู้ป่วยเด็กหลังการรักษาจะมีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนบ่อยจนบางครั้งต้องเข้าโรงพยาบาลก่อนกำหนด มีภาวะไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมารจากอาการข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้รู้สึกเบื่อ ท้อแท้ วิตกกังวลต่อการรักษา มีความกลัวต่อการรักษาที่ทำให้เจ็บปวด ด้านความพึงพอใจในชีวิต พบว่า ผู้ป่วยเด็กทุกคนรู้สึกความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคในการ

ดำเนินชีวิตประจำวัน รู้สึกน้อยใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และด้านอัตมโนทัศน์ พบว่า หลังได้รับการรักษาแล้ว ผู้ป่วยเด็กทุกคนจะมีอาการผมร่วงทำให้ถูกเพื่อนล้อ ก่อให้เกิดความโกรธและอายในระยะแรก ต่อมาเมื่อได้เห็นเพื่อนที่ป่วยด้วยโรคเดียวกันก็มีผมร่วง และหยุดยาแล้วก็มีผมงอกขึ้นมาใหม่ทดแทน ทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกชาชินต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

สุดใจ สมิทธิการ (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง อายุระหว่าง 7-13 ปี จำนวน 180 ราย ที่โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย และแบบวัดการตอบสนองความต้องการตามสภาพความจำเป็นขั้นพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก (สพด.) ของ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรังอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 77.8 อยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นร้อยละ 22.2 และระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับการศึกษาของมารดา และรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอาชีพมารดา และลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และยังพบว่า ระดับการศึกษาของมารดาและรายได้ครอบครัวสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 30.37

อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ (2543) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติค อายุระหว่าง 6-12 ปี จำนวน 136 คน ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มโรคเนฟโฟรติคของบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู และแบบประเมินประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Zhan (1992) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มเนฟโฟรติคมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคุณภาพชีวิตรายด้านคือ ด้านความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านอัตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำงานของร่างกาย และสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี ส่วนปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มเนฟโฟรติคของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

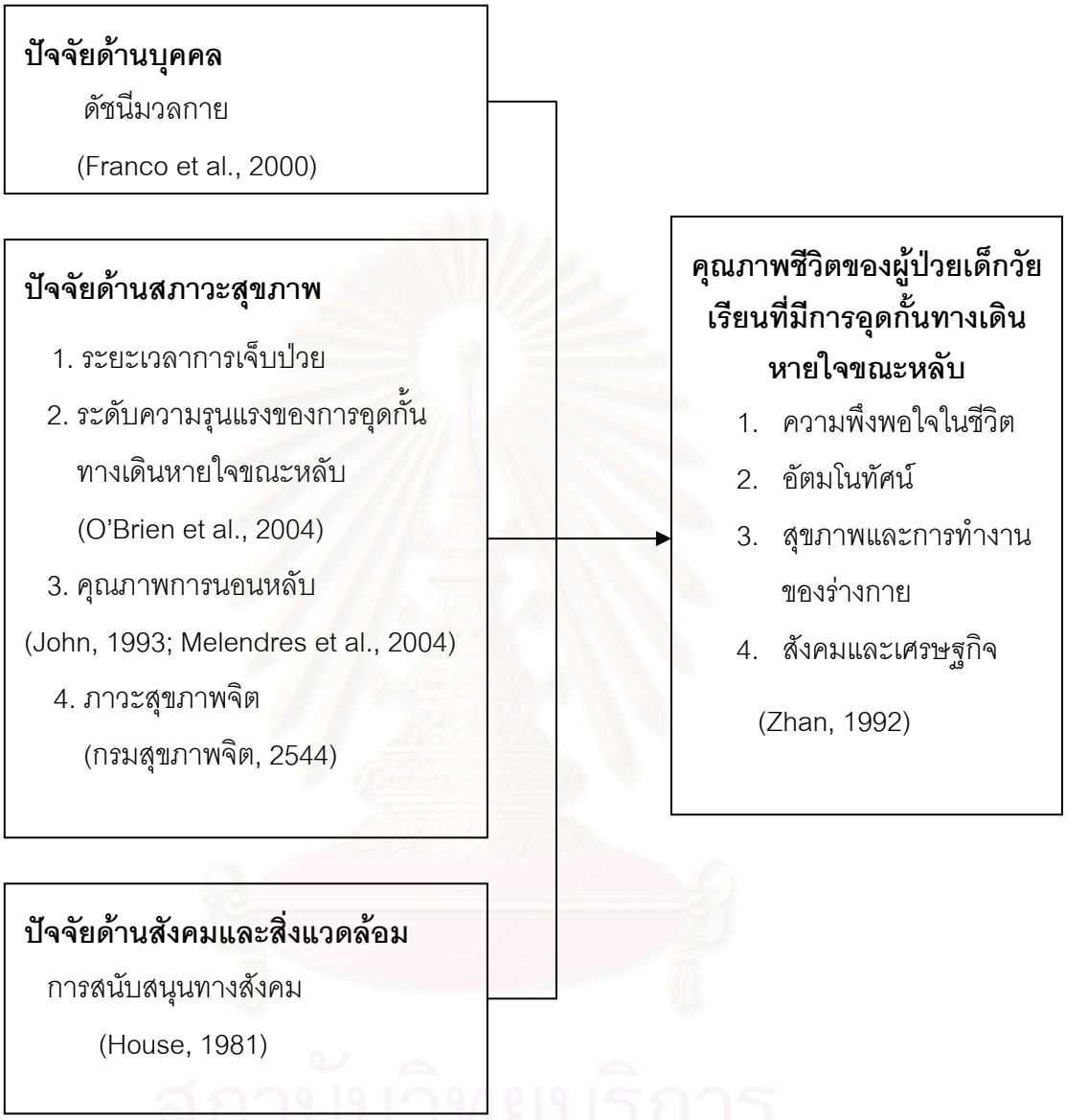
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Zhan (1992) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากสามารถใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันคือ การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่ต้องคำนึงถึงความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีของคุณภาพชีวิต (Ferrans and Powers, 1992: 29) การประเมินคุณภาพชีวิตของ Zhan (1992) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ การวิจัยนี้จึงศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตมาประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้านดังกล่าว สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตตามแนวของ Zhan (1992) พบว่าคุณภาพชีวิตอาจเปลี่ยนแปลงไปได้จากอิทธิพลของปัจจัย 3 ประการ คือปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ซึ่งพบว่าความอ้วนส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และขาดความมั่นใจในตนเอง (American academy of pediatrics, 2003: 425) มักถูกเพื่อน ๆ ล้อเลียน ทำให้รู้สึกขาดความมั่นใจในตนเอง และความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Fallon et al., 2005: 448; กิจติยา รัตนมณี, 2547: 25) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนานนั้น ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ ค่อย ๆ เรียนรู้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง แก้ไขปัญหาได้มากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kottket,1982: 60-62; อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ, 2543: 73) ส่วนระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ พบว่าระดับความรุนแรงของการหายใจผิดปกติในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหายใจผิดปกติขณะหลับที่เพิ่มสูงขึ้น จะพบปัญหาการก้าวร้าว ปัญหาสังคม ปัญหาความตั้งใจ ปัญหาทางความคิด และปัญหาความจำมากขึ้น (Mulvaney et al., 2006: 326; Rhodes et al.,1995: 743) และยังพบอาการปวดศีรษะเวลาตื่นนอนตอนเช้า (Guilleminault et al.,1976: 25) ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ส่วนคุณภาพการนอนหลับ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จะมีอาการง่วงนอนมากในเวลากลางวันหรือคุณภาพการนอนหลับลดลง (American thoracic society, 1996: 866) ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย อารมณ์ สุขภาพจิต ความมีชีวิตชีวา และด้านบทบาทสังคมลดลง สำหรับภาวะสุขภาพจิต พบว่าเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มักมีพฤติกรรมซุกซน อยู่ไม่นิ่ง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (Rosen et al., 2004:1642) และมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด โมโหฉุนเฉียว ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ และแยกตัวออกจากสังคม (Guilleminault

et al.,1976: 25) ทำให้ทักษะทางสังคมบกพร่อง (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 21) และการปรับตัวได้เข้ากับสังคมได้ยาก และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม (Roy and Andrew, 1991: 17) ช่วยให้บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่รุนแรง เพราะรับรู้ว่าตนจะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ (นิรามัย ใช้เทียมวงศ์, 2535: 68-69) และยังจะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ส่งเสริมการปรับตัวให้ดีขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543: 67; สุนันท์ สินซื่อสัตย์กุล, 2537: 64) ผู้วิจัยจึงสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มารับบริการตรวจรักษาอาการผิดปกติในการนอนหลับที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และบิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 120 คน และบิดามารดาหรือผู้ปกครอง โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการตรวจการนอนหลับ ด้วยแบบบันทึกการนอนหลับ จากเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (polysomnography) และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

2. ผู้ป่วยเด็กและบิดามารดาสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาเรื่องการพูดการได้ยิน และได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้ป่วยเด็กและบิดามารดาหรือผู้ปกครองอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของ Thorndike (1978: 184) คือ $N \geq 10k + 50$ (N หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง และ k หมายถึง จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรที่นำมาการศึกษาจำนวน 7 ตัวแปร จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 ราย

ขั้นที่ 2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธี Multistage random sampling เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรที่ศึกษา (อวยพร เรืองตระกูล, 2549: 108) โดยผู้วิจัยทำการจับสลากกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีคลินิกบริการการตรวจรักษาความผิดปกติในการนอนหลับในเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จากจำนวนทั้งหมด 7 โรงพยาบาล ทำการสุ่มตัวอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากโดยไม่แทนที่ (sampling without replacement) จากสถานบริการสุขภาพเป็นแบบ 1: 2 ได้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 3 แห่ง คือ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสุ่มแบบโควต้า (Quota sampling) กลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล โดยคิดตามสัดส่วน 1: 2 และทำการศึกษาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่มารับบริการในแต่ละโรงพยาบาล ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2550 ถึงเดือน มกราคม 2551 โดยได้จากประชากรผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการที่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประมาณ 15-20 ราย/เดือน หรือ 4-5 ราย/สัปดาห์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประมาณ 4-5 ราย/เดือน หรือ 1-2 ราย/สัปดาห์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประมาณ 2-5 ราย/เดือน หรือ 1-2 ราย/สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่มารับการรักษาจนครบจำนวน 120 ราย ทุกวันจันทร์ ถึงวันศุกร์

ผลการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ การรักษา และรายได้ครอบครัว แสดงในตารางที่ 1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตาม อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษา และรายได้ครอบครัว (n=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ		
6-7 ปี	73	60.8
8-9 ปี	26	21.7
10-11 ปี	15	12.5
12 ปี	6	5.0
เพศ		
ชาย	86	71.7
หญิง	34	28.3
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1 เดือน -12 เดือน	20	16.6
13 เดือน -24 เดือน	51	42.9
25 เดือน -36 เดือน	40	33.1
37 เดือน -48 เดือน	8	6.6
49 เดือน-60 เดือน	1	0.8
การรักษา		
กินยา	8	6.7
พ่นยา	3	2.5
กินยา/พ่นยา	98	81.7
เครื่องช่วยหายใจ	2	1.7
ผ่าตัด	9	7.5
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)*		
น้อยกว่า 10,000 บาท	17	14.2
10,000-20,000 บาท	44	36.7
20,000-30,000 บาท	50	41.7
มากกว่า 30,000 บาท	9	7.5

* แบ่งตามสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร (2550)

สำนักวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 120 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 6-7 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.8 รองลงมามีอายุระหว่าง 8-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.7 อายุระหว่าง 10-11 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.5 อายุระหว่าง 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 5.0 เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 71.7 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 28.3

ระยะเวลาการเจ็บป่วยในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 120 ราย ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยสูงสุดระหว่าง 13-24 เดือน คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมามีระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 25-36 เดือน คิดเป็นร้อยละ 33.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 1-12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 16.6 ระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 37-48 เดือน คิดเป็นร้อยละ 6.6 ระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 49-60 เดือน คิดเป็นร้อยละ 60

การรักษาในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่มีการรักษาโดย การกินยา/พ่นยา คิดเป็นร้อยละ 81.7 รองลงมารักษาโดยการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 7.5 รักษาโดยกินยา คิดเป็นร้อยละ 6.7 รักษาโดยพ่นยา ร้อยละ 2.5 และการรักษาโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 1.7

รายได้ครอบครัวในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ส่วนใหญ่มีรายได้ 20,000-30,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 41 รองลงมามีรายได้ 10,000-20,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 36.7 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 14.2 และมีรายได้มากกว่า 30,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 7.5

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 5 ตอน ดังนี้

1. **แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

1.1 **ดัชนีมวลกาย** ประเมินโดยการเปรียบเทียบกับส่วนสูงน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากหรือสูงกว่าเกณฑ์ปกติ คำนวณโดยการชั่งน้ำหนักของร่างกายเป็นกิโลกรัมและหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง มีหน่วยเป็นกิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยผู้วิจัยเป็นผู้คำนวณจากการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงด้วยตัวเอง สามารถแปลผลของค่าดัชนีมวลกายของเด็กเป็น 3 ลักษณะ (Franco et al., 2000: 11) ดังนี้

ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/ตรม หมายถึง ภาวะอ้วน

ดัชนีมวลกาย 25-30 กิโลกรัม/ตรม หมายถึง น้ำหนักมาก

ดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 25 กิโลกรัม/ตรม หมายถึง น้ำหนักปกติ

1.2 ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ประเมินระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ด้วยเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (polysomnography) โดยใช้ค่าดัชนีจำนวนครั้งของการหยุดหายใจรวมกับการหายใจน้อยขณะหลับใน 1 ชั่วโมง (Apnea Hypopnea Index: AHI) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกผลระดับรุนแรงของการอุดกั้นการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ครั้งหลังสุดของการตรวจในใบรายงานผลการตรวจ โดยแบ่งระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เป็น 3 ระดับ (O'Brien et al., 2004: 167) ดังนี้

ค่า Apnea Hypopnea Index (AHI) 1-4 ครั้ง/ชั่วโมง หมายถึง ระดับเล็กน้อย (mild sleep apnea)

ค่า Apnea Hypopnea Index (AHI) 5-9 ครั้ง/ชั่วโมง หมายถึง ระดับปานกลาง (moderate apnea)

ค่า Apnea Hypopnea Index (AHI) มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ครั้ง/ชั่วโมง หมายถึง ระดับรุนแรงมาก (severe sleep apnea)

1.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยนับจำนวนเต็มเป็นเดือนของช่วงเวลาที่เด็กวัยเรียนได้รับทราบผลการตรวจวินิจฉัยจากบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูว่าตนเองมีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเป็นครั้งแรกจนถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

2. แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ

ประเมินโดยใช้แบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน the Epworth Sleepiness Scale (ESS) ของ John (1993) ที่ประกอบด้วยการประเมินการรับรู้ถึงการได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอจากการนอน และการรับรู้ถึงระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน ว่ารู้สึกง่วงหรืองีบหลับไปตามสถานการณ์ต่าง ๆ มีความเป็นไปได้เพียงใด ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สะท้อนถึงคุณภาพของการนอนหลับ ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของตัวเลือกดังนี้

0 หมายถึง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนไม่เคยมีการง่วงนอนเลยในสถานการณ์นั้น

1 หมายถึง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีโอกาสน้อยมากที่จะรู้สึกง่วงนอนในสถานการณ์นั้น

2 หมายถึง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีโอกาสปานกลางที่จะรู้สึกง่วงนอนในสถานการณ์นั้น

3 หมายถึง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีโอกาสสูงมากที่จะรู้สึกง่วงนอนในสถานการณ์นั้น

กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อความดังนี้

0	ให้	0	คะแนน
1	ให้	1	คะแนน
2	ให้	2	คะแนน
3	ให้	3	คะแนน

การแปลความหมาย

แบบวัดนี้มีคะแนนรวม 24 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูง หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการง่วงนอนมากในเวลากลางวันมากหรือคุณภาพของการนอนหลับที่ไม่ดี และคะแนนรวมที่น้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการง่วงนอนมากในเวลากลางวันน้อยหรือมีคุณภาพการนอนหลับดี (Melendres et al., 2004: 769) โดยใช้ค่าความหมายของคะแนนมี 4 ระดับ (John, 1993: 33;) ดังนี้

คะแนน น้อยกว่า 10	หมายถึง	คุณภาพการนอนหลับดี
คะแนน 10- 12	หมายถึง	คุณภาพการนอนหลับดีเล็กน้อย
คะแนน 13- 15	หมายถึง	คุณภาพการนอนหลับดีปานกลาง
คะแนน มากกว่า 15	หมายถึง	คุณภาพการนอนหลับไม่ดี

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน the Epworth Sleepiness Scale (ESS) ของ John (1993) ได้ผ่านการทดสอบ และการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่และเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในต่างประเทศ (John, 1993: 32; Melendres et al., 2004: 769) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .80-.88 สำหรับในประเทศไทยได้มีการนำมาใช้วัดความง่วงนอนในเวลากลางวันในผู้ใหญ่ที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (ชัยรัตน์ นิรันตรัตน์, 2543: 131) และวรุณศิริ ปราณีธรรม (2546: 51) ได้นำมาใช้วัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคความง่วงนอนในเวลากลางวัน = .86 แต่สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการนำมาใช้วัดความง่วงนอนในเวลากลางวันในเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน มาพัฒนาเพื่อให้เหมาะกับบริบทในสังคมไทย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาใช้เทคนิคการแปลเครื่องมือการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (Bilingual translation) จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของการแปลข้อคำถามจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย หลังจากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาไทย

และภาษาอังกฤษ (Bilingual translation) อีก 1 ท่าน แปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นนำเครื่องมือฉบับภาษาอังกฤษทั้ง 2 ฉบับที่ได้ คือ ต้นฉบับ (Original version) และฉบับที่ได้รับการแปล (Back translation version) นำมาให้ผู้เชี่ยวชาญ (Bilingual translation) พิจารณาเปรียบ เทียบตรวจสอบความแตกต่างของข้อความภาษาอังกฤษต้นฉบับและฉบับที่ได้รับการแปลทีละข้อ โดยให้มีความหมายตรงกันกับความหมายต้นฉบับให้มากที่สุด และปรับเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง จากนั้นนำแบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = .9 นำแบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน ไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยวัยเด็กเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .73 และเมื่อนำแบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวันไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .78

3. แบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก

แบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก (The Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) ของกรมสุขภาพจิต (2544) มีคำถามจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ ได้แก่ ข้อ1-5 พฤติกรรมด้านความประพฤติ ได้แก่ ข้อ 6-10 พฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่ง ได้แก่ ข้อ 11-15 พฤติกรรมด้านบุคลิกและความความสัมพันธ์ ได้แก่ ข้อ 16-20 และพฤติกรรมด้านความสามารถทางสังคม ได้แก่ข้อ 21-25 โดยประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็กในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของตัวเลือกดังนี้

ไม่จริง	หมายถึง	ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนไม่เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวนั้นเลย
อาจจริง	หมายถึง	ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีความเห็นไม่แน่ใจกับข้อความดังกล่าวนั้น
จริง	หมายถึง	ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวนั้นเป็นอย่างยิ่ง

กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน แต่ละข้อความดังนี้

ข้อความในส่วนนี้จะมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายในเชิงบวกได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,12,13,16,19,20,21,22,23, 24 และข้อ 25 ให้คะแนนดังนี้

จริง	ให้	2	คะแนน
อาจจริง	ให้	1	คะแนน
ไม่จริง	ให้	0	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายในเชิงลบได้แก่ ข้อ 7,14,15,17 และข้อ 18 ให้คะแนนดังนี้

จริง	ให้	0	คะแนน
อาจจริง	ให้	1	คะแนน
ไม่จริง	ให้	2	คะแนน

การแปลความหมาย

แบบประเมินนี้กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็กวัยเรียน โดยใช้ค่าคะแนนรวมเฉพาะ 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมด้านความประพฤติ พฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านบุคลิกและความความสัมพันธ์ ส่วนพฤติกรรมด้านความสามารถทางสังคม นำไว้ใช้ในการประเมินการปรับตัวหรือสัมพันธภาพทางสังคมในรายที่ผู้ป่วยมีคะแนนสูงผิดปกติ ได้แก่ข้อ 21-25 โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 211-217) ดังนี้

คะแนน	0-13	หมายถึง	พฤติกรรมปกติ
คะแนน	14-16	หมายถึง	เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางพฤติกรรม
คะแนน	17-40	หมายถึง	มีปัญหาทางพฤติกรรม

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก ของกรมสุขภาพจิต (2544) ซึ่งพัฒนามาจาก The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมเด็กโดยบิดามารดาหรือผู้ปกครอง เป็นเครื่องมือที่ผ่านการวิจัยแล้วว่ามีประสิทธิภาพในการคัดกรองปัญหาและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่เด็ก (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 165) และแบบประเมินพฤติกรรมเด็กนี้ได้มีการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 40 ประเทศ (Woerner et al., 2004: 3) รวมถึงประเทศไทยด้วย เพื่อใช้ในการประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก เช่น ใช้ประเมินพฤติกรรมเด็กในคลินิกจิตเวช และเด็กในชุมชน ได้แก่ ประเทศดัทช์, ฟินแลนด์ และ

สวีเดน โดยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .71-.83 (Goodman and Scott, 1999: 19; Widenfelt et al., 2003: 284; Becker et al., 2004: 13) สำหรับในประเทศไทยใช้แบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก เพื่อคัดกรองสุขภาพจิตเด็กในเด็กทุกรายในพื้นที่กรณีภัยพิบัติจากธรรมชาติ เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต (วชิระ เพ็งจันทร์ และคณะ, 2549: 4) และสมชาติ สุทธิกาญจน์ (2543: 19) ได้ศึกษาแบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจโดยใช้ The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา อายุ 7-8 ปี และ อายุ 11-13 ปี ประเมินโดยบิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็ก พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .72 และ .78 ส่วน Johnson (2005: 240) ได้นำแบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจมาใช้ในการศึกษาภาวะสุขภาพจิตในเด็กโรค neurofibromatosis type 1 และอาการผิดปกติในการนอนหลับ โดยได้ค่าคะแนนความสัมพันธ์เพียร์สัน = 0.83 สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาใหม่ แต่ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก โดยบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้กับบิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .81 และนำแบบประเมินไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .84

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในเด็กวัยเรียนของ เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) มีจำนวนคำถาม 20 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ ข้อ 1-5 การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า ได้แก่ ข้อ 6-10 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ข้อ 11-15 และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ ข้อ 16-20

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตรส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว มีความหมายของตัวเลือกตอบดังนี้

ได้รับประจำ หมายถึง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นเสมอ หรือ มาก

ได้รับบางครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือ น้อย

ไม่ได้รับ หมายถึง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนไม่เคยได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นเลย

กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อความดังนี้

ได้รับประจำ	ให้	3	คะแนน
ได้รับบางครั้ง	ให้	2	คะแนน
ไม่ได้รับ	ให้	1	คะแนน

การแปลความหมาย

แบบประเมินนี้กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ค่าความหมายของคะแนนเฉลี่ยมี 3 ระดับ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 73) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	2.34-3.00	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	1.67-2.33	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.66	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเด็กวัยเรียน ของเบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิรวม 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลกุมารเวชกรรม 3 ท่าน, พยาบาลประจำการกุมารเวชกรรม 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = .8 ไปหาความเที่ยงกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนธาลัสซีเมีย อายุ 9-12 ปี จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคการสนับสนุนทางสังคม = .79 และนำไปใช้จริงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคการสนับสนุนทางสังคม = .87 สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับใหม่ และนำแบบประเมินไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = .9 พร้อมทั้งนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .80 และนำแบบประเมินไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .82

5. แบบประเมินคุณภาพชีวิต

แบบประเมินคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Zhan (1992) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกพอใจในชีวิต ได้แก่ ข้อ 1-5 ด้านอัตมโนทัศน์ ได้แก่ ข้อ 6-10 ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ได้แก่ ข้อ 11-15 และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ข้อ 16-20

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตรส่วนประมาณค่า 3 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของตัวเลือกดังนี้

มาก	หมายถึง	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวนั้นเสมอหรือบ่อยครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวนั้นพอควร
น้อย	หมายถึง	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวนั้นนาน ๆ ครั้ง

กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อความดังนี้

มาก	ให้	3	คะแนน
ปานกลาง	ให้	2	คะแนน
น้อย	ให้	1	คะแนน

การแปลความหมาย

แบบประเมินนี้กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โดยใช้ค่าความหมายของคะแนนเฉลี่ยมี 3 ระดับ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 73) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	2.34-3.00	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	1.67-2.33	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.66	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย

คุณภาพเครื่องมือ

1. **การหาความตรง** (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต

ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาโครงสร้างองค์ประกอบและเนื้อหา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ก) ที่มีคุณสมบัติดังนี้

อาจารย์แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาเด็กภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับและโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ และมีความเชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 4 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาของแบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยถือเกณฑ์ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 คำนวณค่า CVI จากค่าเฉลี่ยของจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านเห็นว่าสอดคล้องค่อนข้างมาก/สอดคล้องมาก หารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด (Polit and Hunger, 1999: 419) ได้ค่าเฉลี่ยรายข้อ = 0.8-1.00 ค่าเฉลี่ย CVI รวมทั้งชุด = 0.90 จากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามมาปรับปรุงและขอความเห็นจากอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องในการปรับแก้อีกครั้ง มีสูตรดังนี้

$$\text{CVI} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นว่าสอดคล้องค่อนข้างมาก/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

2. **การหาความเที่ยง** (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน คือ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จากนั้นวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามแต่ละชุด คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายในของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของ แบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน แบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ได้ 0.73, 0.81, 0.80, 0.72 (อวยพร เรืองตระกูล, 2549: 15) มีสูตร ดังนี้

สูตร $$\alpha = \frac{k}{k-1}\left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2}\right]$$

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นลำดับตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยเด็กภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ในกรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแพทย์ที่รับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของงานวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะประชากรจากบัตรตรวจผู้ป่วยนอก ทำการจดรายชื่อ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบบิดามารดาหรือผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็ก เพื่อแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการศึกษา และขอความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง แจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยตามรายละเอียดในใบพิทักษ์สิทธิ เมื่อบิดามารดาหรือผู้ปกครองและเด็กยินดีลงนามอนุญาตในใบยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลกับบิดามารดาหรือผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็ก

4. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับบิดามารดาหรือผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างบริเวณเก้าอี้หน้าห้องตรวจขณะที่รอเรียกเข้าพบแพทย์ โดยผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กเข้าใจ แล้วตอบแบบสอบถามโดยเรียงลำดับดังนี้ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และลงบันทึกด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อมูลในเรื่องต่อไปนี้

4.1 ค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนของสูงเด็ก จากนั้นนำค่ามาใช้ในการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย

4.2 ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับบันทึกจากผลการตรวจโพลีซอมโนกราฟฟีครั้งหลังสุดของการตรวจในแบบฟอร์มรายงานผล ซึ่งแนบเก็บไว้ในประวัติผู้ป่วยนอก

4.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ได้สัมภาษณ์เด็กถึงการรับทราบว่าตนเองมีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเป็นครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน โดยให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นคนบอกระยะเวลาการเจ็บป่วยจำนวนเต็มเป็นเดือน

4.4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ป่วยเด็กเป็นผู้ตอบเอง ซึ่งทำแบบประเมินพร้อมกันกับบิดามารดาหรือผู้ปกครองตอบแบบประเมิน บริเวณเก้าอี้หน้าห้องตรวจ

4.5 แบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็กให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ ซึ่งทำแบบประเมินพร้อมกันกับบุตรตอบแบบประเมิน บริเวณหน้าห้องตรวจ การตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น และไม่มีการจำกัดเวลาในการตอบ

4.6 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยเด็กอ่านหนังสือได้ช้าหรือไม่เข้าใจในข้อคำถาม ประมาณ 25 รายผู้วิจัย บิดามารดาหรือผู้ปกครองได้ช่วยอ่านคำถามและให้ผู้ป่วยเด็กตอบคำถามในแบบสอบถามด้วยตัวเองจนครบทุกข้อ

4.7 หลังจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลอีกโดยพบว่าทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามเพิ่มเติม ในระหว่างตอบแบบสอบถาม สังเกตว่าผู้ป่วยเด็ก10 ราย มีความสนใจลดลงหรือมีพฤติกรรมซุกซนและหยุดตอบแบบสอบถามบางช่วง ผู้วิจัยจึงได้ให้พักสักครู่ แล้วจึงทำการตอบแบบสอบถามต่อจนครบทุกข้อ

การเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ใช้ระยะเวลารวม 6 เดือน โดยเริ่มต้นจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในวันที่ 15 กรกฎาคม 2550 เก็บข้อมูลทุกวันพุธของสัปดาห์ เวลา 13.00-16.00 น. จำนวน 90 ราย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เก็บข้อมูลทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ เวลา 9.00-12.00 น. จำนวน 20 ราย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เก็บข้อมูลทุกวันจันทร์ และพฤหัสบดีของสัปดาห์ เวลา 13.00-16.00 น. จำนวน 10 ราย

5. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 120 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาลงตาราง เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ตึกผู้ป่วยนอก คลินิกทางเดินหายใจในโรงพยาบาลที่เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวกับเด็กและบิดามารดาหรือผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือการตรวจรักษาแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัย

ครั้งนี้เท่านั้น และถ้ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สะดวกใจ ไม่สบายใจ หรือรู้สึกว่าถูกรบกวน สามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การศึกษาจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจึงให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธหรือขอออกจากการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป แยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์จำนวน และอัตราร้อยละของดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ และภาวะสุขภาพจิต

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยรวมและรายด้าน

3. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่าง ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และทดสอบความมีนัยสำคัญ โดยการทดสอบค่าที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 0.05 เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
.70 - .89	สูง
.30 - .69	ปานกลาง
.29 และต่ำกว่า	ต่ำ

4. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ รายละเอียดในภาคผนวก ง

5. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างปัจจัยร่วมพยากรณ์ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ดังนี้

5.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์

5.2 ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยทดสอบค่ารวมเอฟ (Overall F-test)

5.3 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์การทดถอยของตัวแปรพยากรณ์ (b) ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน (Beta)

5.4 ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอย โดยการทดสอบค่า t

5.5 หาค่าคงที่ของสมการพยากรณ์

5.6 สร้างสมการการพยากรณ์คุณภาพชีวิตต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับทั้งในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาตัวแปรระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ผู้วิจัยไม่สามารถประเมินระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกันในกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการตรวจ polysomnography มีความซับซ้อน ยุ่งยาก ต้องอาศัยความร่วมมือของเด็กเป็นอย่างมาก และมีค่าใช้จ่ายสูง แพทย์จึงไม่มีการตรวจ polysomnography ซ้ำหลาย ๆ ครั้ง ยกเว้นในผู้ป่วยบางรายที่มีความจำเป็นต้องการตรวจซ้ำเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการ เพื่อใช้วางแผนในการรักษาที่เหมาะสมในแต่ละราย จึงทำให้ขาดข้อมูลที่จะเลือกมาใช้ในการประเมินเป็นปัจจุบันที่มากขึ้น ส่วนในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ประเมินระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จากผลการตรวจ polysomnography ครั้งล่าสุด ถึงอย่างไรก็ตามยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่อยู่ในระดับเดียวกันร้อยละ 72.2 และมีอายุใกล้เคียงกันร้อยละ 60.8

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ แสดงในตารางที่ 1

ตอนที่ 2 ข้อมูลดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม แสดงในตารางที่ 2-6 ส่วนการจำแนกตามรายข้อแสดงในภาคผนวก ค

ตอนที่ 3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงในการอุดกั้นทางเดินหยุดหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ แสดงในตารางที่ 7

ตอนที่ 4 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และสร้างสมการพยากรณ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหยุดหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ แสดงในตารางที่ 8-9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ แสดงในตารางที่ 1

ตอนที่ 2 ข้อมูลดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับการแปลผลดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (n=120)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ	ระดับ
ดัชนีมวลกาย			
น้อยกว่า 25 กก/ตรม	95	73.1	ปกติ
25-30 กก/ตรม	18	15.0	น้ำหนักมาก
มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก/ตรม	7	5.6	ภาวะอ้วน
ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นฯ*			
1-4 ครั้ง/ชั่วโมง	86	72.2	รุนแรงเล็กน้อย
5-10 ครั้ง/ชั่วโมง	20	16.3	รุนแรงปานกลาง
มากกว่า 10 ครั้ง/ชั่วโมง	14	11.5	รุนแรงมาก
คุณภาพการนอนหลับ			
น้อยกว่า 10 คะแนน	97	80.8	ดี
10-12 คะแนน	18	15.0	ดีเล็กน้อย
13-15 คะแนน	5	4.2	ปานกลาง
มากกว่า 15 คะแนน	0	0	ไม่ดี

* การวินิจฉัย แบ่งตามเกณฑ์ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับของ O'Brien et al. (2004: 167)

จากตารางที่ 2 พบว่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายระดับปกติคิดเป็นร้อยละ 73.1 รองลงมามีดัชนีมวลกายระดับน้ำหนักมาก คิดเป็นร้อยละ 15.0 และมีดัชนีมวลกายระดับภาวะอ้วน คิดเป็นร้อยละ 5.6

ความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายขณะหลับระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 72.2 รองลงมามีความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.3 และมีความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 11.5

คุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 80.8 รองลงมามีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับดีเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 15 มีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 4.2 และมีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และระดับการแปลผลภาวะสุขภาพจิตรายด้านของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (n=120)

ภาวะสุขภาพจิตรายด้าน	จำนวน(คน)	ร้อยละ	การแปลผล
ด้านอารมณ์			
0-3 คะแนน	73	61.0	ปกติ
4 คะแนน	31	24.3	เสี่ยง
5-10 คะแนน	16	14.7	มีปัญหา
ด้านความประพฤติ			
0-2 คะแนน	73	61.0	ปกติ
3 คะแนน	40	32.7	เสี่ยง
4-10 คะแนน	7	6.3	มีปัญหา
ด้านอยู่ไม่นิ่ง			
0-5 คะแนน	48	40.2	ปกติ
6 คะแนน	41	34.2	เสี่ยง
7-10 คะแนน	31	25.6	มีปัญหา
ด้านบุคลิกภาพและความสัมพันธ์			
0-2 คะแนน	96	80.0	ปกติ
3 คะแนน	16	14.7	เสี่ยง
4-10 คะแนน	8	5.3	มีปัญหา
ด้านความสามารถทางสังคม			
6-10 คะแนน	95	79.2	ปกติ
5 คะแนน	20	16.1	เสี่ยง
0-4 คะแนน	5	4.7	มีปัญหา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 3 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 120 คน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านอารมณ์อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 61.0 รองลงมามีพฤติกรรมด้านอารมณ์อยู่ในระดับเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 24.3 และมีพฤติกรรมด้านอารมณ์อยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 14.7

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ด้านพฤติกรรมด้านความประพฤติ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านความประพฤติอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 61.0 รองลงมามีพฤติกรรมด้านความประพฤติอยู่ในระดับเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 32.7 และมีพฤติกรรมด้านความประพฤติอยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 6.3

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ พฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่ง พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่งอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 40.2 รองลงมามีพฤติกรรมด้านด้านอยู่ไม่นิ่งอยู่ในระดับเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 34.2 และมีพฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่งอยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 25.6

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ พฤติกรรมด้านบุคลิกภาพและความสัมพันธ์ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านบุคลิกภาพและความสัมพันธ์อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมามีพฤติกรรมด้านบุคลิกภาพและความสัมพันธ์อยู่ในระดับเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 14.7 และมีพฤติกรรมด้านบุคลิกภาพและความสัมพันธ์อยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 5.3

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ด้านความสามารถทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่มีความสามารถทางสังคมอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 79.2 รองลงมามีความสามารถทางสังคมอยู่ในระดับเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 16.1 และมีความสามารถทางสังคมอยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 4.7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และระดับการแปลผลภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (n=120)

ภาวะสุขภาพจิตโดยรวม	จำนวน(คน)	ร้อยละ	การแปลผล
0-13 คะแนน	89	74.2	ปกติ
14-16 คะแนน	16	13.3	เสี่ยง
17-40 คะแนน	15	12.5	มีปัญหา

จากตารางที่ 4 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยรวมอยู่ระดับปกติ พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 74.2 รองลงมามีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 13.3 และมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 12.5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้รับ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n=120)

การสนับสนุนทางสังคม	**ช่วงคะแนนเฉลี่ย**	$\overline{X}$	SD	**ระดับ**
1. ด้านอารมณ์	1-3	2.68	.21	มาก
2. ด้านประเมินคุณค่า	1-3	2.56	.29	มาก
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร	1-3	2.61	.28	มาก
4. ด้านทรัพยากร	1-3	2.72	.20	มาก
โดยรวม		**2.64**	**.15**	**มาก**

จากตารางที่ 5 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.64 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านทรัพยากร รองลงมาคือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านประเมินคุณค่า ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.72, 2.68, 2.61 และ 2.56 ตามลำดับ รายละเอียดของข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายข้อ แสดงในภาคผนวก ก

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n=120)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	**ช่วงคะแนนเฉลี่ย**	$\overline{X}$	*SD*	**ระดับ**
1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต	1-3	2.74	.22	สูง
2. ด้านอัตมโนทัศน์	1-3	2.49	.32	สูง
3. ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	1-3	2.53	.29	สูง
4. ด้านเศรษฐกิจและสังคม	1-3	2.84	.19	สูง
โดยรวม		**2.65**	**.16**	**สูง**

จากตารางที่ 6 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านเศรษฐกิจและสังคม รองลงมาคือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84, 2.73, 2.53 และ 2.49 ตามลำดับ รายละเอียดของข้อมูลคุณภาพชีวิตเป็นรายข้อ แสดงในภาคผนวก ก

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ตางรางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (n =120) ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ตัวแปร	ดัชนีมวลกาย	ระยะ เวลาการเจ็บป่วย	ระดับความรุนแรงฯ	คุณภาพ † การนอนหลับ	ภาวะ † สุขภาพจิต	การสนับสนุนทางสังคม	คุณภาพชีวิต
ดัชนีมวลกาย	1.000						
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.112	1.000					
ระดับความรุนแรงฯ	.05	-.104	1.000				
คุณภาพการนอนหลับ	.043	-.101	.552 **	1.000			
ภาวะสุขภาพจิต	.107	-.149	.411 **	.417 **	1.000		
การสนับสนุนทางสังคม	-.100	.058	-.191**	.199**	-.290**	1.000	
คุณภาพชีวิต	-074	.286**	-.358**	-.488**	-.529**	.443**	1.000

** p < .01 * p < .05

† การแปลผล คะแนนต่ำ หมายถึง คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตที่ดี

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (r = .286) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความ

สัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (r = -.358) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (r = -.488, -.529 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากการแปลผลคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตคือ คะแนนที่น้อยลงหมายถึง ระดับที่ดีขึ้นของคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (r =.443) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนและการสร้างสมการพยากรณ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหยุดหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2) ประสิทธิภาพการพยากรณ์ (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (n = 120 ราย)

ลำดับขั้น	ตัวแปรพยากรณ์	R	R^2	R^2 change	F	P-value
1	ภาวะสุขภาพจิต	0..529	0.280	0.280	45.84	.000
2	การสนับสนุนทางสังคม	0.609	0.371	0.091	16.99	.000
3	คุณภาพการนอนหลับ	0.665	0.443	0.072	14.90	.000
4	ระยะเวลาการเจ็บป่วย	0.693	0.480	0.038	8.33	.005

*p< .05

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ในขั้นที่ 1 ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .280 (R^2 = .280)

แสดงว่า ภาวะสุขภาพจิตสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้ร้อยละ 28

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ การสนับสนุนทางสังคมเข้าในสมการพยากรณ์เป็นอันดับที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น 0.371 (R^2 = .371) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ภาวะสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคมร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้เพิ่มขึ้นอีกคิดเป็นร้อยละ 9.1 (R^2change = .091)

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์คุณภาพการนอนหลับเข้าในสมการพยากรณ์เป็นอันดับที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น 0.443 (R^2 =.443) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพการนอนหลับ ร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้เพิ่มขึ้นอีกคิดเป็นร้อยละ 7.2 (R^2change = .072)

ขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ระยะเวลาการเจ็บป่วยเข้าในสมการพยากรณ์เป็นอันดับที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น 0.480 (R^2 = .480) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพการนอนหลับและระยะเวลาการเจ็บป่วยร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้เพิ่มขึ้นอีกคิดเป็นร้อยละ 3.8 (R^2change = .038)

นอกจากนี้พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวกับตัวแปรเกณฑ์มีค่าเท่ากับ 0.693 ซึ่งมีค่าสูงกว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวกับตัวแปรเกณฑ์ แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัว ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพการนอนหลับและระยะเวลาการเจ็บป่วยร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ดีกว่าการใช้ตัวแปรเพียงตัวเดียว โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (n = 120 ราย)

ตัวแปรพยากรณ์	b	$S.E._b$	Beta	t	P-value
1. ภาวะสุขภาพจิต †	-0.183	0.047	-0.296	-3.873*	.000
2. การสนับสนุนทางสังคม	0 .298	0.073	0.288	4.084*	.000
3. คุณภาพการนอนหลับ †	-0.308	0.080	-0.287	-3.857*	.000
4. ระยะเวลาการเจ็บป่วย	0.063	0.022	0.196	2.886*	.005
Constant	39.957	4.095	-	9.758*	.000
	R = 0.693		Constant = 39.957		
	R^2 = 0.480		Overall F = 45.843		

*p < .05

† การแปลผล คะแนนต่ำ หมายถึง คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตที่ดี

จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าตัวพยากรณ์ที่มีค่า Beta สูงสุดคือ ภาวะสุขภาพจิต (Beta = -0.296) แสดงว่า ภาวะสุขภาพจิตมีน้ำหนักสูงสุดในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta = 0.288) คุณภาพการนอนหลับ (Beta = -0.287) และระยะเวลาการเจ็บป่วย (Beta = 0.196) โดยค่า t-test ทุกค่ามีนัยสำคัญที่ระดับร้อยละ 95 และสูงกว่า หมายถึง ตัวพยากรณ์ทั้ง 4 ตัว มีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta > 0) และมีประสิทธิภาพที่จะทำการร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิต โดยสามารถสร้างสมการการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้ดังนี้

สมการการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$\hat{Y}$ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ $= 39.957 + -0.183 X_1$ ภาวะสุขภาพจิต $+ 0.298 X_2$ การสนับสนุนทางสังคม $+ -0.308 X_3$ คุณภาพการนอนหลับ $+ 0.063 X_4$ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

สมการการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$\hat{Z}$ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ $= -0.296 Z_1$ ภาวะสุขภาพจิต $+ 0.288 Z_2$ การสนับสนุนทางสังคม $+ -0.287 Z_3$ คุณภาพการนอนหลับ $+ 0.196 Z_4$ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์และการพยากรณ์ปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิตกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
5. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มารอรับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกโรคระบบทางเดินหายใจ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 120 ราย และบิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็ก โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ได้รับการตรวจการนอนหลับ ด้วยแบบบันทึกการนอนหลับ จากการตรวจ polysomnography และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

2. อายุ 6-12 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย

3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาเรื่องการพูดการได้ยิน

4. บิดามารดาหรือผู้ปกครองและที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับเด็ก

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978: 184) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 120 ราย

สมมติฐานการวิจัย

1. ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

3. ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

4. คุณภาพการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

5. ภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

6. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

7. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 5 ชุด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ

2. แบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน ผู้วิจัยตรวจสอบ Back translation แบบวัด the Epworth Sleepiness Scale (ESS) ของ John (1993) ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ ลักษณะลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

3. แบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ของกรมสุขภาพจิต (2544) จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า 3 ระดับ

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียของ เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า 3 ระดับ

5. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Zhan (1992) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า 3 ระดับ

คุณภาพของเครื่องมือ

ด้านความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Tryout) ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย นำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์เป็นรายข้อ และหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน แบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตเท่ากับ .73, .81, .80 และ .72 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78, .84, .82 และ .75 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 6 เดือน โดยเริ่มต้นจาก 15 กรกฎาคม 2550 ถึง 15 มกราคม 2551 โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Coefficient) ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยรวมอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 2.65 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 รองลงมาคือ ด้านความพึงพอใจในชีวิตมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านอัตมโนทัศน์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.49

ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ($r = .286, .443$ $p<.05$ ตามลำดับ) คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตที่ดีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี ($r = -.488, -.529$, $p<.05$ ตามลำดับ) ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.358$ $p<.05$) ส่วนดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพการนอนหลับและระยะเวลาการเจ็บป่วยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ร้อยละ 48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ดังนี้

สมการการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$\hat{Y}$ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ $= 39.957 + -0.183 X_1$ ภาวะสุขภาพจิต $+ 0.298 X_2$ การสนับสนุนทางสังคม $+ -0.308 X_3$ คุณภาพการนอนหลับ $+ 0.063 X_4$ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

สมการการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$\hat{Z}$ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ $= -0.296 Z_1$ ภาวะสุขภาพจิต $+ 0.288 Z_2$ การสนับสนุนทางสังคม $+ -0.287 Z_3$ คุณภาพการนอนหลับ $+ 0.196 Z_4$ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

การอภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผล โดยนำเสนอตามปัญหา และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.65 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .16) เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ด้านความพึงพอใจในชีวิต (ค่าเฉลี่ย = 2.74) ด้านอัตมโนทัศน์ (ค่าเฉลี่ย = 2.49) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (ค่าเฉลี่ย = 2.53) และด้านสังคมและเศรษฐกิจ (ค่าเฉลี่ย = 2.84) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรายด้านจากคะแนนเฉลี่ยตามช่วงคะแนนของข้อคำถาม (1-3 คะแนน) พบว่า คุณภาพชีวิตรายด้านส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง แต่พบว่าคุณภาพชีวิตรายข้อเรื่อง รู้สึกว่าการนอนกรนไม่รบกวนหรือก่อความรำคาญให้กับคนอื่น และสามารถเล่นหรือออกกำลังกายได้โดยไม่รู้เหนื่อยง่ายอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ แม้ว่าส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียนตอนต้นที่มีอายุอยู่ระหว่าง 6-7 ปี ร้อยละ 60.8 อายุระหว่าง 8-9 ปี ร้อยละ 21.7 ซึ่งเป็นช่วงวัยยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้ใหญ่ ยังต้องการความรัก คำชมเชย และการยอมรับ (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545: 11) แต่เมื่อบิดามารดาหรือผู้ปกครองให้ความรักความเอาใจใส่ การดูแลและให้ความช่วยเหลือเมื่อเด็กติดขัดทำไม่ได้ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้เด็กหัดช่วยตนเอง และหัดทำอะไรได้บ้าง จะช่วยเพิ่มความรู้สึกของเด็กว่าตนมีความสามารถ มีความเชื่อมั่นในตัวเองที่จะเรียนหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นปมด้อยหรือต้องคอยความช่วยเหลือตลอด ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและภาพพจน์ต่อตนเองในด้านดี (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545: 10) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยเด็กกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 12-24 เดือน (ร้อยละ 42.9) ระยะเวลาเจ็บป่วยที่นานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเด็กสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วย หรือการรักษาได้ดีขึ้น ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่ดีที่มีต่อตนเองในเรื่องความภูมิใจ พอใจ และเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมทั้งสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 16, 18) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูขวัญ ปิ่นสากล (2533: 99-100) ที่พบว่าระยะเวลาของการเป็นโรคนานมากกว่า 1 ปี ผู้ป่วยเด็กจึงมีโอกาสเรียนรู้ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งผลให้เด็กป่วยสามารถปรับตัวในการรักษาหรือเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 73.1 จึงสามารถเล่น หรือออกกำลังกายร่วมกับ

เพื่อน ๆ ได้ มีความรู้สึกว่ารูปร่างไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต (ภาคผนวก ค) สามารถเข้าร่วมกิจกรรม เรียนหนังสือ หรือทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างทัดเทียมกับเพื่อน ทำให้เด็กมีกิจกรรมทั้งทางร่างกายและสมอง ซึ่งทำให้เด็กได้รับความพึงพอใจ (สุชา จันทน์เอม, 2542: 122) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schwimmer et al. (2003: 1816) ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กอ้วนมีคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพจิต การทำหน้าที่ทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และการเรียนแย่กว่าเด็กปกติทั่วไป ประกอบกับการมีระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 72.2) การได้รับการช่วยเหลือในการพาไปตรวจตามแพทย์นัด (ค่าเฉลี่ย = 2.98) และได้รับการดูแลรักษาป้องกันความรุนแรงของโรคด้วยการรับประทานยาและการพ่นยาอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย = 2.95) ทำให้สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนได้ดี ทำให้ไม่ส่งผลต่อการถูกจำกัดกิจกรรมหรือขีดความสามารถ จึงทำให้เด็กยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมและเล่นกับเพื่อน ๆ ได้ปกติ ประกอบกับเด็กได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.64) ซึ่งจะส่งผลให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และมีความมั่นใจที่สามารถจะดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ วิเศษพานิชย์ (2541: 72) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้เด็กมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีต่อผู้ป่วยเด็ก และประกอบกับเด็กมีภาวะสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 74.2) และมีความสามารถทางสังคมดี (ร้อยละ 79.2) ทำให้เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน หรือบุคคลรอบข้างที่ดี และทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างมีความสุข ยอมรับผู้อื่น และเป็นตัวของตัวเองพร้อมที่จะเผชิญปัญหาต่าง ๆ โดยไม่ท้อแท้ (สมประสงค์ โอวาทกา และฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549: 48) และคุณภาพการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 80.8) การนอนหลับพักผ่อน ทำให้ร่างกายมีการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เติมพลังให้ร่างกาย และจิตใจให้พร้อมสำหรับการเผชิญปัญหาและกิจกรรมในวันต่อไป (ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, 2538: 10) ตื่นนอนด้วยความสดชื่น กระปรี้กระเปร่า (ค่าเฉลี่ย = 2.48) มีสมาธิในการเรียน (ค่าเฉลี่ย = 2.57) และรู้สึกภูมิใจที่สามารถเรียนทันเพื่อน (ค่าเฉลี่ย = 2.76) ทำให้เกิดความรู้สึกตนเองทำได้และประสบความสำเร็จ ส่งผลให้มีความภูมิใจในตนเองหรือรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2548: 85) ดังนั้น ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากมีความสุขในการดำเนินชีวิต มีความรู้สึกภูมิใจในตนเองที่สามารถดำเนินชีวิตตามสภาพความเป็นอยู่ปัจจุบันได้ ส่งผลให้เด็กเกิดรู้สึกความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกในชีวิต (Zhan, 1992: 797)

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าทั้ง 4 ด้านของคุณภาพชีวิต ได้แก่ด้านความพึงพอใจในชีวิต (ค่าเฉลี่ย = 2.74) ด้านอัตมโนทัศน์ (ค่าเฉลี่ย = 2.49) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (ค่าเฉลี่ย = 2.53) และด้านสังคมและเศรษฐกิจ (ค่าเฉลี่ย = 2.84) อยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ด้านความพึงพอใจในชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ในด้านนี้อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 2.74) เนื่องจากเด็กมีความรู้สึกเป็นสุขในการดำเนินชีวิตตามสภาพความเป็นอยู่ และครอบครัวในปัจจุบัน ตามความคาดหวังหรือปรารถนาให้เป็น จึงส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ (Campbell 1976 cited in Zhan, 1992: 796) เมื่อสิ่งที่คาดหวังนั้นได้รับการตอบสนองมากหรือสมดุลกับความต้องการแล้ว จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ (Simonton 1978 อ้างถึงใน เนตรนภา คู่พันธวี, 2534: 104) ประกอบกับ รู้สึกมีความพึงพอใจที่บิดามารดาหรือบุคคลอันเป็นที่รักให้ความรักและความห่วงใย (ค่าเฉลี่ย = 2.99) ทำให้ได้ความรักความอบอุ่น มั่นคงปลอดภัย ความเอาใจใส่จากบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู ครู และเพื่อน (กรรณิกา ลวณะสกล, 2547: 18) ซึ่งโดยปกติเด็กวัยเรียนต้องการปัจจัยพื้นฐานทางร่างกายแล้ว เด็กยังมีความต้องการทางอารมณ์ และสังคม (พนิดา พาลี, 2544: 65) เมื่อเด็กได้รับการตอบสนองทั้งความรัก ความห่วงใยที่ดี จะทำให้เด็กมีสภาพจิตและอารมณ์ดี มีความสุข และภูมิใจในตนเอง (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 7) ส่วนความพึงพอใจกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ค่าเฉลี่ย = 2.46) เด็กสามารถปฏิบัติหน้าที่หรือทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากนัก (Wong, 2003: 720) เป็นช่วงวัยที่ต้องการที่จะทำอะไร ๆ ด้วยตนเอง มีความอยากรู้อยากเห็น และอยากพิสูจน์ ซึ่งเป็นแรงผลักดันทดลองทำสิ่งใหม่ ๆ ทำให้เด็กมีทักษะทั้งในด้านการเคลื่อนไหว และการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถทำได้ (วัณเพ็ญ บุญประกอบ, 2545: 15) ความรู้สึกว่าการเป็นโรคไม่เป็นอุปสรรคในดำเนินชีวิตประจำวัน (ค่าเฉลี่ย = 2.64) ส่งผลให้เด็กสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติเหมือนกับเด็กทั่ว ๆ ไป ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดำเนินชีวิตได้ดี จะสร้างความมั่นใจและพึงพอใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และภาคภูมิใจในตนเอง (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2543: 11) และมีความรู้สึกที่เต็มไปด้วยความสุข (Wong, 2003: 788) การที่เด็กเจ็บป่วยจากภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ต้องเข้ารับการรักษาเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามและประเมินผลการรักษา เมื่อได้รับความรักความเอื้ออาทรในการให้บริการรักษาอย่างสะดวกรวดเร็ว การแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติในร่างกายอย่างง่าย ๆ และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ซึ่งเด็กเป็นช่วงมีความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเองถูกต้องขึ้น เมื่อได้รับได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสาธารณสุข

เด็กก็จะรับความรู้ต่าง ๆ มากขึ้น (สุชา จันทน์เอม, 2542: 123) ทำให้เด็กรู้สึกมีความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล (ค่าเฉลี่ย = 2.76) และส่งผลให้เกิดความพึงพอใจคุณค่าในตนเองต่อได้รับการสนับสนุนทางสังคม (ภาคผนวก ค) จะทำให้เด็กให้ความร่วมมือในการรักษา และการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ส่วนความรู้สึกพึงพอใจผลการเรียน (ค่าเฉลี่ย = 2.83) เป็นสิ่งหนึ่งที่เด็กวัยเรียนจะประเมินตนเองในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะต้องให้เป็นไปตามความคาดหวังของตนเอง หรือมีความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง เพื่อต้องการการยอมรับในกลุ่มเพื่อนหรือการเป็นที่หนึ่ง (สุชา จันทน์เอม, 2542: 123) เมื่อเด็กได้รับการตอบสนอง ย่อมส่งผลต่อความภูมิใจ และความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Cantrill (1965 cited in Zhan, 1992: 796) ที่ว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ กล่าวคือ ถ้าบุคคลได้สิ่งที่ปรารถนาจะเป็นความพึงพอใจในเชิงบวก แต่ถ้าสิ่งได้รับต่ำกว่าสิ่งที่ปรารถนา ความพึงพอใจก็จะเป็นไปในเชิงลบ ซึ่งความต้องการของบุคคลจะถูกจัดลำดับความสำคัญจากความต้องการเบื้องต้นไปจนถึงความต้องการขั้นซับซ้อน การประเมินได้จากเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่ามีผลตอบสนองต่อความต้องการในระดับต่าง ๆ อย่างไร หากความต้องการได้รับการตอบสนองมาก บุคคลย่อมรู้สึกพึงพอใจมากหรือมีคุณภาพชีวิตดี หากความต้องการได้รับการตอบสนองน้อย บุคคลย่อมไม่พึงพอใจหรือพึงพอใจน้อย อันหมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี (Maslow, 1970: 24-25) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ (2543: 71) ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเนฟโฟติคมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับดีมาก ศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ (2542: 167) พบว่า ผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับดีมาก และการศึกษาของ จุฬาภรณ์ ตั้งภักดี (2547: 58) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

ด้านอัตมโนทัศน์ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 2.49) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิดต่อคุณค่าและภาพลักษณ์ของตนเองในทางที่ดี โดยมีความรู้สึกพึงพอใจที่บิดามารดาและเพื่อนให้การยอมรับ (ค่าเฉลี่ย = 2.67) ทำให้เด็กรู้สึกมีคุณค่าหรือความเป็นบุคคลที่น่าชื่นชม เด็กจะให้ความสนใจต่อความมีคุณค่าในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งจะส่งเสริมให้เด็กมีความมั่นใจยิ่งขึ้น และมีความเชื่อมั่นว่า สามารถดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเรียนได้ (ค่าเฉลี่ย = 2.57) เด็กที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง การเรียนหนังสือ และความต้องการไปเรียนหนังสือที่โรงเรียน (พนิดา พาลี, 2546: 64) จะทำให้เด็กมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถทำกิจกรรม หรือเรียนหนังสือได้เหมือนกับเพื่อน ๆ (พัชรินทร์

วิเศษพานิชย์, 2541: 90) และการมีรูปร่างที่ไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต (ค่าเฉลี่ย = 2.42) ทำให้สามารถทำกิจกรรม และร่วมเล่นกับเพื่อน ๆ ได้เหมือนกับเด็กปกติทั่ว ๆ ไป ทำให้มีอารมณ์แจ่มใสเบิกบาน ทำกิจกรรมอย่างสนุก (สุชา จันทน์เอม, 2542: 123) ทั้งสนุกกับการเล่น การทดลองความสามารถ และการเคลื่อนไหวเพื่อไม่ให้น้อยหน้าเพื่อน (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2548: 83) ส่งผลให้มีเพื่อนสนิท (ภาคผนวก ค) เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน (ภาคผนวก ค) และความรู้สึกภูมิใจที่สามารถเรียนทันเพื่อน (ค่าเฉลี่ย = 2.76) ซึ่งการทำอะไร ๆ ได้ทัดเทียมเพื่อน ทำให้เด็กมีความภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และความรู้สึกเหล่านี้ก่อให้เกิดความเคารพนับถือตนเอง ความมั่นใจในตนเอง (กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล, 2531: 243) ทำให้เด็กมีสภาพจิตดี อารมณ์ดี มีความสุข และภูมิใจในตนเอง (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 7) แต่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ในเรื่องความรู้สึกว่าการนอนกรนไม่รบกวนหรือก่อความรำคาญให้กับคนอื่น มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.04) สอดคล้องกับ Kitirat and Suththipol (2006: 1947) ที่พบว่า เด็กที่มีการหายใจผิดปกติในขณะหลับจะมีอาการกรนและหายใจทางปากขณะหลับ ซึ่งส่งผลภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อเด็ก เพราะกลัวถูกล้อเลียนที่แตกต่างกับเพื่อน (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2548: 85) ประกอบกับเด็กมีการง่วงนอนเวลากลางวันอยู่ในระดับน้อยมาก ในขณะเอนหลังนอนพักผ่อนช่วงบ่าย (ร้อยละ 60.8) ขณะนั่งอยู่เฉย ๆ ในที่สาธารณะ (ร้อยละ 60) ขณะนั่งอ่านหนังสือ (ร้อยละ 55.8) และนั่งเงียบ ๆ หลังอาหารเที่ยง (ร้อยละ 54.2) ทำให้รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ และขาดความมั่นใจในตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Schneider and Brill (2005: 159) ที่พบว่า เด็กที่มีความรู้สึกไม่ดีต่อภาพลักษณ์ และคุณค่าในตนเองจะมีอัตมโนทัศน์ต่ำ ถึงอย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าเด็กถูกล้อเลียนหรือรังแก (ภาคผนวก ค) หรือค่อนข้างแยกตัวชอบเล่นคนเดียว (ภาคผนวก ค) และพบว่าเด็กยังได้รับการยอมรับให้ร่วมทำงานหรือกิจกรรมกับเพื่อน ๆ (ภาคผนวก ค) จึงทำให้เด็กรู้สึกมีความสามารถและเป็นคนสำคัญ จึงไม่ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ (ค่าเฉลี่ย = 2.49) ดังนั้น ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับยังมีความรู้สึกมีคุณค่า และภาพลักษณ์ที่ดีในตนเอง ส่งผลให้การมีอัตมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง (Zhan, 1992: 798) จึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับสูง

ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 2.53) เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี โดยมีการตื่นนอนตอนเช้าด้วยความสดชื่นกระปรี้กระเปร่า (ค่าเฉลี่ย = 2.48) เนื่องจากบิดา

มารดาดูแลในการจัดท่านอน และให้รับประทานยาหรือพ่นยา (ภาคผนวก ค) เพื่อช่วยลดระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจ และยังส่งเสริมให้บุตรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 8-10 ชั่วโมงต่อวัน (Wong, 2003: 802) เมื่อเด็กได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอหรือการนอนหลับอย่างมีคุณภาพ (ภาคผนวก ค) เมื่อตื่นนอนทำให้เด็กรู้สึกสดชื่น ไม่มีอาการง่วงนอน ปวดศีรษะหรือปวดเมื่อยตามร่างกาย (ภาคผนวก ค) ส่งผลให้เด็กสามารถทำกิจกรรมหรือเล่นกับเพื่อน ๆ ได้ เป็นไปตามวัยที่มีความอยากรู้อยากเห็นและอยากพิสูจน์ ส่วนความสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (ค่าเฉลี่ย = 2.77) ทำให้เด็กสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากนัก (Wong, 2003: 720) สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เมื่อเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ย = 2.57) ซึ่งเป็นช่วงที่เด็กมีความสามารถในการดูแลสุขภาพ และสามารถจัดการกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Wong, 2003: 720) พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (ค่าเฉลี่ย = 2.83) ทำให้มีสุขภาพร่างกายดีขึ้นหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากระดับความรุนแรงของโรค และยังทำให้เด็กรู้สึกมีความสามารถ มีความมั่นใจในตนเองที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ จึงเกิดความพึงพอใจในตนเอง และสุขภาพร่างกายของตนเอง ส่วนการมีสมาธิในการเรียนหนังสือ (ค่าเฉลี่ย = 2.57) ส่งผลให้ผลการเรียนดีขึ้น ทำให้เด็กพึงพอใจในผลการเรียน ความสามารถในการเรียน และความเชื่อมั่นในตนเองที่จะดำเนินชีวิตประจำวันหรือเรียนหนังสือ (ค่าเฉลี่ย = 2.57) จะช่วยพัฒนาการทางสติปัญญาให้มีความคิดริเริ่มที่จะทำสิ่งใหม่ ๆ ทำให้เกิดความมั่นคงและเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งจะช่วยสร้างบุคลิกภาพให้ดีขึ้น (สุชา จันทน์เอม, 2542: 132) แต่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ในเรื่องสามารถเล่นหรือออกกำลังกายได้โดยไม่รู้สึกเหนื่อยง่ายอยู่ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.27) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lavie and Pillar (2001: 95) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในระดับรุนแรง จะมีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ง่วงนอนมากในเวลากลางวัน ส่งผลต่อการทำกิจกรรมหรือผลการเรียนลดลง ทำให้เด็กขาดกิจกรรมในการเคลื่อนไหว และกิจกรรมท้าทายความสามารถ (สุชา จันทน์เอม, 2542: 122) ประกอบกับได้รับการสนับสนุนในเรื่องการช่วยเหลืองานที่ต้องออกแรงมากอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.24) ทำให้เกิดความรู้สึกร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเต็มที่ จึงส่งผลให้เด็กมีความพึงพอใจต่อการทำงานของร่างกายต่ำ ถึงอย่างไรก็ตาม เด็กยังรู้สึกพึงพอใจกับความสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง (ภาคผนวก ค) และมีภาวะสุขภาพจิตดี (ร้อยละ 74.2) จึงไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (ค่าเฉลี่ย = 2.53) ซึ่งการมีสุขภาพดี มีร่างกายแข็งแรงและสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จะนำไปสู่ความสุข และความสำเร็จในชีวิต อาจกล่าวได้ว่า การมีสุขภาพดีคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง (สุชาติ โสมประยูร

อ้างถึงใน ประภาพร จินันทุยา, 2536: 16) ดังนั้น จึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ, 2543: 71; ศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ, 2542: 167; พนิดา พาลี, 2546: 65)

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในด้านนี้อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 2.84) เนื่องจากผู้ป่วยมีความพอใจในสภาพความเป็นอยู่และการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่ดี ในเรื่องความพอใจสิ่งอำนวยความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน (ค่าเฉลี่ย = 2.78) ความพอใจสภาพบ้านที่อยู่อาศัย (ค่าเฉลี่ย = 2.93) เป็นความต้องการ หรือเป็นส่วนหนึ่งของความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (Maslow 1986 cited in Murray and Atkinson, 1994: 11-12) เมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ย่อมส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ประกอบกับครอบครัวผู้ป่วยมีรายได้ 20,000-30,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 50) อาจช่วยสนับสนุนต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของเด็กที่ดีขึ้น ส่วนความพอใจที่ได้ทำกิจกรรมกับเพื่อน (ค่าเฉลี่ย = 2.58) การที่เด็กได้เล่นหรือได้สนุกกับการร่วมกิจกรรมกับเพื่อน ๆ ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดี ช่วยให้ได้รับความอบอุ่น การช่วยปรับทุกข์เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ มีการปรับตัว และทักษะในการอยู่กับบุคคลอื่น (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2538: 38) ถ้าเด็กมีการพัฒนาการทางด้านอารมณ์อย่างสมบูรณ์ จะทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ในเรื่องความพอใจที่ได้เข้าเรียนหนังสือตามกำหนดเกณฑ์อายุ (ค่าเฉลี่ย = 2.95) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานหนึ่งที่เด็กต้องได้รับ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ 2536 อ้างถึงใน สุดใจ สมิทธิการ, 2541: 34) ที่บิดามารดาต้องดูแลให้เด็กเข้าเรียนในการศึกษาภาคบังคับหรือเข้าเรียนตามเกณฑ์ เพื่อให้เด็กได้รับความรู้ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และทักษะทั่วไปในการดำเนินชีวิต จึงทำให้เด็กเกิดความพึงพอใจที่บิดามารดาให้ความสำคัญต่อตัวเอง ส่งผลให้เด็กรู้สึกมีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่วนบิดามารดาสามารถมีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล (ค่าเฉลี่ย = 2.96) ซึ่งเป็นช่องทางในการเข้าถึงความจำเป็นพื้นฐาน (Maslow 1986 cited in Murray and Atkinson, 1994: 11-12) ในการดูแลรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย ถ้าเด็กได้รับการดูแลหรือการตอบสนองอย่างเพียงพอ ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า เป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่บิดามารดาให้ความเอาใจใส่ และความห่วงใยต่อสุขภาพตนเอง ย่อมส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ, 2543: 71; ศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ, 2542:167; พนิดา พาลี, 2546: 66)

2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (r = -.074) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 73.1) ซึ่งไม่มีผลเสียต่อสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (ภาคผนวก ค) ด้านอัตมโนทัศน์ (ภาคผนวก ค) มีความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเรียนได้ (ค่าเฉลี่ย = 2.57) และรู้สึกว่ารูปร่างไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต (ค่าเฉลี่ย = 2.42) ประกอบกับ กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงวัยเรียนตอนต้น (ร้อยละ 60.8) และเป็นเด็กเพศชายเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.7) อาจยังไม่ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกเป็นปมด้อยในตนเอง เนื่องจากเป็นวัยที่ยังไม่รู้สึกการสูญเสียภาพลักษณ์มากนัก หรือมีปัญหาในการดำเนินชีวิต อีกทั้งเด็กผู้ชายไม่ค่อยจะให้ความสำคัญกับรูปร่างเท่ากับเด็กผู้หญิงมากนัก (อาภาวรรณ หนูคง, 2550: 220) และประกอบกับเด็กยังสามารถทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรม หรือเล่นกับเพื่อน ๆ ได้ดี ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการทักษะทางร่างกาย เชาว์ปัญญาและจินตนาการ และการเป็นบุคคลที่สำคัญของกลุ่ม (Wong, 2003: 711) ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า และพึงพอใจในตนเอง จึงไม่ส่งผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิต นั่นก็หมายถึง ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kitirat and Suththipol (2006: 1947) ที่พบว่า เด็กน้ำหนักมากหรือเด็กอ้วนที่มีอาการผิดปกติในการหายใจขณะหลับ ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิตกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (r = .286) อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวคือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยยาวนาน จะมีแนวโน้มทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยให้การรักษาทั้งการรับประทานยาและยาพ่นจมูก รวมทั้งการดูแลตนเอง และการเอาใจใส่ดูแลจากบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู (ภาคผนวก ค) การมาตรวจตามแพทย์นัดทุก 2-3 เดือน เพื่อติดตามและประเมินผลการรักษาเป็นระยะเวลา 1-2 ปี (ร้อยละ 42.9) ซึ่งการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่นานนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ ค่อย ๆ เรียนรู้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง แก้ไขปัญหาได้มากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kottket,1982: 60-62) เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์ จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และบุคคลจะใช้ช่วงเวลาหนึ่งเพื่อพัฒนาความชำนาญในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น (Ray et al., 1982: 385) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูขวัญ ปิ่นสากล (2533: 99-100) ที่พบว่า ระยะเวลาของการเป็นโรคนานมากกว่า 1 ปี ผู้ป่วยเด็กจึงมีโอกาสเรียนรู้ ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับ Kristofferzon et al. (2001: 120) ที่กล่าวว่า เมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยนานขึ้น ผู้ป่วยสามารถมีเวลาในการปรับตัวคือ ยอมรับในภาวะสุขภาพและความสามารถในตัวเองหรือโชคชะตาลิขิต ซึ่งการคิดในเชิงบวกเป็นยุทธวิธีการปรับตัวที่สูงขึ้นในการแก้ปัญหา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Theadom, 2007: 149) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ (2543: 74) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยปรับตัวได้จะสามารถทำกิจกรรมและการทำกิจวัตรประจำวันได้เอง และการได้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอยู่อย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ (2542: 167) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน จะมีการปรับตัวต่อขบวนการตรวจและรักษาโรค ทำให้เกิดความคุ้นเคยต่อกรรมวิธีรักษา คุ้นเคยต่อเจ้าหน้าที่ ตลอดจนได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอยู่เสมอ ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย ส่วนการศึกษา วีรยา จึงสมเจตไพศาล (2537: 89) พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติคที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ และเกิดการเรียนรู้ทำให้มีการดูแลตนเองดีขึ้น สุดใจ สมิทธิการ (2541:72) พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ถ้าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลาน้อยจะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ($r = -.358$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวคือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ในระดับความรุนแรงที่มากขึ้นของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จะมีแนวโน้มทำให้คุณภาพชีวิตที่ลดลง สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มสูงขึ้น จะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ (Orem, 1991: 117) สอดคล้องกับการศึกษาของ Verhulst et al. (2007: 610) ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของการหยุดหายใจที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เด็กมีความง่วงนอนมากในเวลากลางวัน และเมื่อระดับความรุนแรงการหยุดหายใจเป็นระยะเวลานานมากขึ้น จะทำให้มีปัญหาต่อระบบความจำ การเรียนและเชาว์ปัญญา (Rhodes et al., 1995: 743) สอดคล้องกับ Mulvaney et al. (2006: 326) ที่พบว่า เด็กที่มีระดับความรุนแรงของการหยุดหายใจขณะหลับ จะส่งผลต่อการเกิดปัญหาก้าวร้าว ปัญหาสังคม ปัญหาความคิด และปัญหาความจำสูง ส่วน Bell-Hoekstra et al. (2002: 318-319) พบว่า เมื่อระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมหรือการเรียน ซึ่งไม่สามารถเรียนหรือทำกิจกรรมได้ทัดเทียมกับเพื่อน ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zintzaras et al. (2007: 172) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในระดับรุนแรงของการหยุดหายใจขณะหลับที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น ยังส่งผลต่อการขาดเรียน (Moonie et al., 2006: 20) ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกเป็นภาระหรือต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ส่งผลให้คุณค่าในตนเองลดลง ส่วนการศึกษาของ Jedel et al. (2007: 560) พบว่า เด็กโรค Temporomandibular disorder ที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดมากขึ้น จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำในด้านการทำหน้าที่ร่างกาย เนื่องจากเด็กมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมทั้งหมด และการดูแลสุขภาพของตนเอง และส่งผลต่อปัญหาด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรม เนื่องจากเด็กมีขีดจำกัดในกิจกรรม การเรียน และการเล่นกับเพื่อน ดังนั้นจะเห็นว่า เมื่อระดับความรุนแรงของโรคหรือภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่เพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การเรียน และความสามารถการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการดูแลตนเองลดลง (Burckhardt, 1985: 11; นิรามัย ใช้เทียมวงค์, 2535: 67)

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (r = -.488) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้การแปลผลคุณภาพการนอนหลับคือ คะแนนที่น้อยลงหมายถึง ระดับที่ดีขึ้นของคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 กล่าวคือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มีคุณภาพการนอนหลับดี จะมีแนวโน้มทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดี มีความสำคัญมากในเด็ก ซึ่งจะส่งผลต่อทางด้านสุขภาพในการเจริญเติบโต การแข็งแรงของร่างกาย และส่งผลต่อด้านจิตใจในการพัฒนาพฤติกรรมและความมั่นคงทางอารมณ์ (Hatzinger et al., 2007: 1) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Parkes (1985: 46) ที่ว่า การนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคน โดยเชื่อว่าการนอนหลับในวัยเด็กจะช่วยให้มีการพัฒนาการทางสมอง และการเจริญเติบโต ทำให้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง และมีผลต่อสมรรถภาพทางร่างกาย และสุขภาพจิต (ศิวภรณ์ โกศล, 2538: 20)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ อาจเป็นผลจากเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 80.8) ซึ่งการนอนหลับอย่างมีคุณภาพหรือการนอนหลับได้ต่อเนื่อง ทำให้เด็กตื่นนอนมีอาการสดชื่น กระปรี้กระเปร่า (ภาคผนวก ค) และไม่มีอาการปวดศีรษะเวลาตื่นนอนตอนเช้า ทำให้สามารถไปปฏิบัติหน้าที่การงานได้อย่างกระฉับกระเฉง (วรกต สุวรรณสถิต, 2003: 112) ส่งผลต่อสมาธิในการทำกิจกรรม (ภาคผนวก ค) หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี แต่พบว่า คุณภาพการนอนหลับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีอาการง่วงนอนในระดับน้อยมากในเรื่องขณะนั่งเฉยในที่สาธารณะ (ภาคผนวก ค) ขณะเอนหลังนอนพักผ่อนช่วงบ่าย (ภาคผนวก ค) และขณะอ่านหนังสือ (ภาคผนวก ค) ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ Luc et al. (2006: 9) ที่พบว่าเด็กที่มีอาการหายใจผิดปกติในการนอนหลับ จะมีอาการง่วงนอนมากในเวลากลางวัน โดยมีอาการง่วงนอนทั้งวัน และงีบหลับง่ายตอนกลางวัน หรืออาจจะเกิดจากสาเหตุที่เด็กยังอยู่ในช่วงวัยเรียนตอนต้น ซึ่งเป็นวัยต่อจากวัยเด็กตอนต้นที่ยังต้องการพักผ่อนนอนหลับในตอนกลางวัน (สุชา จันทน์เอม, 2536: 71) จึงส่งผลให้มีอาการง่วงนอนในตอนกลางวัน และไม่น่าจะส่งผลต่อการทำกิจกรรมหรือการเรียน เนื่องจากมีอาการง่วงนอนในระดับน้อยมาก จึงทำให้เด็กยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ โดยมีสมาธิในการเรียน (ภาคผนวก ค) มีความพึงพอใจในผลการเรียน (ภาคผนวก ค) ส่งผลให้รู้สึกมีความสามารถ มั่นใจ และคุณค่าในตัวเอง (Killyore et al., 2007: 6)

ประกอบกับขณะนั่งคุยกับเพื่อน ๆ โดยไม่มีอาการง่วงนอน (ภาคผนวก ค) ซึ่งจะส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การตัดสินใจ และพัฒนาการความสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน (Wong, 2003: 714) และได้รับการยอมรับในกลุ่มเพื่อน (ภาคผนวก ค) ถึงแม้ร่วมเล่นหรือทำกิจกรรมกับเพื่อน ๆ ได้ โดยไม่รู้สึกเหนื่อยง่ายอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.27) แต่ก็ไม่น่าจะเป็นปัญหาต่อกลุ่ม ยิ่งจะทำให้เด็กมองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้นที่สามารถร่วมเรียน ทำกิจกรรมกับเพื่อนได้และเป็นที่ยอมรับของเพื่อน และยังเป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน (ภาคผนวก ค) ส่งผลให้เกิดสภาพจิตและอารมณ์ดี มีความสุข ความภูมิใจ และความมั่นใจในตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2543: 11) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Meijer et al. (2004: 101-102) ที่พบว่า คุณภาพการนอนหลับที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกระปรี้ กระเปร่าหรือตื่นตัวอยู่เสมอ ซึ่งจะส่งผลให้การเรียนหรือการทำกิจกรรมดีขึ้น ส่วนในการศึกษาของ Theadom et al. (2007: 148) พบว่า คุณภาพการนอนหลับที่ดีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านอาการปวดเมื่อยร่างกาย ด้านหน้าที่ร่างกาย ด้านผาสุกทางอารมณ์ ด้านหน้าที่ทางสังคม และด้านมีชีวิตชีวา ดังนั้น คุณภาพการนอนหลับที่ดี ส่งผลต่อการรับรู้ เชาว์ปัญญา อารมณ์ และพัฒนาการทางสังคม (France and Blampied, 2004: 2) ความรู้สึกนึกคิด และความสามารถในตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ($r = -.529$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้การแปลผลภาวะสุขภาพจิตคือ คะแนนที่น้อยลงหมายถึงระดับที่ดีขึ้นของภาวะสุขภาพจิต ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 กล่าวคือ ผู้ป่วยวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มีภาวะสุขภาพจิตดีจะมีแนวโน้มทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวต่อความเครียด ความวิตกกังวลได้ดี จึงทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี โดยสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคมได้อย่างเหมาะและสร้างสรรค์ ภายใต้สภาพแวดล้อมและเวลาที่เปลี่ยนแปลง (WHO 1976 อ้างถึงใน อัมพร โอตระกูล, 2538: 14) การมีสุขภาพจิตที่ดีมีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีความร่าเริงแจ่มใส มีความสุข มีสภาพจิตที่มั่นคง และสามารถอยู่รอดในสังคมอย่างเฉลียวฉลาด (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 7) มีเหตุผล ควบคุมอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความเข้าใจ รู้จักตนเอง ดูแลช่วย

เหลือตนเองและพึ่งตนเองได้ (กรมสุขภาพจิต, 2543: 7) และมีสภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี (อภิชัย มงคล และคณะ, 2544: 228)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ อาจเป็นผลจากเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีพฤติกรรมด้านอารมณ์ปกติ (ร้อยละ 61) ซึ่งแสดงอารมณ์ทั่วไปอย่างเหมาะสม ไม่มีความวิตกกังวลใจ (ภาคผนวก ค) ไม่มีความเครียดหรือขาดความมั่นใจ (ภาคผนวก ค) หรือหวาดกลัวได้ง่าย (ภาคผนวก ค) บ่งบอกได้ว่า เด็กมีความสามารถในพัฒนาการด้านอารมณ์ได้ดี ซึ่งจะทำเด็กมีสภาพจิตและอารมณ์ดี มีความสุข และยังสามารถควบคุมตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดี (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 7) ส่วนพฤติกรรมด้านความประพฤติอยู่ระดับปกติ (ร้อยละ 61) ไม่มีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่นหรือรังแกเด็กอื่น (ภาคผนวก ค) ไม่มีนิสัยโกหกหรือขี้โกง (ภาคผนวก ค) ไม่มีพฤติกรรมขี้ขโมย (ภาคผนวก ค) แต่พบว่า เด็กมีพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องอาละวาดหรือโมโหร้าย (ร้อยละ 45.8) และเสี่ยงในเรื่องเชื่อฟังมักทำตามผู้ใหญ่ต้องการ (ร้อยละ 60) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเป็นเด็กวัยเรียนตอนต้น อายุ 6-7 ปี (ร้อยละ 60.8) อาจยังพบพฤติกรรมการเป็นคนเจ้าอารมณ์ หงุดหงิดและโกรธง่าย โมโหร้าย โดยปราศจากเหตุผล มักจะแสดงความขัดขืนและดื้อรันต่อบิดามารดาอยู่เสมอ (สุชา จันทน์เอม, 2542: 116) จึงทำให้เด็กที่มีพฤติกรรมในการต่อต้านผู้ใหญ่หรือโมโหร้าย เอาแต่ใจตนเอง แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ไม่เป็นปัญหาต่อภาวะสุขภาพจิต เพราะเด็กมีความสามารถทางสังคมได้ดี (ภาคผนวก ค) ส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลใกล้ชิดและเพื่อน ๆ (ร้อยละ 80) สามารถร่วมเล่นกับเพื่อน (ภาคผนวก ค) มีเพื่อนสนิท (ภาคผนวก ค) เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน (ภาคผนวก ค) ไม่ถูกเด็กอื่นล้อเลียนหรือรังแก (ภาคผนวก ค) สามารถเข้ากับผู้ใหญ่ได้ดี (ภาคผนวก ค) ทำให้เด็กรู้สึกเป็นคนเด่น คนสำคัญ มีคุณค่า และความภูมิใจในตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2543: 16) ส่วนพฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 40.2) และพบว่า เด็กมีปัญหาพฤติกรรมในเรื่องอยู่ไม่นิ่ง นั่งนาน ๆ ไม่ได้ (ภาคผนวก ค) และมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก (ภาคผนวก ค) ซึ่งบ่งบอกได้ว่าเด็กมีปัญหาด้านพฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่งนี้มาก ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของ Rosen et al. (2004: 1642-1643) ที่พบว่า เด็กวัยเรียนที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จะมีปัญหาทางพฤติกรรมซุกซนอยู่ไม่นิ่ง อารมณ์เปลี่ยน แปลงง่าย ก้าวร้าว หงุดหงิด โมโหฉุนเฉียว แต่ผลการวิจัยนี้พบว่าพฤติกรรมดังกล่าวไม่ส่งผลกระทบต่อเด็กในเรื่องการเรียน โดยพบว่าเด็กคิดก่อนทำ (ภาคผนวก ค) ทำงานได้สำเร็จมีความตั้งใจในการทำงาน (ภาคผนวก ค) ส่งผลให้มีความภูมิใจในผลการเรียน

มาก (ภาคผนวก ค) มีสมาธิการเรียนดี (ภาคผนวก ค) และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือเรียนหนังสือกับเพื่อน ๆ ได้ดี (ภาคผนวก ค) ส่งผลให้เกิดความภูมิใจในผลงานและการทำงานร่วมกับผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต, 2543: 12) ทำให้เกิดความพึงพอใจในตนเองที่สามารถสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติสุขและปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ดี สอดคล้องกับคำกล่าวของ ฝน แสงสิงแก้ว (2521: 57) ที่ว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีเป็นผู้ที่มีร่างกายและจิตใจเป็นสุขปราศจากโรคจิต โรคประสาท สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในสังคม โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ มีความมั่นคงทางใจ มีสมรรถภาพในการทำงาน สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข มีบุคลิกภาพที่เอื้ออำนวยให้เกิดการแสดงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา สามารถทำประโยชน์ให้แก่ทั้งตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีอารมณ์มั่นคง สามารถทำงานและสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือเข้ากับเพื่อน ๆ ได้ดี (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2548: 86) และสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีประสิทธิภาพคือ ทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและส่วนรวมได้ดียิ่ง แต่เมื่อร่างกายเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางชีวะในร่างกาย จะมีผลต่ออารมณ์และการปรับตัว ทำให้เกิดความแปรปรวนของบุคลิกภาพและพัฒนาการ เช่น เกิดอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย เมื่อยิ่งต้องเจ็บป่วยนาน ๆ ก็จะทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงมากขึ้น เกิดความกังวล ท้อแท้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้ (สมประสงค์ โอวาทกา และฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549: 53) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Marsac, Funk and Nelson (2006: 5) ที่พบว่า การปรับตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิต เมื่อปรับตัวและสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ ทำให้ดำเนินชีวิตได้ปกติสุขทั้งด้านการทำกิจกรรม การเรียน การเล่นหรือสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดี ส่งผลให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Akashiba et al. (2002: 863) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2533: 166) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่ภาวะสุขภาพจิตดีย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นเด็กที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ส่งผลต่ออารมณ์จิตใจและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในสังคม มีความมั่นคงทางจิตใจ มีสมรรถภาพในการทำงาน สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ จึงทำให้เด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (r = .443) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 กล่าวคือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีแนวโน้มทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โดยปกติบุคคลทั่วไปมักจะคาดหวังว่าเมื่อตนเจ็บป่วยหรือมีความทุกข์จะมีคนคอยดูแลและให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางสาธารณสุข เช่นเดียวกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเมื่อเจ็บป่วยจำเป็นต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ ถ้าได้ตามความคาดหวังก็ย่อมจะทำให้ผู้นั้นเกิดความพึงพอใจ ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองผู้ป่วยก็จะรู้สึกตนเองไร้คุณค่า (Pinneo, 1984: 460) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยได้ โดยเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ สนใจ ยกย่องหรือเห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb, 1976: 300) เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง ครู เพื่อน และบุคคลกรทางสาธารณสุขที่แสดงความรัก การดูแล เอาใจใส่ ห่วงใย ให้คำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ที่ตนเองเป็นบุคคลสำคัญ เป็นที่รัก ห่วงใยและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และมีคุณค่าในตนเอง (Wiss 1974 cited in Barrera et al., 2004: 104) ได้รับความรัก ความอบอุ่น การเอาใจใส่ไม่ทอดทิ้ง จะช่วยให้บุคคลรู้สึกมีความอบอุ่นปลอดภัยทางด้านอารมณ์และจิตใจรับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพันและตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ทำให้มีความพึงพอใจ (สุนันท์ สินซื่อสัตย์กุล, 2536: 64) ซึ่งการได้รับการดูแลสุขภาพ เป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา (อัญชลี ฐิตะปุละ, 2536: 55) การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยดูดซับความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย และยังจะช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดหรือผลของภาวะเครียดที่มีต่อร่างกาย ทำให้บุคคลรู้จักการแก้ปัญหา มีความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Cohen and Wills, 1985: 310-313) การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยในการปรับตัวต่อความเจ็บปวดที่รุนแรง ทำให้มีความรู้สึกอบอุ่น มีคนเข้าใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bell-Hoekstra et al., 2002: 320) และการสนับสนุนทาง

สังคมทำให้การปรับตัวทางจิตวิทยาที่เหมาะสมซึ่งสามารถลดปัญหาสุขภาพจิต ทำให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (Turner Grindstaff and Phillips, 1990: 50-52)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ อาจเป็นผลจากเด็กวัยเรียนที่มีการภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ต้องเผชิญกับความเครียดจากการเจ็บป่วย พยาธิสภาพของโรค และการรักษาพยาบาล เมื่อได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อน ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.68) เมื่อรับรู้ว่าตนเองได้รับกำลังใจ การสนใจ เอาใจใส่ในเรื่องการดูแลสุขภาพ การได้รับกำลังใจ และคำปลอบโยน การอยู่เคียงข้างไม่ทอดทิ้งเมื่อมีปัญหา จะทำให้เกิดความอบอุ่น และความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนมีเสถียรภาพที่มั่นคง มีคุณค่าสำหรับบุคคลอื่น สามารถควบคุมตัวเองในการแก้ปัญหา เกิดพลังใจและแรงจูงใจในการเผชิญปัญหา และต่อสู้กับอุปสรรคอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา ตันติกนกพร (2540: 88) ที่พบว่า ผู้ปกครองจะให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่เด็กมาก โดยการปลอบโยน พูดคุยและให้กำลังใจเมื่อเด็กรู้สึกไม่สบายใจ และเบื่อหน่ายในการเจ็บป่วยของตน (สมจิตต์ สินธุชัย, 2532: 75) สำหรับการสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (ค่าเฉลี่ย = 2.56) เมื่อผู้ป่วยได้รับคำชมในการรับผิดชอบตัวเองได้ดีในเรื่องการดูแลสุขภาพหรือการเรียน ได้รับการยอมรับให้ร่วมทำกิจกรรม ความไว้วางใจให้รับผิดชอบตนเอง ซึ่งจะช่วยทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น (House cited by Tilden, 1985: 201) หรือการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ช่วยให้มีความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้นและปรับตัวต่อเหตุการณ์เลวร้ายได้ ซึ่งส่งผลทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น (Taylor 1986 cited in Abrahm and Shanley,1992: 142) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ส่งผลให้เด็กมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534: 68) และมีสามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้ดี (เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์, 2547: 83) โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากนัก สอดคล้องกับการศึกษา Shute et al. (2002: 323) ที่พบว่า เด็กมีความพึงพอใจการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่มีขนาดใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เพิ่มสูงขึ้น ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (ค่าเฉลี่ย = 2.61) เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อน และคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากบิดามารดาหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับโรคและแลรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และการให้ข้อมูลต่าง ๆ ทำให้การรับรู้ของบุคคลและสามารถเผชิญความเครียด และปรับตัวได้ดี

ขึ้น (Wortman,1984: 2534) ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และดำรงชีวิตอย่างปกติสุข รวมทั้งสามารถทำกิจกรรม การเรียน การเล่นได้เช่นเดียวกับเพื่อน ๆ ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534: 203) นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร (ค่าเฉลี่ย = 2.72) โดยได้รับการช่วยเหลือพาไปตรวจตามแพทย์นัด การดูแลป้องกันความรุนแรงของโรค การนอน การรับประทานยาหรือพ่นยา การช่วยเหลือเรื่องการเงินในการดูแลรักษาสุขภาพ และการเรียน ซึ่งการช่วยเหลือจะช่วยให้รู้สึกแบ่งเบาภาระที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นทุกข์อยู่ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย มีความมั่นใจ และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป (สมจิตต์ สินธุชัย, 2532: 75) แต่พบว่า เด็กได้รับการสนับสนุนในเรื่องการได้รับการระบายความรู้สึกไม่สบายใจระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.21) การได้รับฟังความคิดเห็นระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.30) และการได้รับการช่วยเหลืองานที่ต้องออกแรงมากระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.24) ถึงอย่างไรก็ตามอาจไม่ส่งผลต่อด้านความพึงพอใจมากนัก เนื่องจากเด็กอยู่ในช่วงวัยต้องการอิสระจากผู้ใหญ่ เป็นตัวของตัวเองและต้องการพึ่งตนเอง (สุชา จันทน์เอม, 2542: 123) ซึ่งเด็กอาจเสาะแสวงหาวิธีการที่ทำให้ตัวเองเกิดความพึงพอใจจากกลุ่มเพื่อนด้วยตัวเอง ส่วนการได้รับคำแนะนำการหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.26) ก็อาจไม่ส่งผลต่อความพึงพอใจเช่นกัน เนื่องจากเด็กอยู่ในวัยการเรียนรู้กว้างขวางขึ้น และมีความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองได้ชัดเจน ถ้าเด็กมีโอกาสอยู่ร่วมและทำกิจกรรมกับเพื่อน ๆ อยู่เสมอ จะทำให้เด็กมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเองถูกต้องมากขึ้น (สุชา จันทน์เอม, 2542: 123) ดังนั้นจึงไม่ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดความพึงพอใจต่อการสนับสนุนทางสังคม ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในทุกด้านอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย =2.64) นั่นก็หมายถึงว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลรู้สึกมีความอบอุ่น ปลอดภัยทางอารมณ์และจิตใจ รับรู้ถึงความรักความผูกพันและตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ทำให้มีความพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Padilla et al. (1983: 117-126) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย เจตคติของตนเองต่อสุขภาพและความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยดูดซับความเครียดที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ช่วยให้บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่รุนแรง เพราะรับรู้ว่าตนจะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ (นิรามัย ใช้เทียมวงศ์, 2535: 68-69) ยังช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลลดลง และช่วยให้การปรับสภาพจิตที่ดีขึ้น (Barrera, Fleming and Khan, 2004: 106) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nichols (1995: 236-237) ที่พบว่า การสนับสนุนทาง

สังคมในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างสูง ส่วนการศึกษาของอารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543: 67) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็ง กล่าวคือ วัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะปรับตัวได้ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะปรับตัวได้ไม่ดี ทั้งนี้อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ส่งเสริมปรับตัวให้ดีขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Bier et al. (2005: 611) ที่พบว่า เด็กที่ต้องดูแลภาวะสุขภาพที่แย่ด้วยตัวเอง มีความต้องการผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น ส่วน Hsiao and Nixon (2007: 5) พบว่า เด็กกลุ่มที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่รักษาโดยการผ่าตัดต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา เด็กจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเด็กกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547: 83) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งหมายความว่า ถ้าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีจะมีพฤติกรรมสุขภาพดี และการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามไปด้วย (นิรามัย ใช้เทียมวงศ์, 2535: 64) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (Bell-Hoekstra et al., 2002: 320; Barry et al., 2004: 189; Walsh, 2004: 489; Bier et al., 2005: 611; Kuehner and Buerger, 2005: 210; Kristofferzon et al., 2006: 118-119; Zeller and Modi, 2006: 124; ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2532: 90; ประภา รัตนเมธานนท์, 2532: 98; เนตรนภา คู่พันธวี, 2534: 91; ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533: 84; สุนันท์ สินซื่อสัตย์กุล, 2536: 64; เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2536: 78)

5. การศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ผลการวิเคราะห์การทดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพการนอนหลับ และระยะเวลาการเจ็บป่วยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ร้อยละ 48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การสนับสนุนสมมติฐานที่ 7 สามารถอธิบายได้โดย ผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดี สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในสังคม โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ มีความมั่นคงทางใจ มีสมรรถภาพในการทำงาน สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจและมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข (WHO 1976 อ้างถึงใน อัมพร

โอตระกูล, 2538: 14) มีความเข้มแข็งในการปรับตัวหรือมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนและผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีความร่าเริง แจ่มใส มีความสุข มีสภาพจิตที่มั่นคง และสามารถอยู่รอดในสังคมอย่างเฉลียวฉลาด (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 7) มีเหตุผล ควบคุมอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความเข้าใจ รู้จักตนเอง ดูแลช่วยเหลือตนเองและพึ่งตนเองได้ (กรมสุขภาพจิต, 2543: 7) มีสภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต และมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี (อภิชัย มงคล และคณะ, 2544: 228) ส่วนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้บุคคลได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ รับรู้ถึงความรักความห่วงใย และความตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง และยังช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดหรือผลของภาวะเครียดที่มีต่อร่างกาย ทำให้บุคคลรู้จักการแก้ปัญหา มีความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Cohen and Wills, 1985: 310-313) ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต การที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับต้องเผชิญกับความเครียดต่าง ๆ จากการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการตามวัย ความเจ็บป่วย การปรับตัวในการดูแลรักษา ตลอดจนผลกระทบจากภาวะการแทรกซ้อนของโรค ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต (สมประสงค์ โอวาทกา และฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549: 53) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนการซับความรุนแรงหรือเป็นกันชนปะทะความเครียด ส่งผลต่อสุขภาพและความผาสุก (Turner et al., 1990: 51-52) ช่วยประคับประคองจิตใจของเด็กและยกระดับความรู้สึกคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการเผชิญกับความเครียดในชีวิต (Dubow and Tisak, 1989: 1421; Schaefer et al., 1981: 386) ทั้งนี้เพราะการดำเนินชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการอาศัยพึงพากันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเองในด้านสรีระวิทยา และเกิดความมั่นคงทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (นิรามัย ใช้เทียมวงศ์, 2535: 69) ส่วนคุณภาพการนอนหลับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากการนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคน โดยเชื่อว่าการนอนหลับในวัยเด็กจะช่วยให้มีการพัฒนาการทางสมอง และการเจริญเติบโตทำให้มีสุขภาพร่าง กายสมบูรณ์แข็งแรง และมีผลต่อสมรรถภาพทางร่างกาย (Parkes, 1985: 46) เมื่อนอนหลับอย่างเพียงพอหรือนอนหลับอย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้ตื่นนอนจะรู้สึกมีความสดชื่นกระปรี้ กระเปร่า สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (วรกต สุวรรณสถิต, 2003: 112) และส่งผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจที่ดี (ศิวภรณ์ โกศล, 2538: 20) และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ ค่อย ๆ เรียนรู้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง แก้ไขปัญหาได้มากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kottket,1982: 60-62) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Kristofferzon et al.

(2001: 120) ที่ว่า เมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยนานขึ้น ผู้ป่วยสามารถมีเวลาในการปรับตัวคือ ยอมรับในภาวะสุขภาพและความสามารถในตัวเองหรือโชคชะตาลิขิต การคิดในเชิงบวกเป็นยุทธวิธีการปรับตัวที่สูงขึ้นในการแก้ปัญหา โดยมีรายละเอียดของการอภิปรายอันดับความสำคัญของตัวแปรพยากรณ์ดังนี้

5.1 ภาวะสุขภาพจิต

ผลการวิเคราะห์การทดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ภาวะสุขภาพจิตถูกคัดเลือกเข้าในสมการพยากรณ์เป็นอันดับแรก สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภาวะสุขภาพจิตสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ร้อยละ 28 (R^2 = .280) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก (Beta = -0.296) ทั้งนี้การแปลผลภาวะสุขภาพจิตคือคะแนนที่น้อยลงหมายถึง ระดับที่ดีขึ้นของภาวะสุขภาพจิต แสดงว่า ถ้าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มีภาวะสุขภาพจิตดีมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ถ้าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมีคุณภาพชีวิตลดลง เพราะการมีสุขภาพจิตที่ดี จะสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในสังคม โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ มีความมั่นคงทางใจ มีสมรรถภาพในการทำงาน สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ และมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข (WHO 1976 อ้างถึงใน อัมพร โอตระกูล, 2538: 14) ดังนั้นจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีปัญหาพฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่ง ในเรื่องอยู่ไม่นิ่ง นั่งนาน ๆ ไม่ได้ (ร้อยละ 68.3) และมีพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องอยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก (ร้อยละ 52.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Melendres et al. (2004: 722) ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ทำให้ร่างกายพร่องออกซิเจนเป็นระยะ ๆ ของการหยุดหายใจ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงลดลง (oxygen saturation) จึงส่งผลต่อพฤติกรรมซุกซน อยู่ไม่นิ่ง และถ้าเด็กได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ จะพบปัญหานี้ลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Mitchell and Kelly, 2005: 571) ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา และพ่นยาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 81.7) จึงทำให้พฤติกรรมซุกซน และอยู่ไม่นิ่งลดลง จึงไม่น่าจะเป็นปัญหาต่อภาวะสุขภาพจิต และประกอบกับเด็กมีพฤติกรรมด้านความสามารถทางสังคมมาก (ร้อยละ 79.2) นั่นก็หมายถึง เด็กมีความเข้มแข็งทางอารมณ์ และสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ดี ส่งผลให้เด็กมีภาวะสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 74.2)

ทำให้มีสภาพจิตที่มั่นคง มีความร่าเริง แจ่มใส มีความสุข และสามารถอยู่รอดในสังคมอย่างเฉลียวฉลาด (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2544: 7) มีเหตุผล ควบคุมอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความเข้าใจ รู้จักตนเอง ดูแลช่วยเหลือและพึ่งตนเองได้ (กรมสุขภาพจิต, 2543: 7) ส่งผลให้เด็กรู้สึกเป็นสุขในการดำเนินชีวิตประจำวันในสภาพแวดล้อมสังคมปัจจุบัน (Ferrans, 1990: 15) ซึ่งสอดคล้องกับ อภิชัย มงคล และคณะ (2544: 228) ที่กล่าวว่า สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2533: 166) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่ภาวะสุขภาพจิตดี ย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการศึกษาของ Akashiba et al. (2002: 863) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพจิตสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในระดับรุนแรงมากได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ภาวะสุขภาพจิตที่ดีสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้

5.2 การสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์การทดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์การสนับสนุนทางสังคม เข้าในสมการพยากรณ์เป็นอันดับสอง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยากรณ์ได้อีกร้อยละ 9.1 (R^2 change = .091) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (Beta = 0.288) แสดงว่าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีคุณภาพชีวิตลดลง

จากการศึกษาข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนตอนต้น (ร้อยละ 60.8) ซึ่งยังช่วยเหลือหรือพึ่งพาตัวเองได้น้อย มักเป็นวัยที่เผชิญกับภาวะหลายอย่างและความต้องการของบุคคลรอบด้าน เด็กจะมีความเครียด วิตกกังวลเสมอ (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545: 16) ประกอบกับเมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมส่งผลให้เกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น และกระทบต่อพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา (สุชา จันทน์เอม, 2542: 121) เมื่อได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคนรัก เอาใจใส่ ห่วงใย รับฟัง เห็นอกเห็นใจ และเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน สามารถระบายความรู้สึกหรือความสงสัย ทำให้รู้สึกว่าเป็นคนสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ทำให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ มีกำลังใจต่อสู้เผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Nichols (1995: 236-237) ที่พบว่า ผู้ป่วย

เด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และโดยเฉพาะบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ และยังส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุน ประกอบกับการสนับสนุนด้านประเมินค่า ได้รับความไว้วางใจรับผิดชอบ การชมเชยความสามารถ รับฟังความคิดเห็น และการยอมรับเข้าเป็นหมู่คณะจะช่วยทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น (House cited in Tilden, 1985: 201) ตรงกับความต้องการทางอารมณ์ที่สำคัญของเด็กวัยเรียนที่อยากเป็นที่หนึ่ง (สุชา จันทน์เอม, 2542: 123) และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ช่วยให้มีความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น และปรับตัวต่อเหตุการณ์เลวร้ายได้ ซึ่งส่งผลทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น (Taylor 1986 cited in Abrahm and Shanley, 1992: 142) และทำให้ช่วยบรรเทาความเครียด ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและสุขภาพจิตที่ดี (Cohen and Wills, 1985: 310-313) ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูล โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้หรือคำแนะนำในการดูแลรักษาแก่เด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นวัยอยากรู้อยากเห็น และเริ่มมีความสามารถคิดอย่างมีเหตุผลหรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเองถูกต้องมากขึ้น (สุชา จันทน์เอม, 2542: 123) การรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนที่ถูกต้อง จะช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ยังสามารถเผชิญความเครียดและปรับตัวได้ดีขึ้น (Wortman, 1984: 2534) ส่วนการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยการช่วยเหลือในเรื่องเงิน การเรียน การงาน และเวลา โดยการพาไปตรวจรักษาตามแพทย์นัด ซึ่งการที่บุคคลใกล้ชิดพาไปตรวจตามแพทย์นัด คอยดูแลในเรื่องอาหารและอยู่เป็นเพื่อนขณะเจ็บป่วย ทำให้รู้สึกอบอุ่นมั่นใจ ลดความวิตกกังวล (อารีย์ มั่งเกียรติกุล, 2543: 69) และรู้สึกว่าตนได้รับความช่วยเหลือจากสังคม จะช่วยให้รู้สึกผูกพัน ปลอดภัย เป็นที่รัก เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและมีคุณค่าในตนเอง (Wiss 1974 cited in Barrera et al., 2004: 104) การสนับสนุนที่เด็กวัยเรียนต้องการยิ่งขึ้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยประคับประคองทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาที่ดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2543: 7) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรม การเรียน และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้โดยไม่พึ่งพาผู้อื่น ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และความผาสุกในชีวิตหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง (บุษบา ตันติศักดิ์, 2535: 86) ดังนั้น การได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด โดยการประคับประคองทางอารมณ์ การได้ข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือด้านทรัพยากร และการชี้แนะในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะช่วยทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต ประคับประคองจิตใจ และยกระดับความรู้สึกคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการเผชิญกับความเครียดในชีวิต (Dubow and Tisak, 1989: 1421) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bier et al. (2005: 611) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และ

สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก Myelomeninggocele ได้ และ Zeller and Modi (2006: 124) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมห้องในระดับที่มากสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กอ้วนในด้านหน้าที่ทางร่างกาย สังคม และการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ (Tuner et al., 1990: 51; Svavasdottir and Orlygsdottir, 2006: 213; ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533: 84; เนตรนภา คู่พันธวี, 2534: 91; นิรามัย ใช้เทียมวงศ์, 2535: 68; เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2536: 78; สุนันท์ สินซื่อสัตย์กุล, 2537: 64)

5.3 คุณภาพการนอนหลับ

ผลการวิเคราะห์การทดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์คุณภาพการนอนหลับเข้าในสมการพยากรณ์เป็นอันดับสามสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยากรณ์ได้อีกร้อยละ 7.2 (R^2 change = 0.072) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (Beta = -0.287) ทั้งนี้การแปลผลคุณภาพการนอนหลับคือคะแนนที่น้อยลงหมายถึงระดับที่ดีขึ้นของคุณภาพการนอนหลับ แสดงว่า ถ้าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีคุณภาพการนอนหลับดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

จากการศึกษาข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียนตอนต้น (ร้อยละ 60.8) การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีและมีความสำคัญในเด็ก การนอนหลับอย่างมีคุณภาพหรือการนอนหลับวันละประมาณ 9-10 ชั่วโมง (วรกต สุวรรณสถิต, 2003: 112) มีผลต่อสุขภาพในการเจริญเติบโต การแข็งแรงของร่างกาย และผลต่อด้านจิตใจในการพัฒนาพฤติกรรม และความมั่นคงทางอารมณ์ (Hatzinger et al., 2007: 1) เมื่อเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ส่งผลต่อการนอนหลับทำให้นอนหลับไม่ต่อเนื่อง จากการหยุดหายใจหรือการหายใจช้าลง การสะดุ้งตื่นบ่อย ๆ การไม่สุขสบายจากการมีเหงื่อออกมาก ปัสสาวะรดที่นอน และการหายใจทางปากในขณะนอนหลับ (Sogut, 2005: 253) สอดคล้องกับการศึกษาของ Joo et al. (2005: 435) ที่พบว่า อาการง่วงนอนเวลากลางวันมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนหลับ ความรู้สึกการนอนหลับไม่เพียงพอ การนอนกรน การนอนกัดฟัน การหยุดหายใจ และฝันร้าย เมื่อเด็กได้รับการดูแลรักษาโดยการจัดท่านอนที่เหมาะสม และการรับประทานยาและการพ่นยา ส่งผลให้เด็กนอนหลับลึกหรือการนอนหลับอย่างมีคุณภาพ โดยการนอนหลับแบบ non REM จะช่วยฟื้นฟูซ่อมแซมด้านร่างกาย ในขณะที่การนอนหลับแบบ REM จะมีการฟื้นฟู ซ่อมแซมด้านจิตใจและระบบประสาท และมีการหลั่ง

ฮอร์โมนการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้น (Hodgson 1991 อ้างถึงใน พรสวรรค์ โรจนกิตติ, 2544: 21) เมื่อตื่นนอนตอนเช้าทำให้รู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่า (ภาคผนวก ค) ทำให้อารมณ์แจ่มใสเบิกบาน สามารถทำกิจวัตรประจำ วันหรือกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ ได้ อย่างสนุกและมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวภรณ์ โกศล (2538: 69) ที่พบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Biones et al. (1996) ที่พบว่า การนอนหลับอย่างมีคุณภาพ เมื่อตื่นขึ้นตอนเช้าจะรู้สึกกระปรี้กระเปร่า กระฉับกระเฉง ไม่รู้สึกอ่อนเพลียหรือเมื่อยล้า และสามารถปฏิบัติกิจวัตรหรือทำกิจกรรมได้ปกติ นั่นก็หมายความว่า คุณภาพการนอนสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Theadom et al. (2007: 148) ที่พบว่า คุณภาพการนอนหลับที่ดีสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย Fibromyalgia ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Akashiba et al. (2002: 863) พบว่า คุณภาพการนอนหลับพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในระดับรุนแรงมากได้ร้อยละ 53 และการศึกษา Louis et al. (2000: 1118) ที่พบว่า คุณภาพการนอนหลับหรือความสุขจาการนอนหลับสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ผลการวิเคราะห์การทดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ระยะเวลาการเจ็บป่วยเข้าในสมการพยากรณ์เป็นอันดับสี่ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยากรณ์ได้อีกร้อยละ 3.8 (R^2 change = 0.038) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (Beta = -0.196) แสดงว่า ถ้าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

จากการศึกษาข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอยู่ในช่วงวัยเรียนตอนต้น โดยมีอายุในช่วง 6-7, 8-9 ปี เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 60.8 และ 21.7 ตามลำดับ ทำให้การรับรู้และความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองได้น้อยกว่าเด็กวัยเรียนตอนปลาย ประกอบกับเป็นวัยที่มีความเครียดมากทั้งการปรับตัว และการเจ็บป่วย เมื่อได้รับการรักษาพยาบาล โดยมาตรวจตามแพทย์นัดบ่อย ๆ สักระยะหนึ่ง ทำให้มีโอกาสเกิดคุ้นเคยกับบุคลากรในทีมสุขภาพ และสถานที่มากขึ้น ในการรักษาภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีทั้งการรับประทานยาและยาพ่นจมูก การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการผ่าตัด แต่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา

ร่วมกับยาพ่นจมูกเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.7) โดยรับประทานยาและพ่นยาทางจมูกทุกวัน และมาตรวจตามแพทย์นัดทุก 2-3 เดือน เป็นระยะเวลา 1-2 ปี เมื่อระยะเวลาที่นานขึ้น ทำให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้ และมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ มากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ มีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ค่อย ๆ เรียนรู้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและแก้ปัญหาได้ตามลำดับ (Kottket, 1982: 60-62) เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์ จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และบุคคลจะใช้ช่วงเวลาหนึ่งเพื่อพัฒนาความชำนาญในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น (Ray et al., 1982: 385) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ (2542: 167) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน จะมีการปรับตัวต่อขบวนการตรวจและรักษาโรค ทำให้เกิดความคุ้นเคยต่อกรรมวิธีรักษา คุ้นเคยต่อเจ้าหน้าที่ ตลอดจนได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอยู่เสมอ ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Kristofferzon et al. (2001: 119-120) ที่พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วน Theadom et al. (2007: 148) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านสุขภาพทั่วไป นั่นคือ ระยะเวลาการเจ็บป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับที่พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ (จีรนุช สมโชค, 2540: 78; สายฝน จับใจ, 2540: 82)

ทั้งนี้ปัจจัยพยากรณ์ที่ไม่ถูกเลือกเข้าในสมการพยากรณ์สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

5.5 ดัชนีมวลกาย

ผลการวิเคราะห์การทดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ดัชนีมวลกายไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ เพราะเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ ดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายในระดับปกติ (ร้อยละ 73.1) ทำให้รูปร่างไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน เด็กสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมได้ทัดเทียมกับเพื่อน ๆ เพื่อตอบสนองกับวัยต้องการทดลองความสามารถ (วัณเพ็ญ บุญประกอบ, 2545: 15) ทำให้เด็กมีกิจกรรมทั้งทางร่างกายและทางสมอง เพื่อการพัฒนาทักษะที่ดี (สุชา จันทน์เอม, 2542: 122) ส่งผลให้เด็กรู้สึกมีคุณค่า และความเชื่อมั่นในตนเองหรืออัตมโนทัศน์ที่ดี จึงทำให้ความรู้สึกนึกคิดในความสามารถและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่ไม่แตกต่างกับเด็กปกติทั่วไป ดังนั้น ดัชนีมวลกายไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้

5.6 ระดับความรุนแรงของโรค

ผลการวิเคราะห์การทดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับไม่ได้รับคัดเลือกเข้าในสมการการพยากรณ์ แม้ว่าระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 72.2) ประกอบกับผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการ โดยการป้องกันความรุนแรงของโรค โดยการดูแลการจัดท่านอน การรับประทานยาร่วมกับพ่นยาทางจมูก (ภาคผนวก ค) และเมื่อเด็กอายุมากขึ้นต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์จะมีขนาดเล็กลง และประกอบกับโครงสร้างของทางเดินหายใจที่กว้างขึ้น ทำให้ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับไม่เพิ่มขึ้น (Gigante, 2005: 201) ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการรักษาที่มีระดับความรุนแรงเล็กน้อย จึงไม่พบอาการแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Zintzaras et al., 2007: 172) ระบบประสาทและพฤติกรรม (Mulvaney et al., 2006: 326) ระบบความจำ และเชาว์ปัญญา (Rhodes et al., 1995: 743) และปัญหาการเจริญเติบโตของร่างกาย (Ersu et al., 2004: 19) จึงทำให้ระยะห่าง และติดตามนัดของแพทย์ และจำนวนครั้งการรับประทานยาหรือการยาพ่นทางจมูกลดน้อยลง เพียงแต่คอยเฝ้าระวังอาการที่ผิดปกติในการนอนหลับ ซึ่งเด็กยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมได้โดยไม่แตกต่างกับเด็กปกติทั่ว ๆ ไป ดังนั้น ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จึงไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรนภา คู่พันธวี (2534: 98) ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาวะสุขภาพจิตเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับสูงสุด และรองลงมาได้แก่ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม คุณภาพการนอนหลับ และระยะเวลาการเจ็บป่วยตามลำดับ ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ร้อยละ 48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ในดูแลการพยาบาล เพื่อให้ตอบสนองต่อความพึงพอใจในชีวิต และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การพยาบาล พยาบาลควรให้คำปรึกษาและคำแนะนำญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็ก โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตในพฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่ง ได้แก่ อยู่ไม่นิ่ง นั่งนาน ๆ ไม่ได้ และอยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก (ร้อยละ 68.3, 52.5) และด้านความประพฤติ ได้แก่ ไม่เชื่อฟังหรือทำตามที่ผู้ใหญ่ต้องการ (ร้อยละ 60) เพื่อสร้างความตะหนัก และการยอมรับของบิดามารดาหรือผู้ดูแลในพฤติกรรมของเด็ก ตลอดจนการให้คำแนะนำคำปรึกษาแก่บิดามารดาและผู้ดูแลในการสนับสนุนเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเรื่อง การรับฟังการระบายความรู้สึกไม่สบายใจ การรับฟังความคิดเห็น การให้คำแนะนำการหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรค และการช่วยเหลืองานที่ออกแรงมาก ซึ่งพบว่า เด็กได้รับการสนับสนุนโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรส่งเสริมในการดูแล โดยให้ความรักความเข้าใจและรับฟังความคิดเห็น และควรให้ความช่วยเหลืองานเท่าที่จำเป็น ควรส่งเสริมให้เด็กทำเองเพื่อเพิ่มทักษะที่ดีขึ้น และส่งเสริมวิธีการค้นหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ทั้งการสอบถามจากแพทย์พยาบาลหรือเด็กป่วยด้วยกันเพื่อส่งเสริมให้เด็กกล้าแสดงออกและมีการเปรียบเทียบซึ่งกันและกันและความพึงพอใจในเรื่อง รู้สึกว่าการนอนกรนไม่รบกวนหรือก่อความรำคาญให้กับคนอื่น และสามารถเล่นหรือออกกำลังกายได้โดยไม่รู้สึกเหนื่อยง่าย ซึ่งพบว่า เด็กมีคุณภาพชีวิตในเรื่องนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการแสดงของโรค และข้อจำกัดในการออกกำลังกาย โดยส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสมและเน้นกิจกรรมที่เป็นจุดเด่นของเด็ก เพื่อสร้างความภูมิใจ มั่นใจและทักษะในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น

1.2 การออกแบบแผนการพยาบาล โดยทำแผนการพยาบาลภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพการนอนหลับ และระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยให้ความสำคัญตามลำดับ ซึ่งในการศึกษาพบว่าปัจจัยทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ร้อยละ 48 ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิต เป็นแผนในการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก เพื่อส่งเสริมความรัก ความเข้าใจและการยอมรับในพฤติกรรมเด็กของบิดามารดาหรือผู้ดูแล ในเรื่องพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง นั่งนาน ๆ ไม่ได้ อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก และไม่เชื่อฟังหรือทำตามที่ผู้ใหญ่ต้องการ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม นำมาทำแผนการพยาบาลการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมความรัก การเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องการให้ความรู้เพิ่มเติมแก่เด็กป่วยเกี่ยวกับโรคที่เผชิญ การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก การรับฟังความคิดเห็น และการให้เด็กได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ ส่วนคุณภาพการนอนหลับนำมาจัดทำแผนการพยาบาลในการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในประเด็นอันตรายอาการม่อยหลับช่วงขณะเดินทางหรืออยู่คนเดียวในที่สาธารณะ สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วย ควรนำมาใช้เป็นเกณฑ์

ในการประเมินความเสี่ยงต่อความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กป่วยด้วยภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และเนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพการนอนหลับมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานมีค่าอยู่ในช่วง 0.287-0.296 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรทั้ง 3 ตัว มีความสำคัญในระดับใกล้เคียงกัน จึงควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษ ถ้าสามารถนำมาร่วมจัดทำแผนการพยาบาลร่วมกันได้ ยิ่งจะช่วยให้แผนการพยาบาลมีประสิทธิภาพที่สูงขึ้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่ดีขึ้น

1.3 การให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวแก่เด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเรื่อง การรับประทานยาและการพ่นยาทางจมูกตามการรักษา การดูแลสุขภาพร่างกาย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ และเตรียมอุปกรณ์การนอน หรือการดูแลท่านอนที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และควรหลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อเกิดการระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ และสังเกตความระดับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น และอาการที่ต้องมาพบแพทย์ด่วน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

2.1 ควรศึกษาตัวแปรโรคร่วม หรือโรคที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับร่วมด้วย เพื่อศึกษาว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหรือไม่

2.2 ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับโดยใช้แนวคิด ทฤษฎีอื่น ๆ เพื่อศึกษาถึงความแตกต่างที่อาจเกิดขึ้น และได้แนวทางในการวางแผนการพยาบาลเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ครอบคลุมขึ้น

2.3 ควรศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่อาจเกิดขึ้นตามมาในรายที่ไม่ได้รับการผ่าตัด เพื่อใช้เป็นเกณฑ์หรือแนวทางในการรักษา

2.4 ควรนำตัวแปรที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิต มาศึกษาวิจัยเชิงทดลอง ได้แก่ ตัวแปรภาวะสุขภาพจิตเป็นอันดับแรก เพราะมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมากที่สุด โดยมีอำนาจพยากรณ์ร้อยละ 28 และในโอกาสต่อ ๆ ไป ควรนำตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม คุณภาพการนอนหลับ และระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยมีอำนาจพยากรณ์ ร้อยละ 9.1, 7.2 และ 3.8 ตามลำดับ นำมาศึกษาวิจัยเชิงทดลองในลำดับต่อไป เพื่อจัดทำเป็นคู่มือในการพยาบาลเด็กที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเพื่อให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อคุณภาพชีวิตที่แท้จริง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณะสุข. (2543). **คู่มือดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ร.ส.พ.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณะสุข และสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ. (2543). **คู่มือดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ร.ส.พ.

กรรณิกา ลวณะสกล. (2547). **ผลของการใช้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความกลัวของเด็กวัยเรียนโรคไข้เลือดออกเดงกีในช่วงแรกรับไว้ในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กระทรวงสาธารณสุข. (2535). **แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า**. กรุงเทพฯ: ฝ่ายเทคโนโลยีสื่อสุขศึกษา กองสุขศึกษา.

กมลวัน ดิษยบุตร. (2537). **ความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องในการดูแลบุตรของมารดาและความผาสุกในครอบครัวของเด็กวัยก่อนเรียนโรคธาลัสซีเมีย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). **คู่มือธงโภชนาการ กินพอดีสุขีทั่วไทย**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล. (2531). การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์. ใน **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่องมโนมติในการพยาบาลแบบองค์รวม**. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

กันทิมา เอกโพธิ์. (2534). **อัตมโนทัศน์ และความสามารถในการดูแลตนเองในเด็กธาลัสซีเมีย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2544). **การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูลเวอร์ชั่น 7-10**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ซีเค แอนด์ เอส โฟโต้สตูดิโอ.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2545). **การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ซีเค แอนด์ เอส โฟโต้สตูดิโอ.

กิจติยา รัตนมณี. (2547). **ผลของโปรกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนักร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันของเด็กอ้วนวัยเรียน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กุศล สุนทรธาดา และคณะ. (2542). **สถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย**. เอกสารทางวิชาการ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กุสุมาลย์ รามศิริ. (2543). **คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เกษม ตันติผลาชีวะ. (2534). การนอนหลับและวงจรการนอนหลับ. **ใกล้หมอ**. 15 (5): 81-90.

คนึงนิตย์ พงษ์สิทธิถาวร และพิสมัย อุบลศรี. (2544). หลักการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว. ใน พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา. (บรรณาธิการ). **การพยาบาลเด็ก เล่ม1**.นนทบุรี: ยุทธรินทร์.

จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และธนา นิลชัยโกวิท. (2542). รายงานเบื้องต้นปัญหาในการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร: **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** (2) เมษายน-มิถุนายน: 66-76.

จิตรลดา บุตรงามดี. (2547). ความชุกของการนอนกรนและผลต่อการเรียนในเด็กนักเรียนชั้นประถม. **วชิรเวชสาร** 49 (3): 123-132.

จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์. (2542). Obstructive sleep apnea in children. ใน นวลจันทร์ ปราบพาล และคณะ. **การอบรมกุมารเวชศาสตร์ระยะสั้น เฉลิมพระเกียรติ** Evidence base pediatric pratice, หน้า 79-92. กรุงเทพฯ: ที พี พริ้นท์.

จีรนุช สมโชค. (2540). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จุฬาภรณ์ ตั้งภักดี. (2547). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ฉัตรวลัย ใจอารีย์. (2533). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชมนาด วรรณพรศิริ. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชัยรัตน์ นิรันตรัตน์. (2544). **ตำราการนอนกรนและการหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น**. กรุงเทพฯ: พี บี ฟอเรน บุคส์ เซนเตอร์.

ชัยรัตน์ นิรันตรัตน์. (2546). **ตำราโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น**. กรุงเทพฯ: วัชรินทร์การพิมพ์.

ชูขวัญ ปิ่นสากล. (2533). **การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาและเด็ก และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณภัควรรต บัวทอง. (2546). **คุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทยจำกัด (มหาชน)**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์. (2538). การนอนหลับ: แนวคิดทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติพยาบาล. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 13 (1):10-18.

ดารัสนี โพธารส. (2538). **คุณภาพการนอนหลับและสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลรามาธิบดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดุสิต สุจิรารัตน์. (2544ก). **การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows เล่มที่ 1**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.

เทพนม เมืองแมน. (2534). **ความเป็นอยู่แบบนิคส์กับปัญหาสุขภาพ ในการประชุมวิชาการเรื่องปัญหาสุขภาพของคนไทยในยุคนิคส์**. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. (อัดสำเนา).

นงคราญ อุดมพันธ์. (2543). **ภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลวัดศรีสุพรรณ จังหวัดเชียงใหม่**. ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นงพงา ลิ้มสุวรรณ. (2538). วัยเรียน (6-12 ปี). ใน วันเพ็ญ บุญประกอบ และคณะ. (บรรณาธิการ). **จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์**, หน้า 34-39. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.

นงลักษณ์ จินตนาดิลก. (2550). การพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยเด็ก. ใน ปัญจางค์ สุขเจริญ และคณะ. (บรรณาธิการ). **ตำราการพยาบาลเด็ก**, หน้า 205-218. กรุงเทพฯ: พรี-วัน.

นัทธมนต์ สายสอน. (2544). **การเปรียบเทียบผลของการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิตยา คชภักดี. (2535). **เลี้ยงลูกถูกวิธี วัยแรกเริ่ม วัยเรียน วัยรุ่น**. กรุงเทพฯ: แปลน พับลิชชิ่ง.

นิพนธ์ คันธเสวี. (2526). **การศึกษาและวัฒนธรรม**. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชนจำกัด.

นิรามัย ใช้เทียมวงศ์. (2535). **แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิลุบล รุจิรประเสริฐ. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เนตรนภา คู่พันธวี. (2534). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์ดรคเรื้อนเขต 12**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

บุญพา ณ นคร. (2545). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุษกร อินทรวิชัย. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของมาดาเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุษบา ตันติศักดิ์. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบญจวรรณ แก้วเวชวงศ์. (2526). **ผลของการให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่เข้าการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประคอง กรรณสูต. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.

ประภาพร จินันทุยา. (2536). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมของผู้สูงอายุดินแดง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). **การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ. (2533). **สภาวะสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และทักษะการปรับตัวของเยาวชนไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. (2536). **แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร่องในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผกา สัตยธรรม. (2540). **สุขภาพจิตเด็ก**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ฉบับแก้ไขปรับปรุง. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฝน แสงสิงแก้ว. (2521). **เรื่องของสุภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พ.ศ. 2542. (2546). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน**. กรุงเทพฯ: บริษัทนามมีบุคส์พับลิเคชั่นส์.

พนิดา พาลี. (2544). **คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟติก**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแรงสนับสนุนทางสังคมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดากับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณพิมล หล่อตระกูล. (2543). ปกิณกะ EQ กับสุขภาพจิต. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 8(2): 133-137.

พรรณพิมล หล่อตระกูล. (2544). **คู่มือดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนสำหรับบุคคลากรสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: วงศ์กมล โปรดักชั่น.

พรสวรรค์ โรจนกิตติ. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัชรินทร์ เวียงแก้ว. (2540). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พึงพิศ ศรีสืบ. (2543). **คุณภาพชีวิตของเด็กสมองพิการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพลินตา พรหมบัวศรี. (2536). **การศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษาของมารดาในกลุ่มเด็กโรคหอบหืดที่มีการควบคุมโรคต่างกัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไพบูรณ์ พานิชยการ. (2536). การรักษาโรคหอบหืดชนิดเรื้อรัง. ใน วินัย สุวัตถี, อรุณ วงษ์จิราษฎร์ และพิภพ จิรภิญโญ. (บรรณาธิการ). **ภาวะฉุกเฉินทางกุมารเวชศาสตร์**, หน้า 111-115. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.

มาลัย สำราญจิตต์. (2540). **การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เยาวเรศ เอื้ออารีเลิศ. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างความยุติธรรมในองค์การ ความคล้ายคลึงในเจตคติต่องาน กับการแลกเปลี่ยนระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2532). **ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุ้งทิพย์ วีระกุล. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วชิระ เพ็งจันทร์, ศิริศักดิ์ ธิติดิลกรัตน์ และพิทักษ์พล บุณยมาลิก. (2549). **แนวปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต: กรณีภัยพิบัติจากธรรมชาติ สำหรับเครือข่ายสาธารณสุขระดับจังหวัด**. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.

วนิดา ยืนยง. (2537). **ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรกต สุวรรณสถิต. (2003). การตรวจการนอนหลับในโรงพยาบาลรามาธิบดี. **Rama Nurs J** 9 (2): 111-122.

วรกต สุวรรณสถิต. (2003). กรนกับการผิดปกติของการหายใจในขณะหลับ. **Rama Nurs J** 9 (3): 183-189.

วรุณศิริ ปราณีธรรม. (2546). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่การอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วันเพ็ญ บุญประกอบ. (2545). พัฒนาบุคลิกภาพของเด็กวัยรุ่น. ใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. (บรรณาธิการ). **ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น: ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น**, หน้า 1-31. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

วิภารัตน์ แสงสุวรรณ. (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วีระชัย คีรีกาญจนะรงค์ และคณะ. (2543). Tonsillectomy and adenotonsillectomy in management of obstructive sleep apnea at King Chulalongkorn Memorial Hospital. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร** 44: 831-8.

วีรยา จึงสมเจตไพศาล. (2537). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติค**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ. (2542). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว. **วารสารพยาบาล** 48 (3): 163-170.

ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2535). **พัฒนาการด้านอารมณ์และบุคลิกภาพ**. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.

ศิริเพ็ญ วานิชานันท์. (2544). **ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิวาภรณ์ โกศล. (2538). **คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2545-2548). **รายงานผลการตรวจโพลีซอมโนกราฟฟีสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**. กรุงเทพฯ: มปท.

สมจิตต์ สินธุชัย. (2532). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2537). **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์และนิภา มนูญปิจุ. (2525). **คุณภาพชีวิต ในประชากรประชากรกับคุณภาพชีวิต**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศรีอนันต์.

สมชาติ สุทธิกาญจน์. (2543). **การเปรียบเทียบแบบประเมินพฤติกรรม** CBC (Child Behavior Checklist) **และ** SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) **ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา**. การศึกษาหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมประสงค์ โอวาทกา และฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2549). แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (บรรณธิการ). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, หน้า 47-64. นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.

สมพันธ์ หิญชีระนันทน์. (2539). การพยาบาลเพื่อคุณภาพชีวิต: บทบรรณธิการ. **วารสารพยาบาล** 45 (4): 1-3.

สมภพ เรืองตระกูล. (2543). **โรคทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมยศ คุณจักร. (2544). การกรนและหยุดหายใจขณะหลับจากภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ ใน สุภาวะดี ประคุณหังสิต และสมยศ คุณจักร บรรณาธิการ. **ตำรา โสต ศอ นาสิกวิทยา**, หน้า 420-435. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง.

สมสิริ อัทธเสรี. (2540). **คุณภาพชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์. (2543). กลุ่มอาการอุดตันของทางเดินหายใจตอนบน. **กุมารเวชสาร** 7(2): 108-112.

สฤษฎิ จันทร์หอม. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดาในครอบครัวกรรมกรก่อสร้างเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สายฝน จับใจ. (2540). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2550). **การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ในช่วง 6 เดือน แรกของปี 2550**. [Online]. แหล่งที่มา: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/socio_ [2007 July 9].

สุชา จันทร์เอม. (2536). **จิตวิทยาเด็ก**. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

สุชา จันทร์เอม. (2542). **จิตวิทยาพัฒนาการ**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

สุดใจ สมิทธิการ. (2541). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุธิศา อารยพิทยา. (2533). **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนันท์ สินชื่อสัตย์กุล. (2537). **ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม ร่องรอยแผลไหม้กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไฟไหม้รุนแรง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนันทา ตันติกนกพร. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา. (2535). สุขภาพจิต. ใน **เอกสารการสอนชุดวิชา จิตวิทยาทั่วไป**, หน้า 787-832. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.

สุภาพรรณ โคตรจรัส. (2523). **สุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาพรรณ โคตรจรัส. (2525). **สุขภาพจิต: จิตวิทยาในการดำรงชีวิต**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรางค์ โค้วตระกูล. (2548). **จิตวิทยาการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรางค์ จันทน์เอม. (2521). **สุขวิทยาจิต**. กรุงเทพฯ: อักษรบัณฑิต.

สุวดี ศรีเลณวัติ. (2534). **จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก**. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ: ฟิสิกส์เซ็นเตอร์ การพิมพ์.

อภิชัย มงคล และคณะ. (2544). ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทของสังคมไทย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 46 (3): 227-232.

อรุณรัศมี บุนนาค และคณะ. (2545). ผลของการเข้าค่ายฤดูร้อนต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมน้ำหนักของเด็กอ้วน. **สารศิริราช** 54 (3): 159-166.

อรุณรัศมี บุนนาค. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กอ้วน. ใน ปัญจางค์ สุขเจริญ และคณะ. (บรรณาธิการ). **ตำราการพยาบาลเด็ก**, หน้า 492-504. กรุงเทพฯ: พรี-วัน.

อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์ (2544). Obstructive Sleep Apnea Syndrome. ใน อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์ และคณะ. (บรรณาธิการ). **Pediatric Pulmonology & Respiratory Care: A Current Practice**. เล่มที่ 2, หน้า 347-357. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์. (2548). Obstructive Sleep Apnea in Children. ใน วัชระ จามจุรีรักษ์ และสุนันทา สรรค์ปัญญาเลิศ. **การประชุมวิชาการ 5th BGH ANNUAL ACADEMIC MEETING**, หน้า 367-372. กรุงเทพฯ: ส.รุ่งทิพย์ ออฟเซท.

อรุณวรรรณ พฤทธิพันธุ์ และธีรเดช คุปตานนท์. (2549). Obstructive Sleep Apnea in Children (บรรณาธิการ). **ตำราการบำบัดรักษาทางระบบหายใจในเด็กสำหรับแพทย์และพยาบาล**. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

อวยพร เรืองตระกูล. (2549). **เอกสารประกอบการสอนวิชาสถิติประยุกต์พฤติกรรมศาสตร์1**. ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ. (2542). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติค. **วารสารพยาบาล** 48 (4): 235-243.

อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ. (2543). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติค. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 18 (2): 66-75.

อัมพร โอตระกูล. (2538). **สุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.

อัมพล สูอำพัน. (2538). **จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์**. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.

อาภาวรรณ หนูคง. (2550). ภาพลักษณ์ (Body Image). ใน ปัญจางค์ สุขเจริญ และคณะ. (บรรณาธิการ). **ตำราการพยาบาลเด็ก**, หน้า 219-491. กรุงเทพฯ: พรี-วัน.

อารีย์ มั่งเกียรติสกุล. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวในวัยรุ่นโรคมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Abrahm, C., and Shanley, E. (1992). **Social psychology for nurses**. London: Edward Arnold.

Ali, N. J., Pitson, D. J., and Stradling, J. R. (1993). Snoring, sleep disturbance and behavior in 4-5 year olds. **Archives of Disease in Childhood** 68: 360-366.

Ali, N. J., Pitso, D. J., and Stradling, J. R. (1994). Natural history of snoring and related behavior problems between the ages of 4 and 7 years. **Archives of Disease in childhood** 71: 74-76.

Ali, N. J., Pitson, D., and Stradling, J. R. (1996). Sleep disordered breathing: effect of adenotonsillectomy on behaviour psychological functioning. **EurJ Pediatr** 155 (1): 56-62.

American academy of pediatrics. (2002). Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Management of Chilhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome. **Pediatrics** 109 (4): 704-712.

American academy of pediatrics. (2003). Prevention of Pediatric Overweight and Obesity. **Pediatrics** 112 (2) :424-430.

American thoracic society. (1996). Standards and indication for cardiopulmonary sleep studies in children. **Am J Respir Crit Care Med** 153: 866-878.

Amin, R. S., et al. (2004). Twenty-four hour Ambulatory Blood Pressure in Children with Sleep-disordered Breathing. **Am J Respir Crit Care Med** 169: 950-956.

Amin, R. S., et al. (2002). Left Ventricular Hypertrophy and Abnormal Ventricular Geometry in Children and Adolescents with Obstructive Sleep Apnea. **Am J Respir Crit Care Med** 165: 1395-1399.

Anuntaseree, W., Rookapan, K., and Thongsuksai, P. (2001). Snoring and obstructive sleep apnea in Thai school-age children: Prevalence and predisposing factors. **Pediatric pulmonary** 32: 222-227.

Akashiba, T., et al. (2002). Relationship between quality of life and mood or depression in patiens with severe obstructive sleep apnea syndrome. **Chest** 122: 861-865.

Balbani, A. P. S., Weber, S. A. T., and Montovani, J. C. (2005). Update in Obstructive Sleep Apnea Syndrome in Children. **Rev Bras Otorrinolaringol** 71 (1): 74-80.

Baldwin, C. M., et al. (2001). The association of sleep-disordered breathing and sleep symtoms with quality of life in sleep heart health study. **Sleep** 24 (1): 96-105.

Barrera, M., Fleming C. F., and Khan, F. S. (2004). The role of emotional social support in the psychological adjustment of siblings of children with cancer Child. **Care, Health & Development** 30 (2): 103–111.

Becker, A., et al., (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. **European Child & Adolescent Psychiatry** (Suppl 2) 13: II/11-II/16.

Beck, S. L. (1992). Measuring Sleep. In Frank-Stromborg, M. (ed.). **Instrument of clinical nursing research** (pp 255-267). Philadelphia: F. A. Davis company.

Becker, A., et al. (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. **European Child & Adolescent Psychiatry** (Suppl 2) 13: II/11-II/16.

Bennett, L. S., et al., (1999). Health status in obstructive sleep apnea: Relationship with sleep fragmentation and daytime sleepiness and effects of continuous positive airway pressure treatment. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine** 159:1884-1890.

Bell-Hoekstra, I. E. N. G., et al. (2002). Coping and Quality of Life in relation to headache in Dutch schoolchildren. **European Journal of Pain** 6: 315-321.

Bier, J. B. (2005). Medical, function, and social determinants of health-related quality of life in individuals with myelomeningocele. **Developmental Medicine & Child Neurology** 47: 609-612.

Blunden, S., et al. (2005). Neuropsychological and Psychosocial Function in Children with a History of Snoring or Behavioral Sleep Problems. **J Pediatr** 146: 780-786.

Brandt, P., and Weinert, C. (1981). The PRO-A social support measure. **Nursing research** 30 (5): 277-280.

Brodsky, L., et al. (1987). A comparison of tonsillar size and orropharyngeal dimension in children with obstrutive adenotonsillar hypertrophy. **Int J Pediatr Otorhino laryngol** 13: 149-56.

Briones, B., et al. (1996). Sleepiness and health: Ralationship between sleepiness and general health status. **Sleep** 19 (7): 583-588.

Brouillette, R. T., et al. (1984). A diagnostic approach to suspected obstructive sleep apnea in children. **J Pediatr** 105: 10-14.

Brouillette, R. T., and Waters, K. (1996). Oxygen therapy for pediatic sleep apnea syndrome: How safe?. How effective?. **Am J Respir Crit Care Med** 153: 1-2.

Brunetti, L., et al. (2001). Prevalence of Obstructive Sleep Apnea Syndrome in a Cohort of 1,207 Children of Southern Italy*. **Chest** 120: 1930-1935.

Brown, M. A. (1986). Social support, stress and Health: A comparison of expectant mother and father. **Nursing research** 35: 72-76.

Burns, N., and Grove, S. K. (1997). **The practice of nursing research: Coduct, critique & utilization.** 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.

Burckhardt, C. S. (1985). The impact of arthritis on quality of life. **Nursing Research** 34 (January-February): 11-16.

Buysse, D. J., et al. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index. A new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research** 28 (2): 193-213.

Caples, A. S., et al. (2005). Obstructive Sleep Apnea. **Am Psychiatric Assoc**142:187-97.

Carno, M.A., et al. (2003). Developmental Stages of Sleep From Birth to Adolescence, Common Childhool Sleep Disorders: Overview and Nursing Implications. **Journal of Pediatric Nursing** 18 (4): 274-283.

Carskadon, M. A., at al. (1998). Adolescent Sleep Patterns, Ciecadian Timing, and Sleepinness At a Transition to Early school Day. **Sleep** 21 (8): 871-881.

Cassel, J. (1976). The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. **American Journal of Epidemiology** 104: 108-123.

Chan, J., Edman, J. C., and Koltai, P. J. (2004). Obstructive Sleep Apnea in Children. **Am Fam Physician** 69 (5): 147-1154.

Chervin, R.D. (2000). Sleepiness, fatigue, tiredness, and lack of energy in obstructive sleep apnea. **Chest** 118: 372-379.

Closs, J. (1988). Patient' sleep-wake rhythm in hospital. Part 1. **Nursing Time** 84 (January): 48-50.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatric Medicine** 38 (September-October): 300-314.

Cohen, S., and Syme, S. L. (1985). Issue in the study and application of social support. In Cohen, S., and Syme, S. L. (ed.). **Social support and health** (pp.3-20). Orlando: Academic Press Inc.

Cohen, S., and Wills, T. A. (1985). Stress social support and buffering hypothesis. **Psychological Bulletin** 98: 310-353.

Cooley, M. E. (1998). Quality of life in persons with non-small cell lung cancer: A concept analysis. **Cancer Nursing** 21 (3):151-161.

Corbo, G. M., et al. (2004). Snoring in 9-to 15-Year-Old Children: Risk Factors and Clinical Relevance. **Pediatrics** 108 (2):1149-1154.

D'Ambrosio, C., Bowman, T., and Mohsenin, V. (1999). Quality of life in patients with obstructive sleep apnea. **Chest** 115 (1): 123-129.

Department of Health and Human Services Center of Disease Control and Prevention. (2000). **Calculator bmi [Online]**. Available from: http://apps.nccd.cdc.gov/dnpabmi/Calculator.aspx [2007 July 9]

DeZee, K. J., et al. (2006). The Epworth sleepiness scale: relationship to sleep and mental disorders in a sleep clinic. **Sleep Medicine** 7: 327–332.

Diamond, M., and Jones, S. L. (1983). Social support: a review and the theoretical integration, in Chin, P. L. (ed.), **Advances in nursing theory development**, pp. 235-249. Maryland: An Aspen Publication.

Downey, R. I., Perkin, R. M., and Quarrie, J. M. (2000). Nasal Continuous Positive Airway Pressure Use In Children With Obstructive Sleep Apnea Younger Than 2 Years of Age. **Chest** 117:1608–1612.

Dubow, E. F., and Tisak, J. (1989). The Relation between Stressful Life Events and Adjustment in Elementary School Children: The Role of Social Support and Social Problem-Solving Skills. **Child Development** 60: 1412-1423.

Ekici, A., et al. (2005). Association of Asthma-Related Symptoms With Snoring and Apnea and Effect on Health-Related Quality of Life. **Chest** 128 (5): 3358-3363.

Eiser, C., et al. (2003). The value of the PedsQLTM in assessing quality of life in survivors of childhood cancer Child. **Care, Health & Development** 29 (2): 95–102.

Erickson, S. J., et al. (2000). Are Overweight Children Unhappy?. Body Mass Index, Depressive Symptoms, and Overweight Concerns in Elementary School Children. **Arch-Pediatr Adolesc Med** 154: 931-935.

Ersu, R., et al. (2004). Prevalence of Snoring and Symptoms of Sleep-Disordered Breathing in Primary School Children in Istanbul. **Chest Journal** 126: 19-23.

Fallon, E. M., et al. (2005). Health-Related Quality of Life in Overweight and Non overweight Black and White Adolescents. **J Pediatr** 147: 443- 450.

Ferrans, C. E., and Powers, M. J. (1992). Psychometric Assesment of The Quality of Life Index. **Research in Nursing & Health** 15 (February): 29-38.

Ferrans, C. E. (1990). Development of Quality of Life Index for Patiens with Cancer. **Oncology Nursing Forum** 17 (May-June): 15-21.

Flanagan, J. C. (1978). A Research Approach to Improving Our Quality of Life **American Psychologist** 22 (Februry): 138-147.

Fontaine, K. R., and Barofsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. **The International Association for the Study of Obesity** 2: 173-182.

France, K. G., and Blampied, N. M. (2004). Services and Programs Proven to be Effective in Managing Pediatric Sleep Disturbances and Disorders, and Their Impact on the Social and Emotional Development of Young Children. **Encyclopedia on Early Childhood Development** Published online March 11.

Franco, R. A., Rosenfeld, R. M., and Rao, M. (2000). Quality of life for children with obstructive sleep apnea. **Otolaryngol Head Neck Surg** 123: 9-16.

Fuentes-Pradera, M. A., et al. (2004). Effect of sex on sleep-disordered breathing in adolescents. **Eur Respir J** 23: 250-254.

Fuller, J., and Schaller-Ayers, J. S. (1990). **Health assessment: A nursing approach.** Philadelphia: J. B. Lippincott.

Gigante, J. (2005). Tonsillectomy and Adenoidectomy. **Pediatrics in Review** 26 (6): 199-202.

Goldstein, N. A., et al. (2002). Child Behavior and Quality of Life Before and After Tonsillectomy and Adenoidectomy. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg.** 128: 770-775.

Goodman, R., and Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? **Journal of Abnormal Child Psychology** 27:17–24.

Gozal, D., et al. (2001). Objective Sleepiness Measures in Pediatric Obstructive Sleep Apnea. **Pediatrics** 108(3): 693-697.

Gozal, D., and Kheirandish, L. (2006). Disorders of Breathing during Sleep. In Victor Chernick, et al. (ed.) **Kendig's disorders of the respiratory tract in children.** 7th ed. (pp.1046-1067). USA: Philadelphia.

Graf, et al. (2006). Quality of life and psychology adjustment in children and adolescents with neurofibromatosis type 1. **J Pediatr** 149: 348-353.

Greenfeld, M., et al. (2003). Obstructive sleep apnea syndrome due to adenotonsillar hypertrophy in infants. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology** 67: 1055-1060.

Guilleminault, C., et al. (1976). Sleep Apnea in Eight Children. **Pediatrics** 58 (1): 23-36.

Guilleminault, C., et al. (1996). Recognition of Sleep-disordered Breathing in Children. **Pediatrics** 98 (5): 871-882.

Guilleminault, C., et al. (2004). Abnomal Blood Presure in Prepubertal Children with Sleep-Disordered Breathing. **Pediatr Res** 55: 76-84.

Hagen, K. A, Myers, B. J., and Mackintosh, V. H. (2005). Hope, Social Support, and Behavioral Problems in At-Risk Children. **American Journal of Orthopsychiatry.** 75 (2): 211–21.

Hatzinger, M., et al. (2007). Electroencephalographic sleep profiles and hypothalamic–pituitary–adrenocortical (HPA)-activity in kindergarten children: Early indication of poor sleep quality associated with increased cortisol secretion. **Journal of Psychiatric Research** xxx: xxx–xxx.

House, J. S. (1981). **Work stress and social support.** Califonia: Addision-Wesley Publishing Compeny.

House, J. S., and Kahn, R. L. (1985). Measures and concept of social support in Cohen, S., and Syme, S. L. (ed.). **Social Support and Health.** (pp83-108). Orlando: Academic Press.

Howard, B. J., and Wong, J. (2001). Sleep Disorders. **Pediatrics in Review** 22 (10): 327-341.

Hsiao, K. H., and Nixon, G. M. (2007). The effect of treatment of obstructive sleep apnea on quality of life in children with cerebral palsy. **Research in Developmental Disabilities** xxx (2007) xxx–xxx.

Jedel, E., Carlsson, .J., and Stener-Victorin, E. (2007). Health-related quality of life in child patients with temporomandibular disorder pain. **European Journal of Pain** 11: 557–563.

John, M. W. (1993). Daytime sleepiness, snoring and obstructive sleep apnea. The Epworth sleepiness scale. **Chest** 103: 30-6.

Johnson, D. E. (1980). The behavioral system model for nursing. **In Conceptual Models for Nursing Practice.** 2nd ed. New York: Appleton Ceentury-Crofts.

Johnson, H., et al. (2005). Psychologiccal disturbance and sleep disorders in children with nerofibromatosis type 1. **Developmental Medicine & Child Neurology** 47(4): 237-242.

Joo, S., et al. (2005). Prevalence and correlates of excessive daytime sleepiness in high school students in Korea. **Psychiatry and Clinical Neurosciences** 59:433–440.

Kahn, A. et al. (1988). Polysomnographic Studies of Infants Who Subsequently Died of Sudden Infant Death Syndrome. **Pediatrics** 82: 721-727.

Kalra, M., and Chakraborty, R. (2007). Genetic susceptibility to obstructive sleep apnea in the obese child. **Sleep Medicine** 8: 169–175.

Kahn, R. L. (1979). Aging and social support. In Riley, M. ed., **Aging from birth to death: Interdisciplimary perspective,** pp. 77-91. Cororado Boulder: Westview Press.

Kaplan, B.H., Cassel, J.Cand Gore, S. (1977). Social support and health. **Medical care** 15 (4): 47-58.

Killgore, W. D. S., et al. (2007). Sleep deprivation reduces perceived emotional intelligence and constructive thinking skills. **Sleep Medicine** xxx: xxx–xxx.

Kitirat, U., and Suththipol, A. (2006). Factors affecting quality of life of pediatric outpatients with symptoms suggestive of sleep-disordered breathing. **Internatioal Journal of Pediatric Otorhinolarngology** 70: 1945-1948.

Kirk, V., Kahn, A., and Brouillette, R. T. (1998). Diagnostic approach to obstructive sleep apnea in children. **Sleep Medicine Reviews** 2 (4): 255-269.

Klassen, A. F. Miller, A. and Fine, S. (2006). Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Child: Care, Health & Development** 32 (4): 397-406.

Kohyama, J., Ohinata, J. S., and Hasegawa, T. (2003). Blood pressure in sleep disordered breathing. **Arch Dis Child** 88: 139–142.

Kolotkin, R. L., Meter, K., and Williams. (2001). Quality of life and obesity. **Obesity review** 2 (4): 219.

Kottket, F. J. (1982). Philosophic consideration of quality of life for the disabled. **Arch Phys Med Rehabil** 63 (February): 60-62.

Kristofferzon, M. L., et al. (2005). Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. **Heart & Lung** 34: 39-50.

Kuehner, C., and Buerger, C. (2005). Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem, response styles, and social support. **Journal of Affective Disorders** 86: 205–213.

Kurnatowski, P., et al. (2006). Neurocognitive abilities in children with adenotonsillar hypertrophy. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology** 70: 419-424.

Lavie, P., and Pillar, G. (2001). Gender and Age Differences in Symptoms' Profile in Sleep Apnea Syndrome: A Possible Cause of Gender Bias in Diagnosis. **Somnologie** 5: 93-96.

Lenfant, C. (1991). Classification of asthma by severity of disease. **The Journal of Allergy and Clinical Immunology** 22 (9): 438.

Lerman, J. (2006). Obstructive sleep apnea: a pediatric epidemic. **Seminars in Anesthesia, Perioperative Medicine and Pain** 25 (3): 109-116.

Li, A. M., et al. (2002). Use of tonsil size in the evaluation of obstructive sleep apnoea. **Arch Dis Child** 87:156–159.

Liu, X., et al. (2005). Brief Report: An Epidemiologic Survey of the Prevalence of Sleep Disorders Among Children 2 to 12 Years Old in Beijing, China. **Pediatrics** 115 (1): 266-268.

Louis, G., Kripke, D. F., and Ancoli-Israel, S. (2000). Sleep and Quality of Well-Being. **Sleep** 23 (8): 1115-1121.

Lombard, R. M., and Zwillich, C. W. (1985). Medical therapy of obstructive sleep apnea. **Med Clin North Amer** 69 (6): 1317-35.

Luc, M. E., et al. (2006). Characterization of Symptoms of Sleep Disorders in Children With Headache. **Pediatric Neurology** 34(1): 7-12.

Marcus, C. L., and Loughlin, G. M. (1996). Obstructive Sleep Apnea in Children. **Seminars in Pediatric Neurology** 3 (1): 23-28.

Marlow, D. R. and Redding, B. A. (1988). **Texbook of Pediatric Nursing.** 6th ed. Philadelphia: W. B. Sanders.

Marsac, M. L., Funk, J. B., and Nelson, L. (2006). Coping styles, psychological functioning and quality of life in children with asthma. **Child: care, health and development** (accepted for publication 27 July): 1-8.

Mansour, M. E., et al. (2000). Barriers to Asthma Care in Urban Children: Parent Perspectives. **Pediatrics** 106: 512–519.

Maslow, A. H. (1970). **Motivation and personality.** 2nded. New York: Harper & Row.

Marcus, C. L. (2001). Sleep-disordered Breathing in Children. **Am J Respir Crit Care Med** 164: 16-30.

McCaffrey, C.N. (2006). Major Stressors and Their Effects on the Well-Being of Children with Cancer. **Journal of Pediatric Nursing** 21 (1): 59-66.

McCarthy, M. L., et al. (2006). Health-Related Quality of Life During the First Year After Traumatic Brain Injury. **Arch Pediatr Adolesc** 160: 252-260.

Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. **Journal of Advanced Nursing** 18 (1): 32-38.

Meijer, A. M., van den Wittenboer, G. L. H. (2004). The joint contribution of sleep, intelligence and motivation to school performance. **Personality and Individual Differences** 37: 95–106.

Melendres, C. S., et al. (2004). Daytime Sleepiness and Hyperactivity in children With Suspected Sleep-Disordered Breathing. **Pediatrics** 114 (3): 768-776.

Mellander, M., Berntsson, L., and Nilsson, B. (2007). Quality of life in children with hypoplastic left heart syndrome. **Acta Paediatrica** 96: 53–57.

Mishel, M. H. (1984). Perceived uncertainty and stress in illness. **Research in Nursing and Health** 7: 163-171.

Mishel, M. H. (1999). Uncertainty in chronic illness. **Annual Review of Nursing Research** 17: 269-294.

Mishoe, S. C., et al. (1998). Development of an Instrument to Assess Stress Level and Quality of Life in Children with Asthma. **Journal of Asthma** 37(7): 553-563.

Mitchell, R. B., and Kelly, J. (2005). Quality of life after Adenotonsillectomy for SDB in children. **Otolaryngology-Head and Neck Surgery** 133: 569-572.

Mitchell, R. B., and Kelly, J. (2006). Long-Term Changes in Behavior After Adenotonsillectomy for Obstructive Sleep Apnea Syndrome in Children. **Otolaryngology-Head and Neck Surgery** 134: 374-378.

Moonie, S., et al. (2006). Asthma Status and Severity Affects Missed School Days. **Journal of School Health.** January 76 (1): 18-24.

Murray, J. S. (2001). Social support for School-Age Siblings of Children With Cancer: A Comparison Between Parent and Sibling Perceptions. **Journal of Pediatric Oncology Nursing** 18 (3): 90-104.

Murry, M. E., and Atkinson, L. D. (1994). **Understanding the nursing process the next generation.** 5th ed. Singapore: McGraw-Hill, Inc.

Mulveney, S. A., et al. (2006). Behavior Problems Associated with Sleep Disordered Breathing in School-Aged Children the Tucson Children's Assessment of Sleep Apnea Study. **Journal of Pediatric Psychology** 31: 322- 330.

Must, A. (1996). Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents. **Am J Clin Nutr** 63 (suppl): 445s -7s.

Nieminen, P. (2002). Growth and Biochemical Markers of Growth in Children With Snoring and Obstructive Sleep Apnea. **Pediatrics** 109 (4): 55-60.

Nixon, G. M., and Brouillette, R. T. (2006). Paediatric obstructive sleep apnoea. **Thorax** 60: 511-516.

Nichols, M. L. (1995). Social Support and Coping in Young Adolescents with Cancer. **Pediatric nursing** May-June 21 (3): 235-240.

O'Brien, L. M., et al. (2003). Sleep Disturbances in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **Pediatrics** 54 (2): 237-243.

O'Brien, L. M., et al. (2004). Neurobehavioral correlates of sleep-disordered breathing in children. **European Sleep Research Society** 13: 165-172.

O'Brien, L. M., et al. (2006). Obesity increases the risk for persisting obstructive sleep apnea after treatment in children. **International Journal of Pediatric Otorhino-laryngology** xxx: xxx-xxx.

Orem, D. E. (1985). **Nursing Concepts of Practice.** 2nd ed. New York: McGraw Hill book.

Orem, D.E. (1991). **Nursing Concepts of Practice.** 4th ed. St. Louis: Mosby.

Orem, D. E. (1995). **Nursing Concepts of Practice.** 5th ed. St. Louis: Mosby.

Orenstein, D. M., et al. (1977). Progesterone treatment of the obesity hypoventilation syndrome in a child. **J Pediatr** 90: 477-9.

Ovchinsky, A., et al. (2002). The Familial Aggregation of Pediatric Obstructive Sleep Apnea Syndrome. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 128: 815-818.

Owens, J. et al. (1998). Sleep and Daytime Behavior in Children With Obstructive Sleep Apnea and Behavioral Sleep Disorders. **Pediatrics** 102:1178 –1184.

Ozaki, N., et al. (1986). Plasma norepinephrine in sleep apnea syndrome. **Neuropsycho- biology** 16: 88-92.

Pack, A. I. (2006). Advances in Sleep – disordered Breathing. **Am J Respir Crit Care Med** 173: 7-15.

Padilla, G. V., et al. (1983). Quality of Life Index for Patients with cancer. **Research in Nursing and Health** 6 (June): 117-126.

Padilla, G. V., and Grant, M. M. (1985). Quality of Life as A Cancer Nursing Outcome Variable. **Advances in Nursing Science** 8 (October): 45-60.

Palm, L., et al. (1989). Sleep and Wakefulness in Normal Preadolescent Children. **Sleep** 12 (4): 299-308.

Palmer, L. J., et al. (2004). Whole Genome Scan for Obstructive Sleep Apnea and Obesity in African-American Familirs. **Am J Respir Crit Care Med** 169: 1314-1321.

Parkes, J. D., (1985). **Sleep and It's Disorder.** Philadelphia: Saunder Company.

Pender, N. J., and Pender, A. R. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice.** 2nd ed. Norwalk: Appleton & Lange.

Pender, N. J. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice.** 3rd ed. USA: Appleton and Lange.

Polit, D. F., and Hungler, B. P. (1999). **Nursing research: principles and methods.** 6th ed. Philadelphia: Lippincott.

Powell, D. H. (1983). **Understanding Human Adjustment: Normal Adaptation Through The Life Cycle.** Boston: Litter Brow and Company.

Preutthipan, A., et al. (1997). Obstructive sleep apnea syndrome in Thai children diagnosed by polysomnography. **Southeast Asian J Trop Med Public Health** 28: 68-78.

Qureshi, A., and Ballard, R. D. (2003). Obstructive sleep apnea. **J Allergy Clin Immunol** 112: 643-51.

Ray, C., Lindop, J., and Gibson, S. (1982). The concept of coping. **Psychol Med** 12 (2): 385-395.

Redline, S., and Young, T. (1993). Epidemiology and natural history of obstructive sleep apnea. **Ear Nose Throat J** 72: 20-6.

Roy, S. C., and Andrews, H. A. (1991). **The Roy adaptation model: The definitive statement.** Norwalk: Appleton and Lange.

Rhodes, S. K., et al. (1995). Neurocognitive deficits in morbidity obese children with obstructive sleep apnea. **J Pediatr** 127: 741-744.

Rizzi, M., et al. (2002). Nasal resistances are useful in identifying children with severe obstructive sleep apnea before polysomnography. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology** 65: 7–13.

Rosen, C. L., et al. (2004). Increased Behavioral Morbidity in School-Aged Children with Sleep-Disordered Breathing. **Pediatrics** 114 (6):1640-1648.

Roy, S. C., and Andrew, H. A. (1984). **The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement.** Norwalk: Appleton and Lange.

Saletu, M., et al. (2007). Is excessive daytime sleepiness a predictor of carotid atherosclerosis in sleep apnea?. **Atherosclerosis.** xxx. xxx–xxx.

Sawyer, M. G., et al. (2002). Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents With Mental Disorders. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry** 41(5): 530-537.

Schneider, M. B., and Brill, S. R. (2005). Obesity in Children and Adolescents. **Pediatrics in Review** 26 (5): 155-161.

Schultz, J. M., and Videbeck, S. L. (2002). **Lippincortt's manual of psychiatric nursing care plans.** 6th ed. Philadelphia: Lippincortt William & Wilkins.

Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., and Varni, J. W. (2003). Health-Related Quality of life of Severely Obese Children and Adolescents. **Journal American Medical Association** 289 (14): 1813-1819.

Schaefer, C., Coyne, J. C., and Lazarus, R. (1981). The health-related function of social support. **Journal of Behavioral Medicine** 4: 381-406.

Sforza, E., et al. (2003). Determinants of altered quality of life in patients with sleep-related breathing disorders. **Eur Respir J** 21: 682-687.

Shang, C. G., Gau, S. F., and Soong, W. T. (2006). Association between chilhool sleep problem and perinatal factors, parental mental distress and behavioral problems. **J Sleep Res** 15: 63-73.

Sheffer, A. L., et al. (1992). International consensus report on the diagnosis and management of asthma international management project. **Clinical and Experiment Allergy** 1(5): 1-68.

Shute, R., Blasio, T. D., and Williamson, P. (2002). Social support satisfaction of Australian children. **International Journal of Behavioral** 26 (4): 318–326.

Slykerman, R. F., et al. (2005). Maternal stress, social support and preschool children's intelligence. **Early Human Development** 81: 815-821.

Sogut, A., et al. (2005). Prevenlence of Obstructive Sleep Apnea Syndrome and Associated Symptoms in 3-11 Year-Old Turkish Children. **Pediatric pulmonary** 39: 251-256.

Spieker, E. D., and Sandra, A. M. (2003). Sleep-Disordered Breathing in Patients with Heart Failure: Pathophysiology, Assessment, and Management. **Journal of The American Academy of Nurse Practitioners** 15 (11): 487-493.

Spilsbury, J. C., et al. (2006). Neighborhood Disadvantage As A Risk Factor For Pediatric Obstructive Sleep Apnea. **J Pediatr** 149: 342-7.

Stewart, M. J. (1993). **Integrating social support in nursing.** Newbury Park: Sage Publication.

Stromberg, M. F. (1984). Selection and instrument to measure quality of life. **Oncology Nursing Forum** 11 (5): 88-91.

Stores, G. (1999). Children's sleep disorders: modern approaches, developmental effects, and children at special risk. **Developmental Medicine & Child Neurology** 41: 568-573.

Sulit, L. G., et al. (2005). Association of Obesity, Sleep-disordered Breathing, and Wheezing in children. **Am J Respir Crit Care Med** 171: 659-664.

Synder-Halpern, R., and Verren, J. A. (1987). Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. **Research in Nursing and Health** 10 (June): 155-163.

Theadom, A., Cropley, M., and Humphrey, K. L. (2007). Exploring the role of sleep and coping in quality of life in fibromyalgia. **Journal of Psychosomatic Research**. 62: 145–151.

The National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2000). **Clinical Growth Charts [Online]**. Available from: http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/clinical_charts.htm [2007 July 9]

Thorndike, R. M. (1978). **Correlation procedures for research,** pp. 184. New York: Gardner Press Inc.

Tilden, V. P. (1985). Issue of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. **Research in Nursing and Health** 8 (June): 201-202.

Turner, R. J., Grindstaff, C. F., and Phillips, N. (1990). Social Support and Outcome in Teenage Pregnancy*. **Journal of Health and Social Behavior** 31 (March): 43-57.

UNESCO. (1980). Evaluation the quality of life in Belgium. **Social Indicators Research** 8 (9): 312.

Ungkanont, K., and Areyasathidmon, S. (2006). Factors affecting quality of life of pediatric outpatients with symptoms suggestive of sleep-disordered breathing. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology** 70: 1945-1948.

Urschitz, M. S., et al. (2003). Snoring, Intermittent Hypoxia and Academic Performance in Primary School Children. **Am J Respir Crit Care Med** 168:464-468.

Valerie, K., et al. (2003). Comparison of Home Oximetry Monitoring With Laboratory Polysomnography in Children. **Chest Journal** 124: 1702-1707**.**

Varni, J. W.,et al. (2005). Health-related quality of life of adolescents with celebral palsy: hearing the voices of the children. **Developmental Medicine & Child Neurology** 47: 592-597.

Varni, J. W., Seid, M., and Kurtin, P. S. (2001). PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. **Med Care** 39: 800 –12.

Verhulst, S. L., et al. (2007). Sleep-disordered breathing in overweight and obese children and adolescents: prevalence, characteristics and the role of fat distribution. **Arch Dis Child** 92: 205–208.

Vuono, I. M. D., et al. (2007). Histological analysis of palatopharyngeal muscle from children with snoring and obstructive sleep apnea syndrome. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology** 71: 283-290.

Ward, S. L., and Marcus, C. L. (1996).). Obstructive sleep apnea in infant and children. **J Clin Neurophysiol** 13 (3): 198-207.

Waters, K. A., et al. (1995). Obstructive sleep apnea: the use of nasal CPAP in 80 children. **Am J Respir Crit Care Med** 152: 780-5.

Widenfelt, B. M., et al. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). **European Child & Adolescent Psychiatry** 12:281–289.

Williams, J., et al. (2005). Health-Related Quality of life of Overweight and Obese Children. **JAMA** 293 (1): 70-76.

Wing, Y. K., et al. (2003). A control study of sleep related disordered breathing in obese children. **Arch Dis Child** 88: 1043-1047.

Weiss, R. (1974). The Provision of Social Relationships. In **Doing Unto Others**, pp. 17-26. edited by Zick Rubin. Englewood Cliffs: N. J. Prentice Hall.

Woerner, W., Becker, A., and Rothenberger, A. (2004). Normaltive data scale properties of the German parent SDQ. **European Child & Adolescent Psychiatry** (Suppl 2) 13: II/3-II/10.

Wong, D. L. (2003). **Wong's Nursing Care of Infant and Children.** 7th ed. St. Louis: Mosby.

Wortman, C. M. (1984). Social support and the cancer patient: Concept and methologic issue supplement to cancer. **Cancer** 15 (May): 2339-2537.

Young, T., Peppard, P. E., and Gottlieb, D. J. (2002). Epidemiology of Obstructive Sleep Apnea: A Population Health Perspective. **Am J Respir Crit Care Med** 165:1217-39.

Zametkin, et al. (2004). Psychiatric Aspects of Child and Adolescent Obesity: A Review of the Past 10 Years. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry** 43 (2):134-150.

Zeller, M. H., and Modi, A. (2006). Predictors of health-related quality of life in obese youth. **Obesity** 14:122–130.

Zeller, M. H., et al. (2006). Health-Related Quality of life and Depressive Symptoms in Adolescents With Extreme Obesity Presenting for Bariatric Surgery. **Pediatrics** 117 (4): 1155–1161.

Zhan, L. C. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issue. **Journal of Advance Nursing** 17 (7): 795-800.

Zintzaras, E., Kaditis, A. G. (2007). Sleep-Disordered Breathing and Blood Pressure in Children. **Arch Pediatr Adolesc Med** 161: 172-178.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ชื่อ-นามสกุล ผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
1. น.พ.สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์	นายแพทย์ผู้ชำนาญการโรคระบบทางเดินหายใจสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
2. นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี	นายแพทย์ผู้ชำนาญการโรคอ้วน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
3. อาจารย์วิริยา แดงวิสุทธิ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
4. อาจารย์ จงรักษ์ อุตรารัชต์กิจ	พยาบาลผู้ชำนาญการโรคระบบทางเดินหายใจในเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ดร. เสริมศรี สันตติ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผศ. อัจฉรา เปรื่องเวทย์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข.

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

คำชี้แจง

1. การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
2. เครื่องมือในการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	9 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน	จำนวน	8 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก	จำนวน	25 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	20 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต	จำนวน	20 ข้อ

3. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วน
4. โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อ เพื่อจะสามารถนำผลข้อมูลไปใช้ในการวิจัยได้อย่างสมบูรณ์
5. การตอบแบบสอบถามครั้งนี้จะรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาแต่อย่างใด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้วิจัย)

ผู้ป่วยรายที่.....โรงพยาบาล.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✔ลงใน □หน้าข้อความที่เป็นคำตอบ และเติมข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ลงในช่องว่าง

1. เพศ □ ชาย □ หญิง
2. อายุ ..... ปี ..... เดือน
3. น้ำหนัก..... กิโลกรัม
4. ส่วนสูง..... เซนติเมตร
5. ดัชนีมวลกาย คือ .....กก/ตรม
6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
7. ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ.....
8. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน.....
9. รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน.....บาท

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบวัดความง่วงนอนในเวลากลางวัน (สำหรับเด็ก)

คำชี้แจง ตามสถานการณ์ข้างล่างนี้ มีความเป็นไปได้เพียงใดที่หนูรู้สึกง่วงหรืองีบหลับไป โดยที่ไม่ได้เกิดจากความเหนื่อยล้า แต่หากหนูไม่เคยทำสถานการณ์ดังกล่าว ขอให้ลองคิดว่าถ้าอยู่ในสถานการณ์นั้นหนูจะรู้สึกง่วงหรืองีบหลับได้มากหรือน้อยเพียงใด ทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับหนูมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

0= หมายถึง ไม่เคยมีการง่วงนอนเลยในสถานการณ์นั้น

1= หมายถึง มีโอกาสน้อยมากที่จะรู้สึกง่วงนอนในสถานการณ์นั้น

2= หมายถึง มีโอกาสปานกลางที่จะรู้สึกง่วงนอนในสถานการณ์นั้น

3= หมายถึง มีโอกาสสูงมากที่จะรู้สึกง่วงนอนในสถานการณ์นั้น

สถานการณ์	**มีโอกาสรู้สึกง่วงนอน**			
	0	1	2	3
1. ขณะกำลังนั่งและอ่านหนังสือ				
2. ขณะกำลังดูโทรทัศน์				
3. ขณะกำลังนั่งอยู่เฉย ๆ ในที่สาธารณะ เช่น โรงภาพยนตร์ หรือกำลังเรียนหนังสือ				
4. ขณะกำลังนั่งโดยสารรถยนต์นาน 1 ชั่วโมง โดยไม่แวะพัก				
5. ขณะกำลังเอนกายนอนพักในตอนบ่าย เมื่อโอกาสอำนวย				
6. ขณะกำลังนั่งพูดคุยกับเพื่อน ๆ หรือผู้อื่น				
7. ขณะกำลังนั่งเงียบ ๆ หลังจากรับประทานอาหารเที่ยง				
8. นั่งในรถยนต์ขณะรถติดบนถนนเป็นเวลาไม่กี่นาที				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจของเด็ก (สำหรับบิดามารดาหรือผู้ปกครอง)

คำชี้แจง ขอให้ผู้ปกครองอ่านข้อความต่อไปนี้ และโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับลักษณะพฤติกรรมของลูกที่ป่วยเป็นโรคการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยใช้เกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

ไม่จริง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวนั้นเลย
อาจจะจริง	หมายถึง	ท่านมีความเห็นไม่แน่ใจกับข้อความดังกล่าวนั้น
จริง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวนั้นเป็นอย่างยิ่ง

พฤติกรรมประเมิน	**ไม่จริง**	**อาจจะจริง**	**จริง**
พฤติกรรมด้านอารมณ์ 1. มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย			
2. กังวลใจหลายเรื่อง ดูวิตกกังวลเสมอ			
3. ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องให้บ่อย			
4. เครียด ไม่ยอมห่างเวลาอยู่สถานการณ์ที่ไม่คุ้น และขาดความมั่นใจตนเอง			
5. ขี้กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย			
พฤติกรรมด้านความประพฤติ 6. มักจะอาละวาด หรือโมโหร้าย			
7. เชื่อฟัง มักจะทำตามที่ผู้ใหญ่ต้องการ			
8. มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น			
9. ชอบโกหกหรือขี้โกง			
10. ขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น			

พฤติกรรมประเมิน	ไม่จริง	อาจจะจริง	จริง
พฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่ง 11. อยู่ไม่นิ่ง นั่งนาน ๆ ไม่ได้			
12. อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก			
13. วอกแวกง่ายสมาธิสั้น			
14. คิดก่อนทำ			
15. ทำงานได้จนเสร็จ มีความตั้งใจในการทำงาน			
พฤติกรรมด้านบุคลิกภาพและความสัมพันธ์ 16. ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว			
17. มีเพื่อนสนิท			
18. เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน			
19. ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก			
20. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กในวัยเดียวกัน			
พฤติกรรมด้านความสามารถทางสังคม 21. ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น			
22. เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน(ขนม ของเล่น ดินสอเป็นต้น)			
23. เป็นที่พึ่งได้เวลาที่คนอื่นเสียใจอารมณ์ไม่ดีหรือไม่สบายใจ			
24. ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า			
25. ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่, ครู, เด็กคนอื่น)			

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (สำหรับเด็ก)

คำชี้แจง ในชีวิตประจำวันหนูได้รับสิ่งต่อไปนี้ จากพ่อแม่ พี่น้อง ญาติ เพื่อน ครู แพทย์ พยาบาล และ/หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนหนึ่งคนใดหรือหลายคนร่วมกัน หรือไม่ บ่อยแค่ไหน โปรดอ่านข้อคำถามแล้วทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องที่ตรงกับสิ่งที่หนูได้รับหรือประสบมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

ได้รับประจำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนตามข้อความดังกล่าวนั้นเสมอ หรือมาก
ได้รับบางครั้ง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนตามข้อความดังกล่าวนั้นนานๆ ครั้ง หรือน้อย
ไม่ได้รับ หมายถึง ไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความดังกล่าวนั้นเลย

ข้อความ	ได้รับประจำ	ได้รับบางครั้ง	ไม่เคยได้รับ
การสนับสนุนด้านอารมณ์ 1. หนูได้รับกำลังใจ และคำปลอบโยน			
2. หนูได้รับความสนใจและเอาใจใส่ในเรื่องการดูแลสุขภาพ			
3. เมื่อหนูมีเรื่องไม่สบายใจมีคนช่วยปรับทุกข์ได้			
4. หนูได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคหรือการรักษาที่ได้รับ			
5. หนูรู้สึกอบอุ่นมีคนอยู่เคียงข้างไม่ทอดทิ้งเมื่อมีปัญหา			
การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า 6. หนูได้รับคำชมว่ารับผิดชอบตัวเองได้ดี ในเรื่องการดูแลสุขภาพหรือการเรียน			
7. หนูได้รับการยอมรับให้ร่วมทำงานหรือทำกิจกรรมกับเพื่อนและครอบครัว			
8. มีคนรับฟังความคิดเห็นและปัญหาสุขภาพจากหนู			
9. หนูได้รับคำชมว่าดูแลสุขภาพได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น			

ข้อความ	ได้รับประจำ	ได้รับบางครั้ง	ไม่เคยได้รับ
10. หนูได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบทำกิจกรรมประจำวันด้วยตัวเอง เช่น แต่งตัว ทำการบ้าน หรืออื่น ๆ			
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 11. หนูได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับและการรักษา			
12. หนูได้รับคำแนะนำการหาความรู้เกี่ยวกับโรคอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ			
13. เมื่อหนูไม่เข้าใจ หรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีคนช่วยอธิบายให้เข้าใจ			
14. หนูได้รับการสนับสนุนให้ดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อน เช่น ปวดศีรษะ ง่วงนอน เจ็บคอ			
15. หนูได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมกับโรค			
การสนับสนุนด้านทรัพยากร 16. หนูได้รับการช่วยเหลือในการพาไปตรวจตามนัด			
17. มีคนคอยช่วยเหลือเมื่อหนูต้องทำงานที่ต้องทำงานหนักหรือต้องใช้แรงมาก			
18. หนูได้รับการช่วยเหลือเรื่องค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย			
19. มีคนคอยช่วยเหลือหนูในเรื่องการเรียนเมื่อต้องขาดเรียน			
20. หนูได้รับการป้องกันความรุนแรงของโรค โดยการจัดท่านอน การดูแลกินยา หรือพ่นยา			

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (สำหรับเด็ก)

คำชี้แจง หนูมีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของหนูมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

มาก หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวนั้นบ่อยครั้ง
ปานกลาง หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวนั้นพอควร
น้อย หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวนั้นนาน ๆ ครั้ง

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
ด้านความพึงพอใจในชีวิต 1. หนูรู้สึกพึงพอใจที่พ่อแม่หรือบุคคลอันเป็นที่รักให้ความรักและความห่วงใย			
2. การเป็นโรคอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของหนู			
3. หนูรู้สึกพึงพอใจกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว หรือรับประทานอาหาร			
4. หนูรู้สึกพึงพอใจในการบริการด้านการรักษาพยาบาลที่ได้รับ			
5. หนูรู้สึกพอใจในผลการเรียนของตนเอง			
ด้านอัตมโนทัศน์ 6. หนูรู้สึกว่ารูปร่างไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต			
7. หนูรู้สึกว่าพ่อแม่และเพื่อน ๆ ให้การยอมรับในตัวหนู			
8. หนูรู้สึกภูมิใจที่สามารถเรียนทันเพื่อน			
9. หนูรู้สึกว่าการนอนกรนไม่รบกวน หรือก่อความรำคาญให้กับคนอื่น			

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
10. หนูรู้สึกเชื่อมั่นว่าสามารถดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการเรียน ได้เหมือนกับเพื่อน ๆ			
ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย 11. หนูรู้สึกว่าตื่นนอนตอนเช้าด้วยความสดชื่นกระปรี้กระเปร่า			
12. หนูสามารถเล่นหรือออกกำลังกายได้โดยไม่รู้สึกอ่อนเพลียหรือเหนื่อยง่าย			
13. หนูสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง เช่น อาบน้ำแต่งตัว รับประทานอาหาร			
14. หนูสามารถเรียนหนังสือด้วยใจจดจ่อ หรือมีสมาธิในการเรียน			
15. หนูสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เมื่อเจ็บป่วย เช่น ปวดศีรษะ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย			
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 16. พ่อแม่หนูสามารถจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลได้เสมอ			
17. หนูพอใจที่ได้ข้าเรียนหนังสือตามกำหนดเกณฑ์อายุ			
18. หนูพอใจกับสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่อยู่อาศัย			
19. หนูพอใจกับสิ่งอำนวยความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน เช่น เครื่องใช้ภายในบ้าน			
20. หนูพอใจที่ได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการเรียนร่วมกับเพื่อน ๆ			

ภาคผนวก ค

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และแปลผลความง่วงนอนในเวลากลางวัน จำแนกตามรายข้อ (n=120)

ข้อความ	ไม่เคยง่วง (คน)	ร้อยละ	ง่วงน้อยมาก (คน)	ร้อยละ	ง่วงปานกลาง (คน)	ร้อยละ	ง่วงสูงมาก (คน)	ร้อยละ
ขณะนั่งคุยกับเพื่อน ๆ	108	90.0	11	9.2	1	0.8	0	0
ขณะดูโทรทัศน์	77	64.2	43	35.8	0	0	0	0
ขณะนั่งเงียบๆ หลังอาหารเที่ยง	50	41.7	65	54.2	5	4.2	0	0
ขณะอ่านหนังสือ	48	40.0	67	55.8	5	4.2	0	0
ขณะนั่งอยู่เฉยๆ ในที่สาธารณะ	41	34.2	72	60.0	7	5.8	0	0
นั่งในรถยนต์ขณะรถติด	14	11.7	58	48.3	42	35.0	6	5.0
เอนหลังนอนพักผ่อนช่วงบ่าย	13	10.8	73	60.8	23	19.2	11	9.2
ขณะนั่งโดยสารรถยนต์วิ่งโดยไม่หยุดพักระหว่างทาง	3	2.5	42	35.0	47	39.2	28	23.3
สรุป		36.89		44.89		13.55		4.68

จากตารางที่ 10 พบว่าความง่วงนอนในเวลากลางวันของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ส่วนใหญ่อยู่ระดับง่วงนอนน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 44.89 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่ว่า ขณะนั่งคุยกับเพื่อน ๆ มีผู้ตอบไม่เคยง่วง คิดเป็นร้อยละ 90.0 ส่วนข้อที่ว่า ขณะเอนหลังนอนพักผ่อนช่วงบ่าย มีผู้ตอบง่วงนอนน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 60.8 ส่วนข้อที่ว่า ขณะนั่งโดยสารรถยนต์วิ่งโดยไม่ได้หยุดพักระหว่างทาง มีผู้ตอบง่วงนอนปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.2 และตอบว่าง่วงนอนสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 54.2

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละคะแนนภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายข้อของพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจ (n=120)

ข้อความ	ปกติ (คน)	ร้อยละ	เสี่ยง (คน)	ร้อยละ	มีปัญหา (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมด้านอารมณ์						
มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย	61	50.8	26	21.7	33	27.5
กังวลใจหลายเรื่อง ดูวิตกกังวลเสมอ	74	61.7	26	21.7	20	16.7
ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย	87	72.5	24	20.0	9	7.5
เครียด ไม่ยอมห่างเวลาอยู่สถานการณ์ที่ไม่คุ้น	74	61.7	37	30.8	9	7.5
ขี้กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย	70	58.3	33	27.5	17	14.2
โดยรวม		**61.0**		**24.3**		**14.7**
พฤติกรรมด้านความประพฤติ						
มักจะอาละวาด หรือโมโหร้าย	27	22.5	55	45.8	38	31.7
เชื่อฟัง มักจะทำตามที่ผู้ใหญ่ต้องการ	48	40.0	72	60.0	0	0
มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่นหรือรังแกเด็กอื่น	80	66.7	40	33.3	0	0
ชอบโกหกหรือขี้โกง	94	78.3	26	21.7	0	0
ขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น	117	97.5	3	2.5	0	0
โดยรวม		**61.0**		**32.7**		**6.3**
พฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่ง						
อยู่ไม่นิ่ง นั่งนาน ๆ ไม่ได้	12	10.0	26	21.7	82	68.3
อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก	35	29.2	63	52.5	22	18.3
วอกแวกง่ายสมาธิสั้น	50	41.7	38	31.7	32	26.7
คิดก่อนทำ	65	54.2	45	37.5	10	8.3
ทำงานได้จนเสร็จ มีความตั้งใจในการทำงาน	79	65.8	33	27.5	8	6.7
โดยรวม		**40.2**		**34.2**		**25.6**

ข้อความ	ปกติ (คน)	ร้อยละ	เสี่ยง (คน)	ร้อยละ	มีปัญหา (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมด้านบุคลิกภาพและความสัมพันธ์						
ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว	105	87.5	9	7.5	6	5.0
มีเพื่อนสนิท	111	92.5	6	5.0	3	2.5
เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน	94	78.3	24	20.0	2	1.7
ถูกเด็กคนอื่นล้อเรียนหรือรังแก	63	52.5	37	30.8	20	16.7
เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กในวัยเดียวกัน	107	89.2	12	10.0	1	0.8
โดยรวม		**80.0**		**14.7**		**5.3**
พฤติกรรมด้านความสามารถทางสังคม						
ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น	82	68.3	33	27.5	5	4.2
เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน	104	86.7	10	8.3	6	5.0
เป็นที่พึ่งได้เวลาที่คนอื่นเสียใจหรือไม่สบายใจ	84	70.0	30	25.0	6	5.0
ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า	104	86.7	10	8.3	6	5.0
ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น	101	84.2	14	11.7	5	4.2
โดยรวม		**79.2**		**16.1**		**4.7**

จากตารางที่ 11 พบว่า สุขภาพจิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 120 คน มีพฤติกรรมและอารมณ์จิตใจด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยรวมอยู่ระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 61 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อความที่ว่า ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อยอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 72.5 ส่วนข้อที่ว่า เครียด ไม่ยอมห่างเวลาอยู่สถานการณ์ที่ไม่คุ้น อยู่ในระดับเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 30.8 และข้อความที่ว่า มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้องหรือไม่สบายอยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 61.7

พฤติกรรมและอารมณ์จิตใจ ด้านความประพฤติของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยรวมอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 61 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อความที่ว่า ขโมยของที่บ้านที่โรงเรียนหรือที่อื่นอยู่ในระดับปกติที่สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.5 รองลงมาคือ ข้อความที่ว่า ชอบโกหกหรือขี้โกง คิดเป็นร้อยละ 78.3 ส่วนข้อความที่ว่า เชื่อฟัง

มักจะทำตามที่ผู้ใหญ่ต้องการอยู่ในระดับเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 60 และข้อความที่ว่า มักจะอาละวาดหรือโมโหร้ายอยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 31.7

พฤติกรรมและอารมณ์จิตใจ ด้านอยู่ไม่นิ่งของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยรวมอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 40.2 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อความที่ว่า อยู่ไม่นิ่ง นั่งนาน ๆ ไม่ได้อยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 68.3 ส่วนข้อความที่ว่าทำงานได้จนเสร็จ มีความตั้งใจในการทำงานอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 65.8 และข้อความที่ว่าอยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมากอยู่ในระดับเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 52.5

พฤติกรรมและอารมณ์จิตใจ ด้านบุคลิกภาพและความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยรวมอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 80 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อความที่ว่า มีเพื่อนสนิทอยู่ในระดับปกติที่สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.5 รองลงมาคือข้อที่ว่า เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กในวัยเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 89.2 ส่วนข้อความที่ว่า ถูกเด็กคนอื่นล้อเรียนหรือรังแกอยู่ในระดับเสี่ยงและมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 30.8 และ 16.7 ตามลำดับ

พฤติกรรมและอารมณ์จิตใจ ด้านความสามารถทางสังคมของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยรวมอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 79.8 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อความที่ว่า เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน และข้อที่ว่า ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า ทั้ง 2 ข้ออยู่ในระดับปกติที่สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาคือ ข้อที่ว่า ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น คิดเป็นร้อยละ 84.2 ส่วนข้อความที่ว่า ห่วงใยความรู้สึกคนอื่นอยู่ในระดับเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 27.5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และประเมินคุณค่าของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายข้อ (n=120)

การสนับสนุนทางสังคม	$\overline{X}$	SD	**ระดับ**
ด้านอารมณ์			
ความสนใจเอาใจใส่ในเรื่องการดูแลสุขภาพ	2.94	.24	มาก
การให้กำลังใจและคำปลอบโยน	2.92	.26	มาก
ความอบอุ่นใจเมื่อมีปัญหา	2.89	.31	มาก
การรับคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง	2.42	.49	มาก
การระบายความรู้สึกไม่สบายใจ	2.21	.41	ปานกลาง
ด้านการประเมินคุณค่า			
ความไว้วางใจให้รับผิดชอบทำกิจกรรม	2.67	47	มาก
การชมเชยในความรับผิดชอบตนเอง	2.65	.48	มาก
การยอมรับให้ร่วมทำกิจกรรม	2.62	.49	มาก
การชมเชยในการดูแลสุขภาพได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น	2.53	.52	มาก
การรับฟังความคิดเห็น	2.30	.46	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ จำนวน 120 คน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่ในเรื่องการดูแลสุขภาพในระดับมากสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 รองลงมาได้แก่ การให้กำลังใจและคำปลอบโยน ความอบอุ่นใจเมื่อมีปัญหา การรับฟังคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.92, 2.89 และ 2.42 ตามลำดับ ส่วนข้อการระบายความรู้สึกไม่สบายใจ ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.21

การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้รับการสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่ได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบทำกิจกรรมในระดับมากสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 รองลงมาได้แก่ ได้รับการชมในความรับผิดชอบตนเอง การยอมรับให้ร่วมทำกิจกรรม การชมเชยในการดูแล

สุขภาพได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65, 2.62 และ 2.53 ตามลำดับ ส่วนข้อการรับฟังความคิดเห็นตนเอง ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.30

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการสนับสนุนสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายข้อ (n=120)

การสนับสนุนทางสังคม	$\overline{X}$	SD	**ระดับ**
ด้านข้อมูลข่าวสาร			
การสนับสนุนให้ดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว	2.83	.37	มาก
คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม	2.78	.34	มาก
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา	2.64	.52	มาก
อธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	2.54	.50	มาก
คำแนะนำการหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรค	2.26	.56	ปานกลาง
ด้านทรัพยากร			
การพาไปตรวจตามแพทย์นัด	2.98	.13	มาก
การป้องกันความรุนแรงของโรคและดูแลรักษา	2.95	.22	มาก
การช่วยเหลือเรื่องการเงินในการดูแลรักษาสุขภาพ	2.89	.31	มาก
การช่วยเหลือเรื่องการเรียนเมื่อต้องขาดเรียน	2.56	.50	มาก
การช่วยเหลืองานที่ต้องออกแรงมาก	2.24	.43	ปานกลาง

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยได้รับการสนับสนุนข้อที่ให้ดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระดับมากสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 รองลงมาได้แก่ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา อธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78, 2.64 และ 2.54 ตามลำดับ ส่วนข้อให้คำแนะนำการหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรค ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.26

การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้รับการสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยข้อที่ได้รับการพาไปตรวจตามแพทย์นัดในระดับมากสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 รองลงมาได้แก่ การป้องกันความรุนแรงของโรคและดูแลรักษาการช่วยเหลือเรื่องการเงินในการดูแลรักษาสุขภาพ การช่วยเหลือเรื่องการเรียนเมื่อต้องขาดเรียน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95, 2.89 และ 2.56 ตามลำดับ ส่วนข้อการช่วยเหลืองานที่ต้องออกแรงมากได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.24

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายข้อ (n=120)

คุณภาพชีวิต	$\overline{X}$	SD	**ระดับ**
ด้านความพึงพอใจในชีวิต			
ความพึงพอใจที่พ่อแม่หรือบุคคลอันเป็นที่รักให้ความรัก	2.99	.09	สูง
ความพอใจในผลการเรียนของตนเอง	2.83	.37	สูง
ความพึงพอใจที่การได้รับบริการในการรักษาพยาบาล	2.76	.43	สูง
การเป็นโรคไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของหนู	2.64	.48	สูง
ความพึงพอใจกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	2.46	.50	สูง
โดยรวม	**2.74**	**.22**	**สูง**

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีระดับคุณภาพชีวิต ด้านความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความพึงพอใจที่พ่อแม่หรือบุคคลอันเป็นที่รักให้ความรักอยู่ในระดับสูงสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 รองลงมาได้แก่ ความพอใจในผลการเรียนของตนเอง ความพึงพอใจที่การได้รับบริการในการรักษาพยาบาล การเป็นโรคไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของหนู ความพึงพอใจกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83, 2.76, 2.64 และ 2.46 ตามลำดับ

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายข้อ (n=120)

คุณภาพชีวิต	$\overline{X}$	SD	**ระดับ**
ด้านอัตมโนทัศน์			
รู้สึกภูมิใจที่สามารถเรียนทันเพื่อน	2.76	.52	สูง
รู้สึกพอใจที่พ่อแม่และเพื่อน ๆ ให้การยอมรับในตัวเอง	2.67	.47	สูง
รู้สึกเชื่อมั่นว่าสามารถดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเรียนได้	2.57	.55	สูง
รู้สึกว่ารูปร่างไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต	2.42	.68	สูง
รู้สึกว่าการนอนกรนไม่รบกวนหรือก่อความรำคาญให้กับคนอื่น	2.04	.61	ปานกลาง
โดยรวม	**2.49**	**.32**	**สูง**

จากตารางที่ 15 คุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.49 โดยข้อที่ว่า รู้สึกภูมิใจที่สามารถเรียนทันเพื่อนอยู่ในระดับสูงที่สูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 รองลงมาได้แก่ รู้สึกพอใจที่พ่อแม่และเพื่อน ๆ ให้การยอมรับในตัวเอง รู้สึกเชื่อมั่นว่าสามารถดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเรียนได้ รู้สึกว่ารูปร่างไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67, 2.57 และ 2.42 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ว่า รู้สึกว่าการนอนกรนไม่รบกวนหรือก่อความรำคาญให้กับคนอื่น มีคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.04

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายข้อ (n=120)

คุณภาพชีวิต	$\overline{X}$	SD	**ระดับ**
ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย			
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง	2.77	.43	สูง
สามารถมีสมาธิในการเรียน	2.57	.51	สูง
สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เมื่อเจ็บป่วย	2.57	.55	สูง
ตื่นนอนตอนเช้าด้วยความสดชื่นกระปรี้กระเปร่า	2.48	.53	สูง
สามารถเล่นหรือออกกำลังกายได้โดยไม่รู้สึกเหนื่อยง่าย	2.27	.62	ปานกลาง
โดยรวม	**2.53**	**.29**	**สูง**

จากตารางที่ 16 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 โดยข้อที่ว่า สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองอยู่ในระดับสูงที่สูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 รองลงมาได้แก่ สามารถมีสมาธิในการเรียนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เมื่อเจ็บป่วย ตื่นนอนตอนเช้าด้วยความสดชื่นกระปรี้กระเปร่า ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57, 2.57 และ 2.48 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ว่าสามารถเล่นหรือออกกำลังกายได้โดยไม่รู้สึกเหนื่อยง่ายมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามรายข้อ (n=120)

คุณภาพชีวิต	$\overline{X}$	SD	**ระดับ**
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ			
พ่อแม่สามารถจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลได้เสมอ	2.96	.20	สูง
พอใจที่ได้ข้าเรียนหนังสือตามกำหนดเกณฑ์อายุ	2.95	.22	สูง
พอใจสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	2.93	.25	สูง
พอใจสิ่งอำนวยความสะดวกสบายในชีวิต	2.78	.42	สูง
พอใจที่ได้ร่วมทำกิจกรรมกับเพื่อน	2.58	.50	สูง
โดยรวม	**2.84**	**.19**	**สูง**

จากตารางที่ 17 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 โดยข้อที่ว่า พ่อแม่สามารถจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลได้เสมออยู่ในระดับสูงที่สูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 รองลงมาได้แก่ พอใจที่ได้เข้าเรียนหนังสือตามกำหนดเกณฑ์อายุ พอใจสภาพบ้านที่อยู่อาศัย พอใจสิ่งอำนวยความสะดวกสบายในชีวิต พอใจที่ได้ร่วมทำกิจกรรมกับเพื่อน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95, 2.93, 2.78 และ 2.58 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถของตัวแปรอิสระ 6 ตัว ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม ในการร่วมพยากรณ์ตัวแปรตาม 1 ตัว คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise เพื่อพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ดังนั้นก่อนทำการวิเคราะห์ จึงต้องทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (ดุสิต สุจิรารัตน์, 2544: 151)

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสหสัมพันธ์อย่างง่าย

1. ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 1 คือ ตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) ผู้วิจัยทำการทดสอบ โดยวิธีการดังต่อไปนี้

1.1 ใช้วิธี Simple correlation technique เพื่อวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวจะได้ correlation matrix ถ้ามีค่า correlation มากกว่า 0.9 ขึ้นไปถือว่ามีปัญหา Multicollinearity (Hair et al. 1998 อ้างถึงใน อวยพร เรืองตระกูล, 2549: 246) ผลการทดสอบพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวมีค่าอยู่ระหว่าง -0.191 ถึง 0.552 ไม่มีค่าใดที่มากกว่า 0.9 ขึ้นไป จึงไม่เกิดปัญหา Multicollinearity โดยพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันเองมากที่สุดคือ คุณภาพการนอนหลับกับระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ($r = .552$ $p<.01$) รองลงมาคือ คุณภาพการนอนหลับกับภาวะสุขภาพจิต ($r = .417$ $p<.01$) ดังในตารางที่ 18

1.2 พิจารณาจากค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระแต่ละตัว หากค่า Tolerance มีค่าน้อยมาก (เข้าใกล้ 0) แสดงว่าตัวแปรอิสระนั้นมี Multicollinearity ถ้าค่า Tolerance เข้าใกล้1 แสดงว่า ไม่ปัญหาเรื่อง Multicollinearity ในการศึกษาครั้งนี้ Tolerance อยู่ระหว่าง .649-.966 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity (ตารางที่ 18)

1.3 พิจารณาจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) ซึ่งเป็นค่าที่แปรผกผันกับค่า Tolerance ถ้าค่า VIF มีค่ามาก แสดงว่าตัวแปรนั้นเกิด Multicollinearity และค่าที่ยอมรับได้ไม่เกิน 10 (Hair et al. 1998 อ้างถึงใน อวยพร เรืองตระกูล, 2549: 246) สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.035-1.542 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity (ตารางที่ 18)

1.4 พิจารณาจากค่า Eigenvalue และค่า Condition Index ถ้ามีค่า Eigenvalue น้อยเข้าใกล้ 0 และมีค่า Condition Index สูงเกิน 30 อาจเกิดปัญหาเรื่อง

Multicollinearity (Hair et al. 1998 อ้างถึงใน เยาวเรศ เอื้ออารีเลิศ, 2545: 118) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตัวแปรดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ และภาวะสุขภาพจิตมีค่า Eigenvalue อยู่ระหว่าง .048-.3.76 และมีค่า Condition Index อยู่ระหว่าง 4.072-11.407 ส่วนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีค่า Eigenvalue เท่ากับ .001 และมีค่า Condition Index เท่ากับ 66.471 (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 ค่า Tolerance ค่า VIF ค่า Eigenvalues และค่า Condition Index ของตัวแปรดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	ค่า Tolerance	ค่า VIF	ค่า Eigenvalues	ค่า Condition Index
ดัชนีมวลกาย	.966	1.035	.376	4.072
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.958	1.043	.160	6.246
ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นฯ	.654	1.530	.102	7.806
คุณภาพการนอนหลับ	.649	1.542	.084	8.605
ภาวะสุขภาพจิต	.728	1.373	.048	11.407
การสนับสนุนทางสังคม	.901	1.110	.001	66.471

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

1. ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 2 ค่าคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ต้องเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Durbin Watson ค่าสถิติของ Durbin Watson ที่สรุปได้ว่าไม่เกิดปัญหา Error term มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelation) ควรมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2545: 424) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีค่า Durbin Watson = 1.899 จึงไม่มีปัญหา Autocorrelation

2. ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 3 ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน Var (e) เท่ากันทุกค่า คงที่ทุกค่าของ X ผู้วิจัยทดสอบโดยพิจารณา Scatter plot ระหว่าง Y กับ e ถ้าค่า e กระจายอยู่รอบ ๆ ศูนย์ ถือว่าค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ แต่ถ้าค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนไม่คงที่หรือไม่เท่ากันทุกค่าของ X แสดงว่าเกิดปัญหา Heteroscedastic (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2545: 422) สำหรับการศึกษาครั้งนี้จากการทำ Scatter plot พบว่า ค่าแปรปรวน

ของความคลาดเคลื่อน Var (e) เท่ากันทุกค่าคงที่ของ X โดยมีการกระจายอยู่รอบ ๆ ศูนย์อย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงไม่เกิดปัญหา Heteroscedastic (แสดงไว้แผนภาพที่ 13)

3. ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 4 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทุกตัวต้องเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและมีการแจกแจงแบบ Normal distribution ซึ่งสามารถทดสอบได้ดังนี้

3.1 ใช้สถิติทดสอบ Kolmogorow-Smirnov คือการเปรียบเทียบค่าฟังชั่นการแจกแจงสะสมของข้อมูลตัวอย่างกับค่าฟังชั่นการแจกแจงสะสมของข้อมูล ภายใต้สมมติฐานว่าประชากรหรือข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ถ้าค่า Asymp. Sig (2-tailed) มีค่าน้อยกว่าค่า α ที่ระบุ แสดงว่า การแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ แต่ถ้าค่า Asymp. Sig (2-tailed) มีค่ามากกว่าค่า α ที่ระบุ แสดงว่า การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2547: 314) จากผลการทดสอบ โดยใช้ Kolmogorow-Smirnov test พบว่า ข้อมูลดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีค่า p>.05 ดังนั้นจึงอนุมานได้ว่าข้อมูลในตัวแปรดังกล่าว มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ส่วนระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีค่า p<.05 มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ สำหรับผลการทดสอบ Kolmogorow-Smirnov ดังแสดงไว้ในตารางที่ 19 ดังนี้

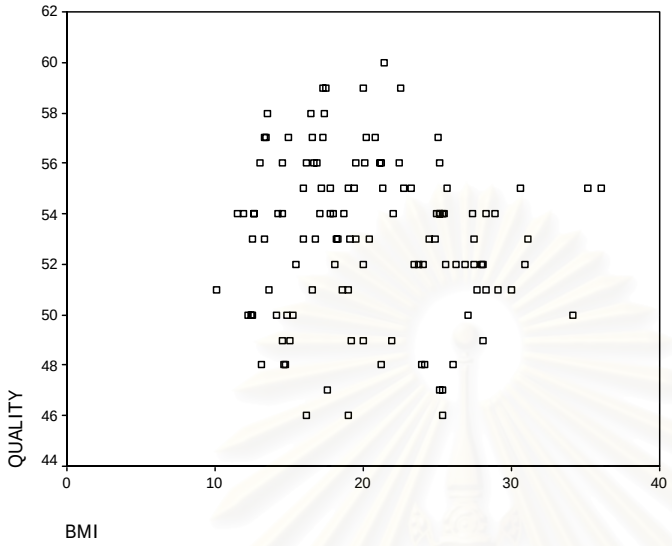
ตารางที่ 19 ผลการทดสอบโดยใช้ Kolmogorow-Smirnov test

ตัวแปร	Kolmogorow-Smirnov Z	Asymp.Sig.(2-tailed)
ดัชนีมวลกาย	.855	0.458
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.782	0.574
ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นฯ	2.504	0.000
คุณภาพการนอนหลับ	1.101	0.177
ภาวะสุขภาพจิต	1.123	0.161
การสนับสนุนทางสังคม	1.343	0.054

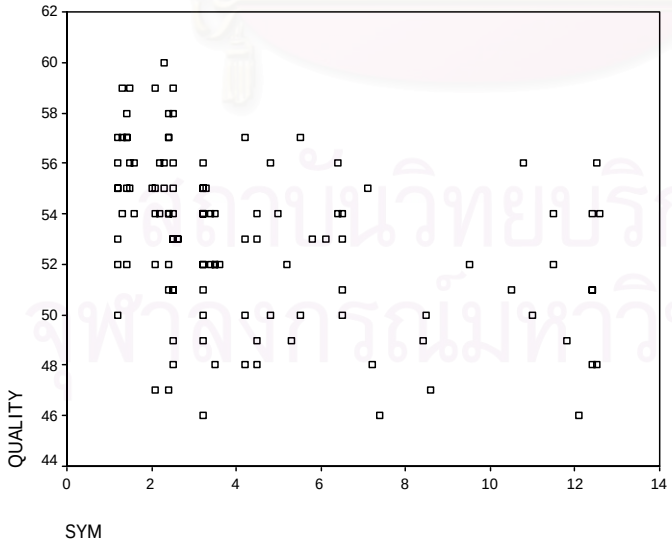
3.2 ทดสอบโดยการทำ Histogram โดยคำนวณพิสัยข้อมูลค่าต่ำสุดถึงค่าสูงสุดของข้อมูล และแบ่งออกเป็นส่วน ๆ โดยมี Class interval เท่ากัน ความยาวของแท่งจะแทนความถี่ของข้อมูล (ดุสิต สุจิรารัตน์, 2544: 106) พิจารณาจากกราฟแล้ว ควรพิจารณาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่ามัธยฐาน (Medan) ประกอบด้วย ถ้าค่าเฉลี่ยและมัธยฐานเป็นค่าเดียวกัน แสดงว่าข้อมูลมีความสมมาตรหรือมีค่าใกล้เคียงกันแสดงว่า มีการแจกแจงข้อมูลค่อนข้างสมมาตร (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2544: 280) สำหรับผลการทดสอบพิจารณา Histogram พบว่า ตัวแปรมีการแจกแจงเกือบปกติ การแจกแจงข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงข้อมูลลักษณะโค้งเกือบปกติ (Mean = 52.83, Median = 53.00) ภาวะสุขภาพจิตมีการแจกแจงข้อมูลลักษณะโค้งปกติ (Mean = 10.49, Median = 10.00) คุณภาพการนอนหลับมีการแจกแจงข้อมูลลักษณะโค้งปกติ (Mean = 6.88, Median = 7.00) ส่วนการแจกแจงข้อมูลของดัชนีมวลกายมีลักษณะโค้งเกือบปกติ (Mean = 20.51, Median = 19.50) ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีลักษณะโค้งเกือบปกติ (Mean = 21.21, Median = 21.00) ยกเว้นระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีลักษณะป้านและเบ้ขวา (Mean = 4.36, Median = 3.20) แสดงถึงข้อมูลมีการแจกแจงมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเก็บเพียง 120 ราย ในการแจกแจงข้อมูลที่มีลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ จะทำให้การแจกแจงค่าเฉลี่ยเลขคณิตของตัวอย่างที่ได้มีลักษณะเป็นโค้งปกติมากขึ้น (อวยพร เรืองตระกูล, 2549: 121) หลังจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแล้ว นำข้อมูลทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อ 7 เพื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Stepwise (แสดงไว้แผนภาพที่ 7-12)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

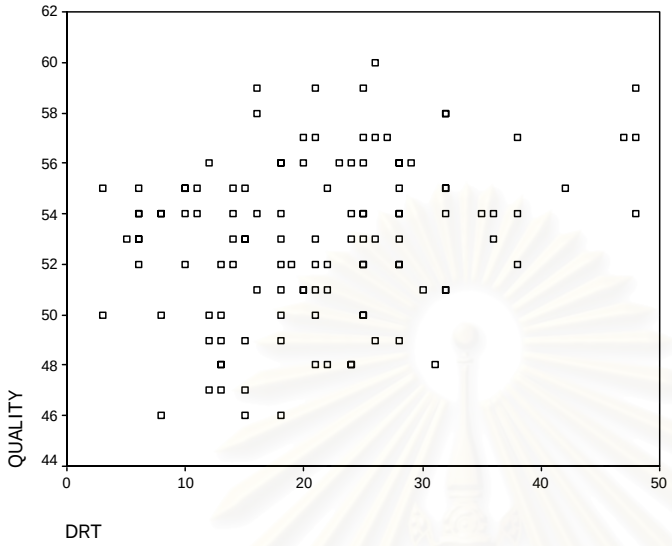
แผนภาพที่ 1 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง ดัชนีมวลกาย (BMI) กับคุณภาพชีวิต (QUALITY) โดยใช้ Scatter plot



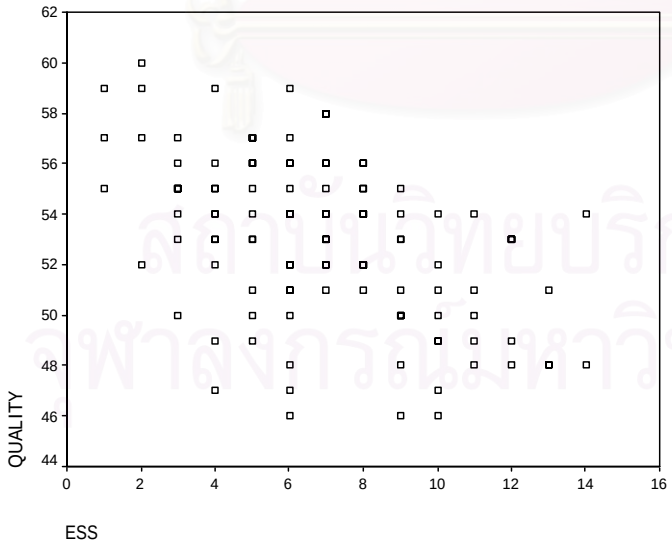
แผนภาพที่ 2 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (STM) กับคุณภาพชีวิต (QUALITY) โดยใช้ Scatter plot



แผนภาพที่ 3 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วย (DRT) กับคุณภาพชีวิต (QUALITY) โดยใช้ Scatter plot

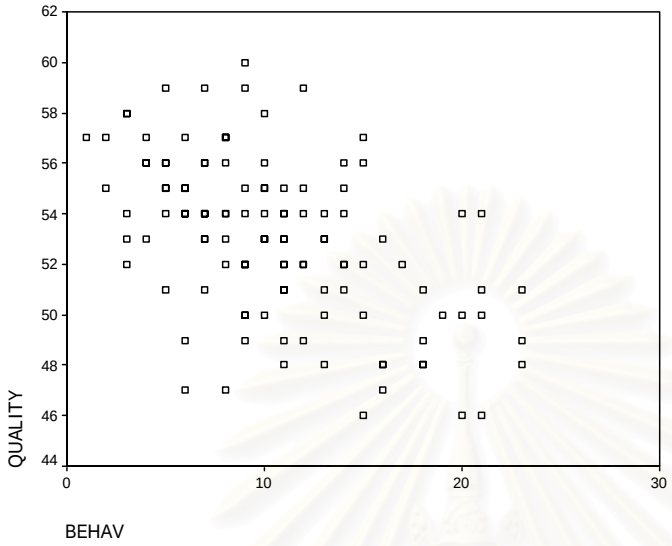


แผนภาพที่ 4 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างคุณภาพการนอนหลับ (ESS) กับคุณภาพชีวิต (QUALITY) โดยใช้ Scatter plot

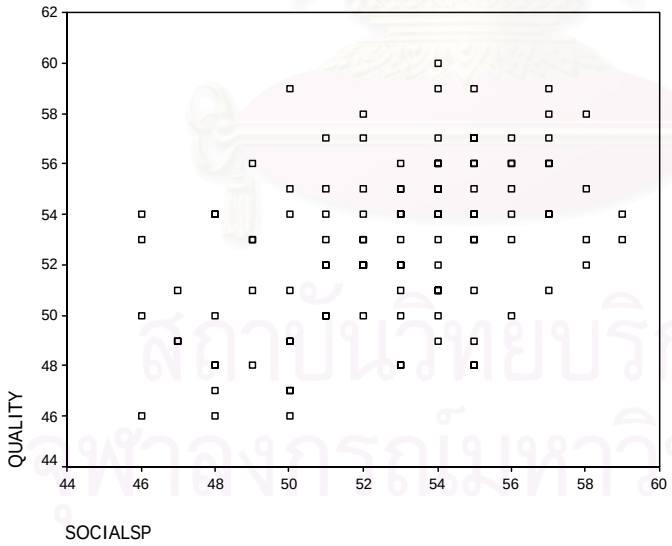


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 5 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างภาวะสุขภาพจิต (BEHAV) กับคุณภาพชีวิต (QUALITY) โดยใช้ Scatter plot



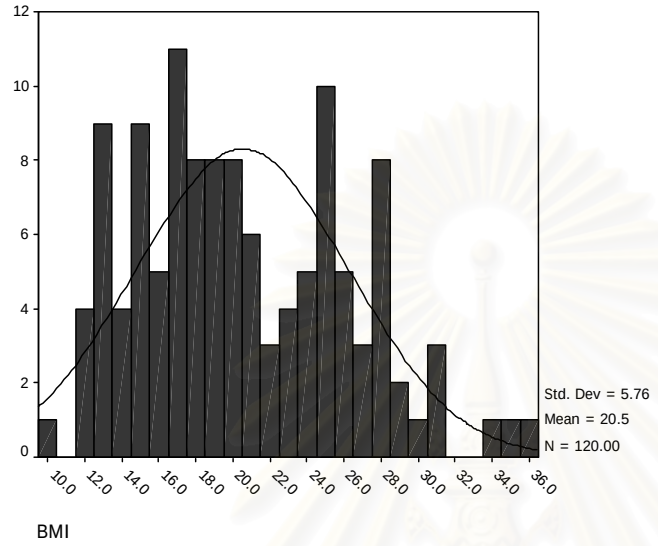
แผนภาพที่ 6 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างการสนับสนุนทางสังคม (SOCIALSP) กับคุณภาพชีวิต (QUALITY) โดยใช้ Scatter plot



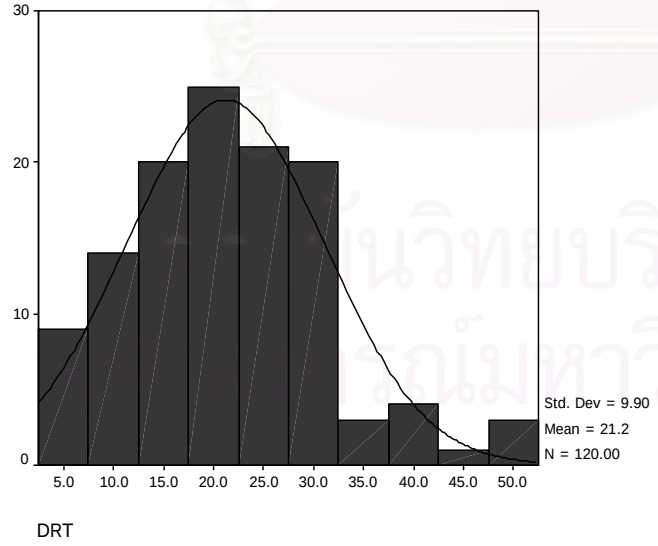
จากแผนภาพที่ 1-6 เมื่อพิจารณาจากกราฟพบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัว ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในรูปเชิงเส้นกับตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิต ส่วน คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความสัมพันธ์เชิงลบในรูปเชิงเส้นกับตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิต ซึ่ง

เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสหสัมพันธ์อย่างง่าย ส่วนดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

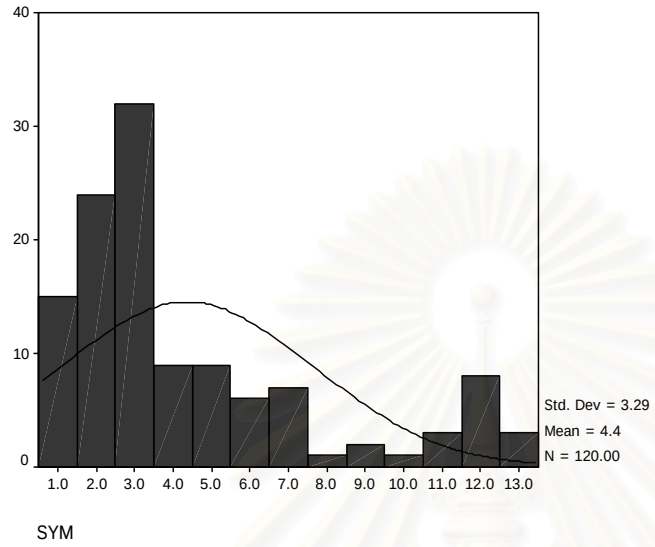
แผนภาพที่ 7 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของดัชนีมวลกายมีลักษณะโค้งเกือบปกติ



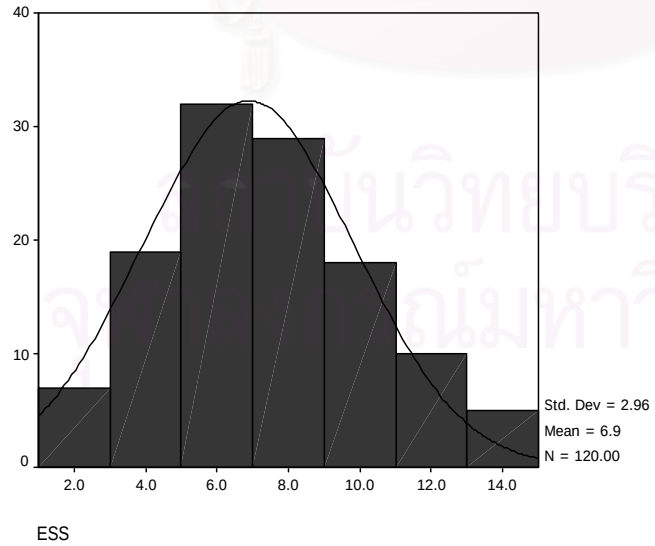
แผนภาพที่ 8 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของระยะเวลาการเจ็บป่วยมีลักษณะโค้งเกือบปกติ



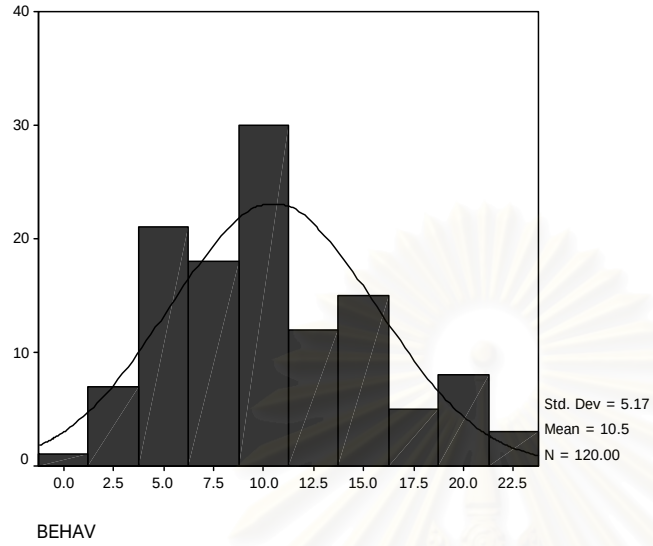
แผนภาพที่ 9 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีลักษณะปานและเบ้ขวา



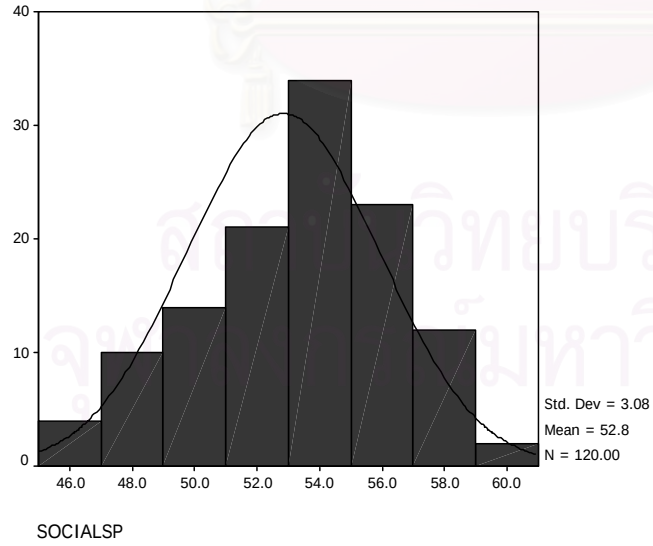
แผนภาพที่ 10 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของคุณภาพการนอนหลับมีลักษณะโค้งปกติ



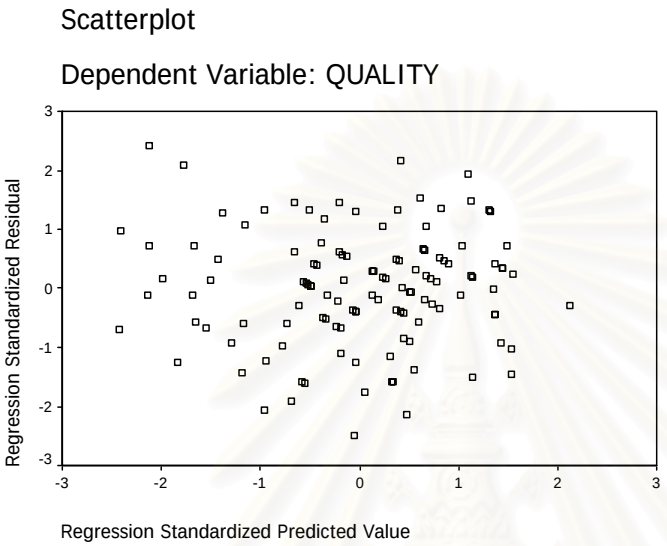
แผนภาพที่ 11 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของภาวะสุขภาพจิตมีลักษณะโค้งปกติ



แผนภาพที่ 12 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของการสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะโค้งเกือบปกติ

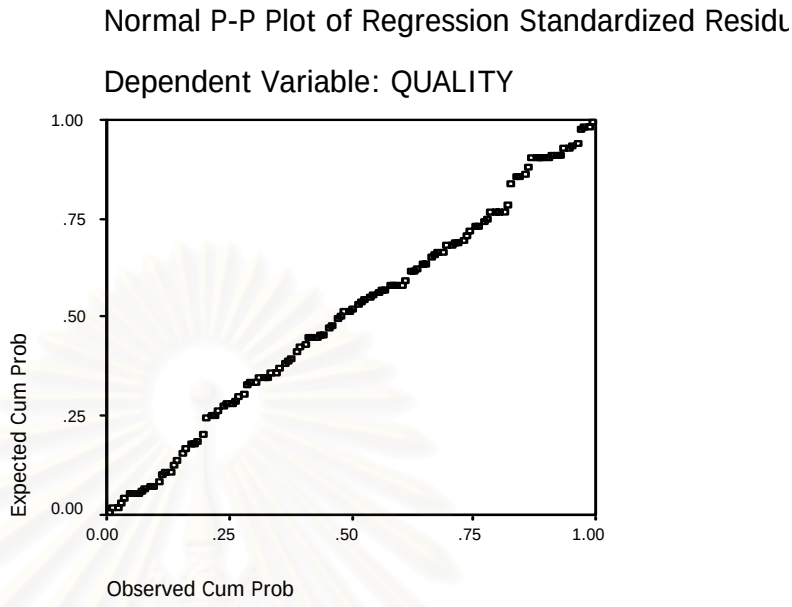


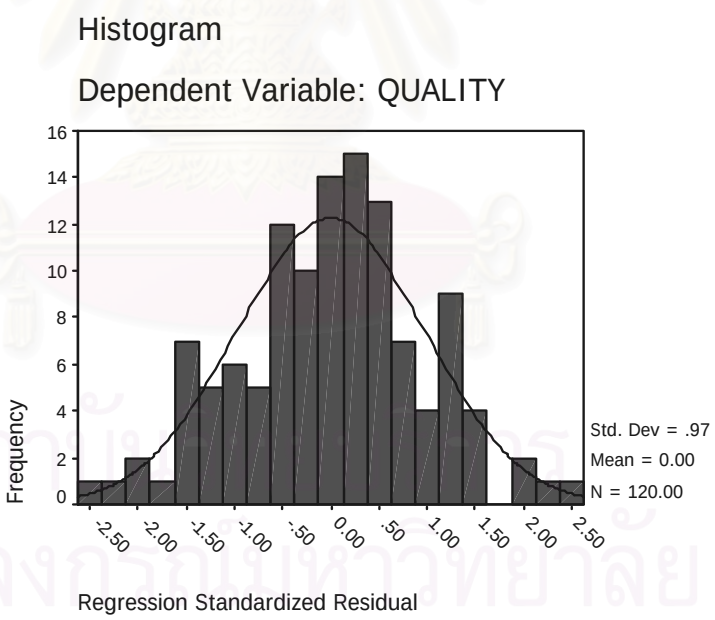
แผนภาพที่ 13 กราฟทดสอบความแปรปรวนมีคงที่เท่ากันหรือไม่ (Heteroscedastic) เมื่อพิจารณาจากกราฟพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง Y กับ e มีค่า e กระจายอยู่รอบ ๆ ศูนย์ ในกรณีนี้ถือว่า ค่าแปรปรวนของความคาดเคลื่อนมีค่าคงที่



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 14 กราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูลของคุณภาพชีวิตกับตัวแปรอิสระมีลักษณะเป็นเส้นตรงและมีการแจกแจงปกติ





ภาคผนวก จ

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ชื่อผู้วิจัย นายไพรัตน์ ผ่องแผ้ว นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล..... อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....แขวง.....เขต..... จังหวัด.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วยได้รับทราบจากผู้วิจัยให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้ทราบถึงวัตถุประสงค์และแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรซึ่งอยู่ภายใต้การปกครองดูแลของข้าพเจ้า ได้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ โดยข้าพเจ้าสามารถให้บุตรซึ่งอยู่ภายใต้การปกครองดูแลของข้าพเจ้าปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลต่อการบริการหรือการรักษาที่ได้รับตามปกติแต่อย่างใด และข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรซึ่งอยู่ภายใต้การปกครองดูแลของข้าพเจ้าให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้

....

สถานที่ / วันที่ (.....)

บิดามารดาหรือผู้ปกครองของผู้ป่วย

....

สถานที่ / วันที่ (นาย ไพรัตน์ ผ่องแผ้ว)

ผู้วิจัย

....

สถานที่ / วันที่ (.....)

พยาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

2. ชื่อผู้วิจัย นายไพรัตน์ ผ่องแผ้ว นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. สถานที่ปฏิบัติงาน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อำเภอ พญาไท จังหวัด กรุงเทพฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-3548333 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-0464753 E-mail: pig03sat@yahoo.com

4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการให้บุตรเข้าร่วมในการวิจัย

โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิตกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม

4.1 ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามหลักของการวิจัย ท่านและบุตรของท่านได้รับเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นหนึ่งในจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง 120 คน

4.2 ผู้วิจัยคาดว่าการวิจัยนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใด ๆ ต่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

5. ประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ในการตอบแบบสอบถาม ถ้าบุตรของข้าพเจ้ามีอาการอ่อนเพลียหรือง่วงนอนขณะสัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะหยุดพัก และสัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถามใหม่หลังพบแพทย์

6. ประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้รับการรักษาสิทธิคิวในการเข้าพบแพทย์

7. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นายไพรัตน์ ผ่องแผ้ว เบอร์โทรบ้าน 02-5835720 โทรศัพท์มือถือ 089-0464753

8. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้าพเจ้าได้ทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่ได้รับจากการอนุญาตให้บุตรเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการดังกล่าว

10. ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะปฏิเสธไม่ให้บุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะโดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาพยาบาลที่บุตรของข้าพเจ้าจะได้รับแต่ประการใด

11. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ข้าพเจ้าที่อนุญาตให้บุตรเข้าร่วมในการวิจัย

12. ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและบุตรจะไม่ระบุชื่อหรือนามสกุลในแบบสัมภาษณ์หรือแบบสอบถามเพื่อป้องกันการระบุถึงบุคคลผู้ให้สัมภาษณ์ และข้อมูลเก็บไว้กับผู้วิจัยเพียงผู้เดียว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของบุตรของข้าพเจ้าจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายไพรัตน์ ผ่องแผ้ว เกิดวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2503 ภูมิลำเนา จังหวัด ระยอง สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลโรคทรวงอก ปี 2522 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี ปี 2534 และสำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ปี 2540 หลังจากนั้นเข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 5 หอผู้ป่วยหนักเด็กโต (PICU) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จนถึงปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 7 และได้ลาศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาที่คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย