

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ



นางวรุณศิริ ปราณีธรรม

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

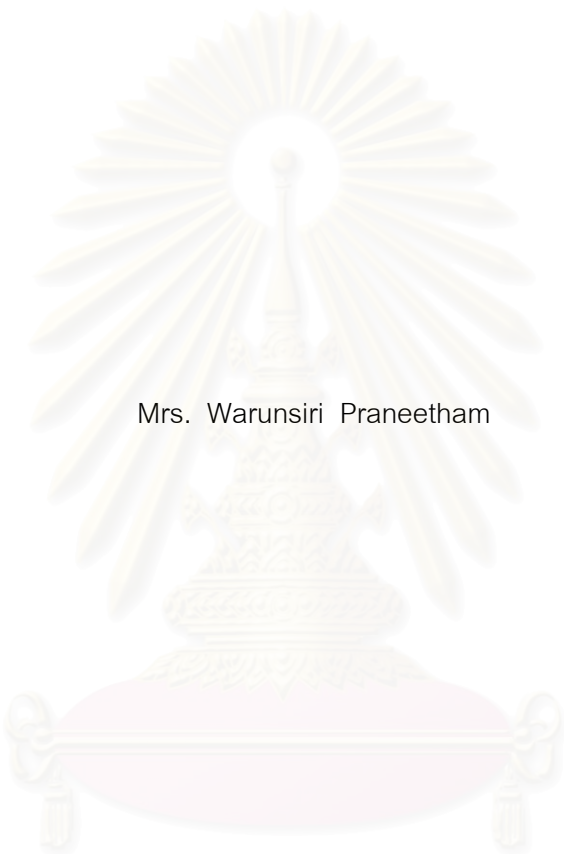
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-5487-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA PATIENTS



Mrs. Warunsiri Praneetham

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-5487-6

วรรณศิริ ปราณธรรม : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ. (FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA PATIENTS) อ. ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 127 หน้า. ISBN 974-17-5487-6.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มารับการตรวจและวินิจฉัยเป็นครั้งแรก ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ และหน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและวัณโรค โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงแล้ว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 .94 และ .89 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติอีต้า (Eta)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.27$)
2. อายุ คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .269$.320 และ .517 ตามลำดับ)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา 2546ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4477598236 : MAJOR NURSING

KEY WORD: QUALITY OF LIFE / AGE / BODY MASS INDEX / QUALITY OF SLEEP / PSYCHOTIC STATUS / OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA

WARUNSIRI PRANEETHAM : FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA PATIENTS. THESIS ADVISOR : ASST. PROF.CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D, 127 pp. ISBN 974-17-5487-6.

The purpose of this research was to examine the relationships between factors related to quality of life, and to study quality of life of the obstructive sleep apnea patients. One hundred and twenty patients from the Out Patient Department of Ramathibodi Hospital, and the Division of Respiratory Disease and Tuberculosis of Siriraj Hospital, were chosen . The instruments used in the study were the personal factor, Epworth Sleepiness Scale (ESS) , General Health Questionnaire (GHQ), and Quality of Life (QOL) questionnaires. All instruments were tested for the content validity and reliability. The alpha coefficients of Epworth Sleepiness Scale , General Health Questionnaire , and Quality of Life questionnaire were .86, .94 and .89, respectively. Pearson's product moment correlation and Eta were used for data analysis.

Major findings revealed that :

1. The quality of life of obstructive sleep apnea patients was at the medium level ($\bar{X} = 3.27$)
2. There was a positively significant correlation between age, quality of sleep and psychological status to quality of life of obstructive sleep apnea patients at the level .05 ($r = .269, .320$ and $.517$ respectively)

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

Academic year2003..... Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด คำเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ที่กรุณาให้เกียรติเป็น ประธานสอบวิทยานิพนธ์และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพันธ์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือ รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ หัวหน้าหน่วยโรคระบบทางเดินหายใจ และวัณโรค โรงพยาบาลศิริราช คุณวรกช พยาบาลประจำห้องตรวจการนอนหลับ โรงพยาบาลรามาริบัติ คุณชนะ นฤมาน ผู้อำนวยการด้านสมรรถภาพปอดและการนอนหลับ ประจำหน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและวัณโรค โรงพยาบาลศิริราช ที่ยินดีเป็นผู้ประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญคือผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลวิชัยยุทธทุกท่าน ที่สนับสนุนเวลาเพื่อการศึกษาในครั้งนี้และขอบคุณเพื่อนๆร่วมรุ่นทุกท่านที่ไม่เคยทอดทิ้งกันตลอดมา

ท้ายที่สุด ขอกราบระลึกถึงพระคุณบิดามารดาที่เป็นที่รักยิ่ง ที่เป็นผู้ให้สติปัญญาและสิ่งดีงาม รวมถึงกำลังใจและให้การสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
ปัญหาการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
การอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ.....	15
ความหมายของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ.....	15
ปัจจัยเสี่ยงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ.....	16
ผลกระทบของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ.....	17
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ.....	20
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	20
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	23
การประเมินคุณภาพชีวิต.....	33
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ.....	37
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ.....	40
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	45

	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	71
สรุปผลการวิจัย.....	72
การอภิปรายผลการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะ.....	80
รายการอ้างอิง.....	83
ภาคผนวก.....	95
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	96
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และ จดหมายขอความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูล.....	98
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	111
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	123
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	127

สารบัญตาราง

ณ

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับจำแนกตามเพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้	47
2. ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบประเมินคุณภาพชีวิต.....	57
3. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต.....	61
4. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตจำแนกตามรายด้าน.....	61
5. คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิตแบ่งตามรายข้อในด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ.....	62
6. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามอายุ และดัชนีความหนาของร่างกาย.....	65
7. ค่าพิสัย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ และดัชนีความหนาของร่างกาย.....	66
8. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ ที่มีสภาวะความเจ็บป่วยร่วมจำแนกตามชนิดของสภาวะความเจ็บป่วย.....	66
9. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับและการแปลผล จำแนกตามดัชนีความหนาของร่างกาย ระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน และระดับความรุนแรงของการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ.....	67
10. ค่าพิสัย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน ภาวะสุขภาพจิตและระดับความรุนแรงของการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ.....	68

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	ญ	หน้า
11. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสุขภาพจิต ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ.....		69
12. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะความเจ็บป่วยร่วม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Eta.....		70
13. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน จำแนกตามรายชื่อ.....		124
14. จำนวนและร้อยละของปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับของภาวะสุขภาพจิต จำแนกตามรายชื่อ.....		125



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	conceptual model of quality of life	30
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	45



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาเกี่ยวกับความผิดปกติของการนอน เช่น การนอนไม่หลับ และการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เป็นความผิดปกติของการนอนที่พบได้บ่อย (Lacasse, 2002; Yang et al., 1999) โดยเฉพาะการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งเป็นความผิดปกติของการหายใจที่เกิดขึ้นขณะหลับที่พบเห็นได้ในทุกกลุ่มอายุ (Attarian and Sabri, 2002) เป็นสภาวะที่ไม่มีลมหายใจผ่านจมูกและปากเป็นเวลามากกว่า 10 วินาที และเกิดมากกว่า 5 ครั้งต่อหนึ่งชั่วโมง หรือมีการหยุดหายใจ (apnea) หรือมีการหายใจช้าลง (hypopnea) แต่ยังมีกระแสลมของผนังทรวงอกและผนังหน้าท้อง (Noureddine, 1996) จากการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในเด็กวัยเรียนในภาคใต้ของไทย พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีประมาณร้อยละ 0.69 ซึ่งใกล้เคียงกับอุบัติการณ์ในเด็กของยุโรป (Anuntaseree et al., 2001) แต่ยังไม่มียางานเกี่ยวกับสถิติของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในผู้ใหญ่ที่เก็บรวบรวมไว้อย่างสมบูรณ์ (นิธิพัฒน์ เจียรกุล อรรถ นานา และชนะ นฤมาน, 2540) แต่จากสถิติของผู้ป่วยในคลินิกโรคทางเดินหายใจที่โรงพยาบาลรามาริบัติตั้งแต่ปีพ.ศ. 2531-2539 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับประมาณ 200 คนต่อปี (Muntarhorn, 1997) ซึ่งจากการศึกษาในชาวอเมริกันพบว่า อุบัติการณ์ของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับพบได้ร้อยละ 2-4 ในผู้ใหญ่และพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง โดยมีอัตราส่วนระหว่างผู้หญิงต่อผู้ชายคือ 2 ต่อ 4 (Flemons, 2002) และจากแนวโน้มที่มีห้องปฏิบัติการตรวจการนอนหลับในโรงพยาบาลใหญ่ๆหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลวชิระ โรงพยาบาลกรุงเทพ เป็นต้น อาจเป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นและประชาชนเริ่มหันมาให้ความสนใจกับความผิดปกตินี้มากขึ้นด้วย (Noureddine, 1996) นอกจากนี้การอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ยังมีอุบัติการณ์พบร่วมกับกลุ่มโรคอ้วน (Strohl, 1996) เนื่องจากไขมันที่กระจายอยู่ตามเนื้อเยื่อต่างๆทั่วร่างกายและรอบๆทางเดินหายใจช่วงบน ทำให้เวลาผู้ป่วยนอนลงจะเกิดน้ำหนักกดทับทำให้ช่องคอแคบลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

การอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ ส่งผลต่อการเกิดโรคของระบบต่างๆ ของร่างกายหลายระบบ ได้แก่ การเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและการตายด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (Katta and Kochar, 2000 ; Riyami et al., 2000 ; Yang et al., 2000) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคเส้นเลือดในสมองแตก (Lacasse, 2002) โรคความดันโลหิตสูง (Douglas, 2002; Silverberg and Iaina, 2002: 229-36) ภาวะความดันที่ปอดสูง หัวใจห้องขวาล้มเหลว (Riyami et al., 2000) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอัตราการตายด้วยโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่สูงกว่าคนปกติ (Attarian and Sabri, 2002) ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่าจากการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือจากยาที่รับประทานที่มีราคาค่อนข้างสูง ซึ่งผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติ เพราะเป็นวัยที่อยู่ในช่วงของการทำงาน เริ่มมีตำแหน่งหน้าที่การงานมั่นคงและสูงขึ้น เป็นวัยที่กำลังก้าวสู่การประสบความสำเร็จในการทำงาน เพียบพร้อมด้วยประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต เมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ขึ้นจึงก่อให้เกิดความเสียหายทางด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว (Ronald et al., 1998) รวมทั้งส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือกิจวัตรประจำวันของตนเอง ต้องหยุดงานหรือขาดงาน ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง (จักรกฤษณ์ สุขยิ่งและธนา นิลชัยโกวิท, 2542)

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่มีความหมายกว้างและมีโครงสร้างที่สลับซับซ้อน (Baker, 1995 cited in นिया สออารีย์ และคณะ 2545) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล เวลา สถานที่ วัฒนธรรม ประสบการณ์ ความเชื่อ คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพปกติ หรือมีการเจ็บป่วย (สมพันธ์ ธิญูชีระนันท์, 2539) ในปัจจุบัน พยาบาลได้ตระหนักและให้ความสนใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเชื่อว่า คุณค่าของการพยาบาลมิใช่อยู่ที่การช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่อยู่ที่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข รวมทั้งใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบหลายด้านแตกต่างกันออกไป ซึ่งตามแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) คุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้านคือ 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครอบครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับในเรื่องทั่วไป 2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเองของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง เป็นเรื่องของความผาสุกด้านจิตใจ รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

และภาพลักษณ์ของตนเอง 3) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้ความผาสุกของร่างกายเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นการรับรู้ความผาสุกด้านสังคมทั่วไป รวมถึงอาชีพและรายได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับถึงสิ่งที่ตนเองครอบครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับในเรื่องทั่วไป ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก ความปลอดภัยและสภาพครอบครัว ซึ่ง Gall, Isaac และ Kryger (1993) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับมีการรับรู้ความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำกว่าคนปกติ

ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับมีต่อตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง เป็นเรื่องของความผาสุกด้านจิตใจ รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองและภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับมักจะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ (King and Wofford, 2000; Kales et al., 1995; Chervin, 2000) เกิดปมด้อย พยายามแยกตัวและขาดความมั่นใจในตนเอง สูญเสียความมั่นคงทางด้านจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จากการศึกษาของ Engleman และคณะ (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับจะมีการรับรู้ในเรื่องต่างๆที่พร้อมลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการคิดและตัดสินใจลดลง ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง

ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้ความผาสุกของร่างกายของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่ง Engleman และคณะ (1999) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับจะมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนแรง ขาดพลังกำลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆให้ประสบผลสำเร็จ ส่วน Finn และคณะ (1998) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับมีอุบัติเหตุในการทำงาน อุบัติเหตุทางยานยนต์ที่มากกว่าคนปกติ D'Ambrosio, Bowman และ Mohsenin (1999) พบว่าการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับออกซิเจนในหลอดเลือดแดง ส่งผลต่อการเกิดโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งผลกระทบจากโรคดังกล่าว มีผลทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความใส่ใจในตนเองและการดูแลตัวเองลดลง ส่วนศึกษาของ Lacasse (2002) Bennett และคณะ (1999) และ Chervin (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับจะรู้สึกเหนื่อยล้าและขาดพลังมาก

กว่าคนปกติ ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเรียนลดลง

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับด้านสังคมทั่วไป จากการศึกษาของ Ulfberg และคณะ (1996) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความสามารถในการปฏิบัติงานพร่องลง จนเป็นเหตุให้ถูกออกจากงาน ทำให้ต้องสูญเสียรายได้ไป และจากการศึกษาของ Baldwin และคณะ (2001) ประเมินความสัมพันธ์ของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับกับคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแย่ง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคู่ของผู้ป่วย เนื่องจากการกรนของผู้ป่วยไปรบกวนการนอนของคู่ครอง ทำให้ความสัมพันธ์ของครอบครัวแย่งด้วย (McArdle et al.,2001)

ชาน (1992) ได้จำแนกปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ และจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปและผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ประกอบด้วยปัจจัยด้านต่างๆ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล

1.1 อายุ จากการศึกษาของ Briones และคณะ (1996) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากจะมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำและกิตติมา จันทรโอ (2000) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยสูงอายุ เนื่องจากวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีศักยภาพในการใช้สติปัญญาความรู้ความสามารถมาใช้ในการดูแลตนเอง ทำให้สภาวะสุขภาพดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยสูงอายุจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายลดลง มีความเปราะบางกับการต่อสู้ชีวิต จึงรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำ

1.2 ดัชนีความหนาของร่างกาย จากการศึกษาของ Briones และคณะ (1996) ในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับพบว่า เมื่อดัชนีความหนาของร่างกายเพิ่มขึ้นผู้ป่วยที่มีการอุดกั้น

ทางเดินหายใจขณะหลับจะรับรู้ถึงความผิดปกติลดลง ส่วน Bennett และคณะ (1999) พบว่าเมื่อดัชนีความหนาของร่างกายเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และขาดความมั่นใจในตนเอง ส่วนปัจจัยด้านบุคคลที่ผู้วิจัยไม่ได้เลือกมาศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ เพศ เนื่องจากพบว่าการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับนั้นพบในเพศชายประมาณร้อยละ 85 (ชัยรัตน์ นรินทรรัตน์, 2543)

2. ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ

2.1 ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จากการศึกษาของมัวร์และคณะ (2001) พบว่า เมื่อความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะรู้สึกปวดเมื่อยตามร่างกาย มีอาการปวดศีรษะในตอนเช้า และไม่รู้สึกรู้สิดขึ้นจากการนอน ส่วน D'Ambrosio, Bowman และ Mohsenin (1999) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในระดับเล็กน้อยมีความพร่องของคุณภาพชีวิตในเรื่องของพลังกำลังที่ลดลง รู้สึกอ่อนล้าหมดแรง ส่วนผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในระดับรุนแรงมีความพร่องของคุณภาพชีวิตในเรื่องของความเสื่อมลงของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านจิตใจ รวมถึงมีสภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ หงุดหงิดง่าย โมโหฉุนเฉียว ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้

2.2 คุณภาพการนอนหลับ จากการศึกษาของ Akashiba และคณะ (2002) ; Baldwin และคณะ (2000) พบว่าคุณภาพการนอนหลับส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในแง่ของผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยพบว่า เมื่อคุณภาพการนอนหลับลดลงทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับลดลง การดูแลตนเองลดลง ส่วนมัวร์และคณะ (2001) พบว่าระยะเวลาในการนอนทั้งหมด ซึ่งบอกถึงคุณภาพในการนอนหลับของบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในเรื่องของบทบาทหน้าที่ทางกายภาพ ความจำกัดในบทบาทหน้าที่อื่นเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์

3. สภาวะความเจ็บป่วยร่วม สภาวะความเจ็บป่วยร่วมนับว่าเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เพราะจะทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อสุขภาพร่างกายมากขึ้น บางรายที่ได้รับการรักษาอาจมีความวิตกกังวลต่อผลการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน และอาจมีผลกระทบต่อโรคที่เป็นอยู่ และบางครั้งอาจส่งผลถึงฐานะทางเศรษฐกิจด้วย จากการศึกษาของ D'Ambrosio, Bowman และ Mohsenin (1999) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มีโรคประจำตัวได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในขณะนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

4. ภาวะสุขภาพจิต ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมักมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยได้แก่ ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงของความซึมเศร้า (Beutler, 1981; Millman, Fogel and McNamara, 1989; Yang, Clerk and Shin, 1998) เหนื่อยล้า และขาดพลัง มีนงง อ่อนเพลีย ความตื่นตัวลดลง บางครั้งอาจมีอาการคลุ้มคลั่ง อารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิดง่าย โมโหฉุนเฉียว ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ (Kales et al., 1985; Chervin, 2000) ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง (Haider, 1999; Ulfberg et al., 1996) นอกจากนี้ยังพบว่ามียาเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่แย่มากกว่าคนปกติ (Gall, Isaac and Kryger, 1993) รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง (Flemons and Tsai, 1997; Yang et al., 2000: 535)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัญหาเกี่ยวกับการนอนที่พบได้บ่อยอีกชนิดหนึ่งคือ การอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งในต่างประเทศ อุบัติการณ์ของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และประชาชนหันมาให้ความสนใจกับปัญหานี้มากขึ้น แต่ในประเทศไทย ยังไม่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ รวมถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เพื่อช่วยพยาบาลในการให้คำแนะนำผู้ป่วยให้ใส่ใจกับความผิดปกตินี้ และช่วยให้ผู้ป่วยมีกระบวนการในการรับมือหรือจัดการกับปัญหาต่างๆ โดยการให้ความรู้ สนับสนุน ส่งเสริม และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะสามารถผ่านพ้นปัญหาดังกล่าวไปได้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายเนื่องจากการรักษาพยาบาลลดลง ซึ่งอาจส่งผลให้เศรษฐกิจของประเทศชาติดีขึ้นด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย และปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม ภาวะสุขภาพจิต ของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย และปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณ

ภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม ภาวะสุขภาพจิต ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ปัญหาการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย และปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม ภาวะสุขภาพจิต ของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเป็นอย่างไร
3. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย และปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม ภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความสลับซับซ้อนและมีความหลากหลาย (Burckhardt, 1985: 11) ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในระยะแรก มุ่งเน้นในเรื่องการมีชีวิตที่ดีของบุคคล ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากร โดยเชื่อว่า ถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะทำให้ได้ดีและรวดเร็วขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตโดยนำกรอบแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งชาน (1992) มองคุณภาพชีวิตว่าเป็นโครงสร้างที่ซับซ้อน มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษย์ทั้งหมด 4 องค์ประกอบคือ ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) อัตมโนทัศน์ (self concept) สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (health and functioning) และสังคมเศรษฐกิจ (socio economic) สำหรับความพึงพอใจในชีวิต เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป ส่วนอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มีต่อตนเองในด้านลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนการมีสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆของบุคคล ซึ่งรวมถึงความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical function) การทำหน้าที่ตามบทบาทสังคม (social & role function) และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ (psychological function) เป็นความ

สามารถของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทได้อย่างปกติเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุก ส่วนด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ รวมทั้งการมีอาชีพและรายได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งจากการศึกษากรอบแนวคิดของชาน (1992) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตพบว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับแตกต่างกันออกไป ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุและดัชนีความหนาของร่างกาย ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม และภาวะสุขภาพจิต ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพชีวิตดังนี้

อายุ เป็นข้อบ่งชี้ถึงความแตกต่างในความสามารถของร่างกาย กล่าวได้ว่า อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเองและการดูแลตนเองของบุคคล โดยความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (โอเร็ม, 1991 อ้างถึงในชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำและกิตติมา จันทร์โอ, 2543 : 251) จากการศึกษาของ Briones และคณะ(1996) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับที่มีอายุมาก จะมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร ชีโนรส ทิพย์วรรณ วังเกตราและวสันต์ สุเมธกุล (2542) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รอรับการเปลี่ยนไตที่อยู่ในวัยกลางคนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีหน้าที่การงานมั่นคง มีประสบการณ์มาก สามารถนำประสบการณ์ที่มีอยู่นั้นไปแก้ปัญหาตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ไม่ลำบาก

ดัชนีความหนาของร่างกาย เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอ้วน คำนวณโดยใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง ถ้าค่าดัชนีความหนาของร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรถือว่าเป็นโรคอ้วน ในผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับประมาณ 2 ใน 3 พบว่า มีดัชนีความหนาของร่างกาย > 28 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมีน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐาน ถือว่าเป็นโรคอ้วน ซึ่งคนอ้วนมักถูกมองว่าขี้เกียจ สกปรก โง่ น่าเกลียด จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับมีปัญหาด้านสภาพจิตใจ รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และขาดความมั่นใจในตนเอง (Kolotkin, Meter and Williams, 2001) จากการศึกษาของ Briones และคณะ (1996) พบว่าเมื่อดัชนีความหนาของร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ความ

ผาสูกลดลง ส่วน Bennett และคณะ (1999) พบว่าเมื่อดัชนีความหนาของร่างกายเพิ่มขึ้นผู้ป่วยจะมีการรับรู้สภาวะสุขภาพกายโดยรวมที่ลดลง

ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งบ่งชี้ที่สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเอง เมื่อระดับความรุนแรงของโรคสูงขึ้นจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ Gall, Isaac และ Kryger (1993) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเล็กน้อยเทียบกับกลุ่มปกติพบว่า ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเล็กน้อยมีการรับรู้สภาวะสุขภาพ การรับรู้สภาวะอารมณ์ และการรับรู้เกี่ยวกับความผาสุกที่ต่ำกว่าคนปกติ ส่วนการศึกษาของหยางและคณะ (Yang et al., 2000) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเปรียบเทียบกับประชากรปกติ พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับระดับปานกลางถึงรุนแรงมีความพร่องในเรื่องของหน้าที่ทางกายภาพและความจำกัดของบทบาทหน้าที่อื่นเนื่องมาจากสภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ส่วนบาสต์ดินและคณะ (Baldwin et al., 2001) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สภาวะสุขภาพ หน้าที่ทางกายภาพ หน้าที่ทางสังคม และควมมีชีวิตชีวา ส่วนการศึกษาของ D'Ambrosio, Bowman และ Mohsenin (1999) พบว่าเมื่อระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเพิ่มขึ้นผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพที่พร่องลง

คุณภาพของการนอนหลับ เนื่องจากการหลับที่เพียงพอมีความสำคัญต่อร่างกายในเรื่องของการเก็บรักษาพลังงาน ทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่าขณะตื่นนอน (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และคณะ, 2540) ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการนอนหลับจะมีคุณภาพในการนอนที่ลดลง ความรู้สึกสดชื่นจากการนอนลดลง ขาดพลังกำลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน (Hall et al., 1998) จากการศึกษาของไบรโอนเนสและคณะ (Brioness et al., 1996) พบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในเรื่องของสภาวะหน้าที่ ความผาสุก และการรับรู้สภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องของพลังและความเหนื่อยล้า ส่วนการศึกษาของมัวร์และคณะ (Moore et al., 2001) พบว่าระยะเวลาในการนอนและการนอนหลับที่ไม่ต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในเรื่องของความจำกัดของบทบาทหน้าที่อื่นเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ สภาวะสุขภาพ พลังและความเหนื่อยล้า การทำหน้าที่ทางสังคม รวมทั้งความรู้ความจำที่พร่องไป ทำให้คุณภาพในการทำงานลดลง จนอาจเป็นสาเหตุให้ออกจากงาน ส่วนบาสต์ดินและคณะ (Baldwin et al., 2001) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งวัดโดยระดับความง่วงนอนที่มากผิด

ปกติในเวลากลางวัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวันในระดับปานกลางถึงมากมีการรายงานเกี่ยวกับหน้าที่ทางกายภาพ หน้าที่ทางสังคม ความเจ็บปวดของร่างกาย และสุขภาพจิตที่แย่กว่าคนที่มีความง่วงนอนในระดับเล็กน้อย

สภาวะความเจ็บป่วยร่วม เนื่องจากสภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของบุคคล กล่าวคือความเจ็บป่วยทำให้เกิดพยาธิสภาพและการทำหน้าที่ทางกายผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆและการติดต่อกับสังคมลดลง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือกิจวัตรประจำวันของตนเอง ต้องหยุดงานหรือขาดงาน มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากยาที่ต้องกินเป็นประจำ ส่งผลต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว จึงทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลง สอดคล้องกับการศึกษาของ D'Ambrosio, Bowman และ Mohsenin (1999) พบว่า สภาวะความเจ็บป่วยร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Katta and Kochar, 2000; Lacasse, 2002; Riyami et al., 2000 ; Silverberg and Iaina, 2002: 229-36; Yang et al., 2000) ส่งผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ความสามารถในการประเมินและการรับรู้ระดับสุขภาพของตนเองลดลง ส่วน Briones และคณะ (1996) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีคะแนนรวมของความผาสุกต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะสุขภาพจิต ในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมักจะประสบกับปัญหาด้านสุขภาพจิตในเรื่องของ ความซึมเศร้า (Flemons and Tsai, 1997: s570-766) และอาการทางจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ อาการเพ้อคลั่ง (delirium) (Munoz et al., 1998) หงุดหงิดง่าย โมโหฉุนเฉียว (Yantis, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของมิลแมนและคณะ (Millman et al., 1989) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ 55 คน พบว่า 45% มีภาวะซึมเศร้า ส่วนเรย์โนลด์และคณะ (Raynolds et al., 1984) พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาการหยุดหายใจขณะหลับมีประวัติของโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง ส่วนการศึกษาของ จักรกฤษณ์ สุขยั้งและธนา นิลชัยโกวิทย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่ การนอนไม่หลับ การอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับนั้น มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเนื่องจากจากปฏิกิริยาทางจิตใจและการปรับตัวต่อความเครียดของบุคคล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการทำงานของผู้ป่วย ส่วน Akashiba และคณะ (2002) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์จะมีการรับรู้ในเรื่องของความมีชีวิตชีวา การรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพทั่วไปที่ต่ำ

สมมติฐานการวิจัย

จากแนวเหตุผลและสมมติฐานดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

1. อายุ คุณภาพการนอนหลับ และภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
2. ดัชนีความหนาของร่างกาย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และสภาวะความเจ็บป่วยร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกนอนกรน โรงพยาบาลรามาริบัติและหน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและวัณโรค โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 คน

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2546 – เมษายน 2547

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่
 - 1.1 อายุ
 - 1.2 ดัชนีความหนาของร่างกาย
2. ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่
 - 2.1 ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
 - 2.2 คุณภาพการนอนหลับ
 - 2.3 สภาวะความเจ็บป่วยร่วม
 - 2.4 ภาวะสุขภาพจิต
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ ขณะหลับเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเอง ต่อสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดของ Zhan (1992) ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติคือ ความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำหน้าที่ และ สังคมและเศรษฐกิจ

ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับถึงสิ่งที่คุณภาพชีวิตอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้ และความสำเร็จที่ได้รับในเรื่องทั่วไป เป็นความรู้สึกปราศจากความทุกข์ หรือความไม่สบายใจ และทำให้ชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความหมาย เกี่ยวกับการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมความปลอดภัยในบ้าน และสภาพครอบครัว

อัตมโนทัศน์ (self concept) เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีต่อตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งเป็นเรื่องของความผาสุกด้านจิตใจ รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองในฐานะที่ตนเองเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนรอบครัวและสังคม

สภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (health and functioning) เป็นการรับรู้ความสามารถของร่างกายของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง

สังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในสังคม รวมทั้งการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับถึงความเพียงพอและความพอใจของแหล่งรายได้

ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ วัดโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบประเมินคุณภาพชีวิต ที่ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ภาพชีวิตที่ฟลิมนอนและไรเมอร์ (Flemons and Reimer, 1998) ได้สร้างขึ้นในปี 1997 ซึ่งผู้วิจัยนำมาดัดแปลงตามกรอบแนวคิดของ Zhan (1992) เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างทุกประการ จนถึงไม่มีเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเลย

2. อายุ หมายถึง ตัวเลขที่บอกเวลา ตั้งแต่ปีเกิดจนถึงปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยนับเป็นจำนวนเต็มปี

3. ดัชนีความหนาของร่างกาย หมายถึง ค่าที่ใช้ในการบ่งบอกถึงน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น ใช้ในการตัดสินว่าเป็นโรคอ้วนหรือไม่ คำนวณโดยการชั่งน้ำหนักของร่างกายเป็นกิโลกรัมและหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง มีหน่วยเป็นกิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยแบ่งเป็น น้อยกว่า 18.5 = ผอม 18.5-24.9 = น้ำหนักปกติ มากกว่า 24.9 = ไขมัน (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

4. ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ หมายถึง ระดับของสภาวะที่ไม่มีลมหายใจผ่านจมูกและปากเป็นเวลานานกว่า 10 วินาที และเป็นมากกว่า 5 ครั้งต่อหนึ่งชั่วโมงของการนอนหลับ ซึ่งตรวจโดยวิธีโพลีซอมโนกราฟฟี และใช้ค่าดัชนีวัดระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (apnea hypopnea index : AHI) เป็นเกณฑ์ในการตัดสินระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยแบ่งระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ดังนี้ คะแนน 5-20 คือมีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเพียงเล็กน้อย (mild sleep apnea) คะแนน 20-50 มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับระดับปานกลาง (moderate sleep apnea) และคะแนนมากกว่า 50 คือมีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับระดับรุนแรง (severe sleep apnea) (Parker, 2002)

5. คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอจากการนอน และการรับรู้ถึงระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการนอนหลับที่ไม่ต่อเนื่องในเวลากลางคืน รวมทั้งสภาวะที่ร่างกายอ่อนเพลียจากการขาดออกซิเจนในเวลากลางคืน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้หลับพักผ่อนอย่างเพียงพอจากการนอน (จักรกฤษณ์ สุขขัย และคณะ, 2540; ชัยรัตน์ นิรันดร์รัตน์, 2543) วัดโดยใช้แบบวัด the Epworth Sleepiness Scale (ESS) โดยพิจารณาคุณภาพการนอนหลับจากคะแนนรวม คะแนนที่น้อยหมายถึงมีคุณภาพของการนอนหลับที่ดี คะแนนที่มากหมายถึงมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (John, 1993)

6. สภาวะความเจ็บป่วยร่วม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเป็นอยู่ในขณะนั้น ได้แก่โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคของระบบหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ ซึ่งการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่งผลให้โรคเหล่านี้มีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วย โดยแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้แบ่งออกเป็นกลุ่มที่มีและไม่มีสภาวะความเจ็บป่วยร่วม

7. ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง การรับรู้ของความรู้สึกเกี่ยวกับสภาวะของตนเองของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับเกี่ยวกับสภาพทางร่างกาย ภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าและแยกตัว วัดโดยใช้แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต General Health Questionnaire (ฉบับภาษาไทย) ข้อคำถามจะครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (unhappiness) ความวิตกกังวล (anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (social impairment) และ โรคอุปาทาน (hypochondriasis) ซึ่งผู้ที่มีคะแนนรวมมากกว่า 6 ขึ้นไปถือว่ามีปัญหาด้านจิตสังคม (ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2539)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพในการให้บริการ โดยตระหนักถึงปัญหาเกี่ยวกับการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ เพื่อประโยชน์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. การอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
 - 1.1 ความหมายของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
 - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
 - 1.3 ผลกระทบของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
 - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
 - 2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

1. การอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

1.1 ความหมายของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

การอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea : OSA) เป็นความผิดปกติของการหายใจที่เกิดขึ้นขณะหลับ เป็นสภาวะที่ไม่มีลมหายใจผ่านจมูกและปากเป็นเวลา มากกว่า 10 วินาที และเป็นมากกว่า 5 ครั้งต่อหนึ่งชั่วโมง (Nouredine, 1996) ซึ่งมีลักษณะคือมีการหยุดหายใจ (apnea) หรือมีการหายใจช้าลง (hypopnea) แต่ยังคงมีการเคลื่อนไหวของผนัง ทรวงอกและผนังหน้าท้อง (respiratory effort) ซึ่งการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีสาเหตุ มาจากการยุบตัวของทางเดินหายใจส่วนบน และมีการคลายตัวของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการถ่างขยายของช่องคอ ในขณะที่ร่างกายมีการหยุดหายใจนั้น ร่างกายจะพยายามเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อ ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับ

ชีวิต โดยทำให้การหยุดหายใจนั้นสิ้นสุดลง โดยการเปลี่ยนแปลงจากหลับลึกเป็นสะดุ้งตื่น (arousal) ในทันทีทันใด เพื่อให้การหยุดหายใจสิ้นสุดลง และผู้ป่วยจะกลับมาหายใจได้อีกครั้ง เมื่อเกิดการตื่นตัวขึ้น ไม่ทุกครั้งผู้ป่วยจะตื่นขึ้นมา แต่อาจเพียงแค่ทำให้ผู้ป่วยหลับตื้นขึ้นกว่าเดิม จึงเป็นการอธิบายว่าผู้ป่วยจำเหตุการณ์หยุดหายใจขณะหลับไม่ได้ อย่างมากอาจจะอธิบายว่าตื่นขึ้นมาเพราะหายใจไม่ออก (Chocking) ในคืนหนึ่งๆมีการหยุดหายใจเป็นร้อยครั้ง แต่ผู้ป่วยเองจะรู้สึกตื่นขึ้นมาเพียง 3-4 ครั้งเท่านั้น หรือไม่ตื่นเลย บ่อยครั้งที่ ผู้ป่วยรู้สึกตัวไปในรูปแบบอื่น เช่น ฝันร้าย หรือ รู้สึกคล้ายกับว่าจะปวดปัสสาวะ ซึ่งเป็นผลมาจากการตื่นตัว (arousal) นั้นเอง

1.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

เพศ พบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมากกว่าเพศหญิง ด้วยอัตราส่วน 4 : 2 (Yantis , 1999; Flemons, 2002) แต่เมื่อถึงวัยหมดประจำเดือนพบว่าเพศหญิงมีโอกาสเป็นมากขึ้น อาจเป็นไปได้ว่าฮอร์โมนเพศชายหรือเทสโทสเตอโรนนั้นน่าจะมีอิทธิพลทำให้เกิดโรคได้ในระดับหนึ่ง โดยส่งผลที่โครงสร้างบริเวณศีรษะและลำคอของเพศชาย ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณคอบนากกว่าผู้หญิง ทำให้เกิดการกรน และการหยุดหายใจขณะหลับมากขึ้นด้วย

อายุ การอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เกิดขึ้นได้กับทุกกลุ่มอายุ แต่ยังไม่เห็นเหตุผลที่เด่นชัดว่าเพราะเหตุใดจึงเกิดในวัยกลางคนค่อนข้างมาก เมื่ออายุมากขึ้น จะพบผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเพิ่มมากขึ้น โดยในช่วงอายุ 40 ปี พบผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ร้อยละ 1.5 แต่เมื่ออายุมากขึ้น คือช่วงอายุ 70 ปีมีผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมากขึ้นถึงร้อยละ 12

ความอ้วน พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะมีค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (body mass index : BMI) มากกว่า 28 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมีน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐาน อีกทั้งผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีแนวโน้มที่จะมีคอที่ใหญ่โต ดังนั้นผู้ป่วยที่อ้วนจึงมีโอกาสเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมากกว่าคนปกติถึง 3.3 เท่า (Grunstein, Ho, and Sullivan, 1991) เนื่องจากไขมันที่กระจายพอกพูนอยู่รอบๆทางเดินหายใจช่วงบน ทำให้เวลาผู้ป่วยนอนหลับ เกิดน้ำหนักกดทับให้คอบีบแคบลงได้ (Strohl et al., 1993) อีกทั้งบริเวณหน้าท้องที่มีไขมันอยู่มาก ทำให้กระบังลมทำงานได้ไม่เต็มที่ ความจุของปอดลดลง ทำให้เป็นปัจจัยเสริมให้มีการหยุดหายใจได้ง่าย แสดงว่าผู้ป่วยมีการเพิ่มของไขมันใกล้กับบริเวณคอบีบ โดยเฉพาะบริเวณข้างหลังข้างทางเดินหายใจระดับเพดานอ่อน ดังนั้นจึงทำให้เกิดการบีบคั้นทางด้านข้างของทางเดินหายใจส่วนบน ส่งผลให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ลักษณะทางเดินหายใจช่วงบน พบว่าผู้ที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มักมีความผิดปกติของทางเดินหายใจช่วงบนดังนี้

- จมูก ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มักมีโพรงจมูกแคบ จมูกอักเสบ ภูมิแพ้ ผื่นงันจมูกคัด ซึ่งล้วนส่งผลให้ลมหายใจผ่านเข้าออกจมูกลำบาก
- เนื้อเยื่อบริเวณผนังคอหอยหนากว่าปกติ ได้แก่ บริเวณด้านหลังและด้านข้างคอหอยบวม
- เพดานอ่อนห้อยและลิ้นไก่ย้อยต่ำ ส่งผลให้คอหอยเกิดการยุบตัวได้ง่ายในเวลานอน ส่งผลให้เกิดการนอนกรนและทางเดินหายใจถูกอุดกั้นได้ง่าย
- ลิ้นใหญ่ อาจเป็นเฉพาะที่โคนลิ้นหรือเป็นทั้งลิ้นก็ได้ โดยลิ้นจะใหญ่จนบังลิ้นไก่ ส่งผลให้เกิดการตีบแคบของช่องคอ ส่งผลให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ง่าย

การถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในครอบครัวที่ไม่อ้วนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีรายงานเกี่ยวกับการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับว่าเป็นในกลุ่มของครอบครัว เนื่องจากความผิดปกติของโครงสร้างของใบหน้า เช่นคางเล็ก คางเลื่อนไปข้างหน้า ลักษณะของคอบยาว หน้าแบน ทำให้ทางเดินหายใจช่วงบนแคบลง เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ง่าย รวมทั้งโรคทางพันธุกรรมบางอย่าง เช่นกลุ่มอาการดาวน์ เป็นต้น

การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ทำให้คอหอยอักเสบจากการระคายเคือง มีการหนาบวมของเนื้อเยื่อ ทำให้ทางเดินหายใจแคบลง เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ง่าย (Bloom, Kaltenborn, and Quan, 1988) ส่วนการดื่มสุราทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเนื่องจากสุรามีฤทธิ์กดการหายใจ เมื่อดื่มในปริมาณมากพบว่าทำให้การอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับรุนแรงขึ้น (Issa and Sullivan, 1982)

ยา ยาบางชนิดที่กดการหายใจ ยาที่มีฤทธิ์ระงับประสาท ยาแอนตี้ฮิสตามีนชนิดที่ทำให้ง่วง (Strohl, Cherniak and Gothe, 1995) ยาลดความดันโลหิตสูงบางชนิด (Fletcher, 1995) ซึ่งการใช้ยาเหล่านี้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ล้วนทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้

1.3 ผลกระทบของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ความดันโลหิตสูง ในคนปกติความดันโลหิตปกติจะลดลงประมาณ 5-14% ขณะหลับในช่วงที่ไม่มีกรรอกของลูกตา (non-REM) เมื่อเปรียบเทียบกับการตื่นในระยะพัก ความดันโลหิตจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอเมื่อพิจารณาในช่วงที่มีการกรรอกลูกตา (REM sleep) และโดยเฉลี่ยจะสูงกว่าในช่วงที่ไม่มีกรรอกลูกตา ประมาณ 5% ในผู้ป่วยที่มีการหายใจผิดปกติระหว่างการนอนจะมี

การเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตเป็นช่วงสั้นๆ ในแต่ละรอบซึ่งร่วมกับมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ส่วนต้น การเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงความดันในช่องอก เมื่อเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นถึง 20% ระหว่างการหยุดหายใจและจะเพิ่มสูงสุดเมื่อสิ้นสุดการหยุดหายใจ (Lavie et al., 1993) กลไกของรูปแบบวงจรของความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คาดว่าจะมีต้นกำเนิดมาจากหลายสาเหตุ เช่น การขาดออกซิเจนในเลือด การมีภาวะกรดในเลือดสูง การเพิ่มความพยายามในการหายใจ อีกทั้งระบบประสาทอัตโนมัติซิมป์พาเทติกทำงานมากขึ้น ร่างกายเกิดภาวะเครียด (Fletcher, 1995) และมีการหลั่งของ catecholamine เพิ่มขึ้นระหว่างที่มีการหยุดหายใจ ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้แสดงถึงการเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Kosenvuo et al., 1987; Hung et al., 1990) โดยความเสี่ยงที่สูงขึ้นนี้เพิ่มจากความเสี่ยงเดิมที่ผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนอยู่แล้ว ซึ่งสาเหตุน่าจะมาจากการหยุดหายใจขณะหลับ กระตุ้นให้ประสาทซิมป์พาเทติกทำงานมากขึ้น ส่งผลให้การเต้นของหัวใจผิดปกติ โดยในขณะที่ผู้ป่วยหยุดหายใจจังหวะการเต้นของหัวใจจะมีค่าประมาณ 30 ถึง 50 ครั้งต่อนาที เมื่อผู้ป่วยกลับมาหายใจใหม่ หัวใจจะกลับเต้นเร็วขึ้น ประมาณ 90 ถึง 120 ครั้งต่อนาที เมื่อหัวใจเต้นเร็วและช้าสลับกันไปมาตลอดทั้งคืน นำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดได้ทั้งในหัวใจซีกขวาและซีกซ้าย จนถึงหัวใจหยุดเต้น อันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Fletcher et al., 1985; Ozaki et al., 1986)

ความดันที่ปอดสูง / ภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลว (pulmonary hypertension / right heart failure) แรงดันของหลอดเลือดแดงที่ปอดจะสูงขึ้นถึง 100% ในระหว่างการนอนหลับในช่วงที่มีการกรอกลูกตา (REM sleep) ในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ วงจรการเปลี่ยนแปลงของแรงดันของหลอดเลือดแดงที่ปอดจะขนานไปกับการเปลี่ยนแปลงแรงดันของหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลเนื่องมาจากผลของการอุดกั้นการหายใจเข้าที่ปอดและที่หัวใจ และมีการตีบแคบของหลอดเลือดที่ปอดทำให้เกิดการขาดออกซิเจน การตอบสนองของแรงดันที่ปอดต่อภาวะการขาดออกซิเจนจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (มากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท) เมื่อมีคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดมากเกินไป แต่ไม่เกิดขึ้นในผู้ป่วยปกติ (Laks et al., 1997) มีรายงานว่าความดันโลหิตที่ปอดในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะเพิ่มขึ้นประมาณ 10-20% แต่อาจจะสูงถึง 55% ในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในระดับปานกลางถึงรุนแรง การแสดงออกของความดันที่ปอดสูงและความสัมพันธ์กับภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีการหายใจผิดปกติในขณะหลับเป็นลักษณะที่สัมพันธ์กัน เป็นเครื่องบ่งชี้ของความรุนแรงของโรค ซึ่ง

แรง การแสดงออกของความดันที่ปอดสูงและความสัมพันธ์กับภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีการหายใจผิดปกติในขณะหลับเป็นลักษณะที่สม่าเสมอ เป็นเครื่องบ่งชี้ของความรุนแรงของโรค ซึ่งต้องการความร่วมมือในการวินิจฉัยและการรักษา จึงมีความสำคัญที่จะใส่ใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยความผิดปกติของการหายใจขณะหลับในผู้ป่วยโรคความดันที่ปอดสูงที่ไม่สามารถอธิบายได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคยังไม่มีความชัดเจนถึงสิ่งที่ขาดหายไปของลักษณะอื่นๆของการหายใจผิดปกติในขณะหลับ

ระบบต่อมไร้ท่อ ความต้องการทางเพศลดลงและกามตายด้านเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีการหายใจผิดปกติขณะหลับ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับระดับที่รุนแรง 502 คน พบว่า 44% มีความสนใจทั้งในเรื่องทางเพศและการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลง ซึ่งความผิดปกติทางเพศนี้อาจมีความสัมพันธ์บางส่วนกับเรื่องความง่วงนอนในเวลากลางวันหรือความซึมเศร้า ที่มีความสัมพันธ์กับการหายใจที่ผิดปกติขณะหลับ ซึ่งการหายใจที่ผิดปกติขณะหลับทำให้ต่อมฮัยโปธาลามิก พิทูอิทารี (hypothalamic pituitary) ทำงานผิดปกติ ซึ่งจะสามารถกลับเป็นปกติได้เมื่อได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การกลับเป็นปกติของการทำงานที่ผิดปกติของระบบประสาทและฮอร์โมน อาจส่งผลให้เกิดความต้องการทางเพศลดลงและกามตายด้านในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และเมื่อผู้หญิงเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน อุบัติการณ์ของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะเพิ่มขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของการผลิตฮอร์โมนอาจจะมีบทบาทในสภาวะดังกล่าว

ผลกระทบด้านจิตประสาท จากการศึกษาของ Bonnet (1985) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จะมีความผิดปกติทางจิตประสาท กล่าวคือ มีสมาธิลดลง การทำงานต่อประสิทธิภาพ ความจำเสื่อม การรับรู้ลดลง ความเฉื่อยชาลดลง (Kales et al., 1985) เกิดโรคซึมเศร้า โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีโรคซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 40-45 (Millman et al., 1989) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีระดับคะแนนของความซึมเศร้าในระดับสูง (Beautler et al., 1981) ซึ่งปรากฏได้ในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับระดับรุนแรง (Kales et al., 1985) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ปัญหาทางจิตประสาทในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ อาจเป็นผลมาจากความง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน และคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ส่วนการศึกษาของ Munoz และคณะ (1998) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีอาการของความซึมเศร้า รวมทั้งมีความพร่องของความรู้ความจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang, Clerk และ Shin (1998) และ Baldwin และคณะ (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาการอุดกั้นทางเดิน

หายใจขณะหลับจะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะมีอาการแสดงของความซึมเศร้า บางครั้งมีอาการหงุดหงิด โมโหฉุนเฉียวง่าย ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้

อัตราการตาย มีข้อมูลย้อนหลังที่จำกัดเกี่ยวกับการตายที่สัมพันธ์กับการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ แต่การศึกษาส่วนใหญ่มักจะรายงานเกี่ยวกับการลดลงของการมีอายุที่ยืนยาว Guilleminault และคณะ (1984) ได้รายงานเกี่ยวกับการลดลงของความยืนยาวของอายุในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่ไม่ได้รับการรักษา เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีเจาะคอ และใช้ CPAP พบว่ามีการลดลงของการมีอายุยืนยาวในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา และความแตกต่างดังกล่าวนี้เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการเพิ่มของการตายในผู้ป่วยที่มีการหายใจที่ผิดปกติขณะหลับคือโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด

ความง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน (Excessive Daytime Somnolence : EDS) การอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุของอาการต่างๆ ในเวลากลางวันอย่างมาก ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากผลของการที่ถูกขัดขวางการนอนอย่างเรื้อรัง ซึ่งอาการแสดงที่พบได้บ่อยคือความง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยมีอุบัติการณ์ถึง 5% การหยุดหายใจในขณะหลับ จะทำให้ร่างกายขาดออกซิเจนเป็นระยะ ๆ จากการวัดด้วยเครื่องวัดระดับออกซิเจน (Oximeter) พบว่าระดับออกซิเจนในกระแสโลหิตมีค่าประมาณร้อยละ 80 ถึง ร้อยละ 90 ถ้าระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับระดับออกซิเจนในกระแสโลหิตอาจลดต่ำลงเหลือร้อยละ 60 เมื่อระดับออกซิเจนลดต่ำลง ศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการหายใจอีกครั้ง โดยร่างกายจะปลุกให้ผู้ป่วยตื่นตัว (arousal) ทำให้เกิดการนอนหลับที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการนอนหลับที่ไม่ต่อเนื่องนี้ นำไปสู่การง่วงนอนมากผิดปกติในตอนกลางวันได้ (Bonnet, 1986; Levine et al., 1987) มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยที่มีความง่วงนอนในระดับรุนแรงรายงานว่า ความง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน ทำให้เกิดความพร่องของประสิทธิภาพในการทำงาน ทำให้พวกเขาต้องสูญเสียหน้าที่การงาน ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าผู้ที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จะมีอัตราของอุบัติเหตุทางรถยนต์เพิ่มขึ้นมากกว่าคนปกติถึง 7 เท่า (Guilleminault and Carskadom, 1983)

จากที่กล่าวมา จะพบว่า การอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากมาย ทั้งการเพิ่มความรุนแรงของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเส้นเลือดในสมองแตก รวมทั้งโรคของระบบต่อมไร้ท่ออื่นๆ ซึ่งถ้าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะช่วยทำให้การเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพลดลง มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข นั่นหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่เป็นนามธรรมที่มีความหมายกว้างและมีโครงสร้างที่สลับซับซ้อน (Baker, 1995 cited in นียา สออารีย์ และคณะ 2545) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล ณ เวลา สถานที่ วัฒนธรรม ประสบการณ์ ซึ่งมักจะตั้งอยู่บนรากฐานของความเชื่อหรือแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของแต่ละคน ประกอบด้วย กาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพปกติ หรือมีการเจ็บป่วย (สมพันธ์ ธิญชีระนันท์, 2539) โดยทั่วไปมนุษย์ทุกคนย่อมต้องการการมีชีวิตที่ดีพร้อมในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในสังคม เช่น การมีสุขภาพดี การมีอิสระในด้านความคิด การกระทำ มีเป้าหมายของชีวิต ในปัจจุบัน พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนัก และให้ความสนใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเชื่อว่า คุณค่าของการพยาบาลมิใช่อยู่ที่การช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่อยู่ที่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพหรือมีความพึงพอใจในชีวิตด้วย แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจึงเป็นแนวคิดที่ได้รับการความสนใจอย่างกว้างขวาง เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรจะทำให้การพัฒนาในด้านต่างๆ สามารถกระทำได้ดีและประสบผลสำเร็จอย่างรวดเร็ว แต่เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีพื้นฐานทางนามธรรม เป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อน แตกต่างกันไปตามกาลเวลา สถานที่ วัฒนธรรม จริยธรรม ศาสนา ความเชื่อ ตลอดจนการรับรู้และการให้ความสำคัญของคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล (Ferrans, 1990) ดังนั้น จึงเป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความของคำว่าคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนและแน่นอน อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้หลายลักษณะ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงหรือสอดคล้องกัน แต่จะแตกต่างกันในรายละเอียดตามทรรศนะของแต่ละบุคคล ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพหมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต จึงหมายถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

คณะกรรมการว่าด้วยคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกัน (The Panel on the Quality of American Life อ้างถึงใน พิเชษฐ อดมรัตน์, 2535) ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกสุขสบาย พลวัตของความพึงพอใจ ซึ่งประกอบด้วย 2 ระดับ ดังนี้

ระดับที่หนึ่ง : มีอิสรภาพจากความหวาดหวั่น ความยากจน ความเจ็บป่วย ความไม่รู้หนังสือ และความหวาดกลัวต่อผลกระทบของภัยอันตรายต่างๆต่อชีวิต

ระดับที่สอง : มีโอกาสสำหรับความเจริญงอกงามส่วนบุคคล (Personal growth) ความสมปรารถนา และความภาคภูมิใจในตนเองเรื่องต่างๆ ได้แก่

พาดิลลา และแกรนท์ (Padilla & Grant, (1985) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลทั่วไปต่อความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจ เป็นคุณลักษณะที่บุคคลแสดงออกทั้งในทางบวกและทางลบ

เฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส์ (Ferrans & Powers, 1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ถึงความผาสุกของบุคคลซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต และมีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

เฟอร์แรนส์ (Ferrans, 1997) ได้ให้นิยามของคำว่าคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกผาสุกที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับชีวิตที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้น

มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยรวมของบุคคล

ไรเมอร์และฟลีมอนส์ (Reimer & Flemons 1999 cited in Reimer, 2001) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นภาพรวมทั้งหมดของความผาสุกซึ่งเป็นประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับสภาวะหน้าที่ สุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต

ซัน (Zhan, 1992) ได้ให้นิยามความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกผาสุกในชีวิตที่บุคคลรับรู้ความหมายและประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

โอเร็ม (Orem, 1985) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ต่อสถานการณ์และเงื่อนไขที่เป็นอยู่ คือ ความพึงพอใจในชีวิต และความสุขในขณะนั้น ซึ่งทำให้บุคคลบรรลุอุดมคติของตน

กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน พิกุล นันทชัยพันธ์และศิริพร เปลี่ยนผดุง (1999) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความสุข และความผาสุกหรือความเป็นอยู่ที่ดีในทุกด้านรวมถึงการรับรู้ศักยภาพหรือประสิทธิภาพของตนเองเพื่อควบคุมและจัดการสถานการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน

จริยาวัตร คมพัยค์ (2535) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ภาวะสุขภาพ การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า ชีวิตที่มีความหมาย

นียา สออารีย์ อารี นุ้ยบ้านด่านและไข่มพัตร์ มณีวัต (2545) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตตามการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดว่าหมายถึงการไม่เจ็บปวด ไม่ทรมาน ไม่

เจ็บป่วย เป็นโรคที่รักษาได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ มีสุขภาพจิตดี หมอหนึ่งในภาชนะหน้าที่ ทำกิจวัตรประจำวันได้ ได้รับการพึ่งพาที่ดี มีครอบครัวที่สมบูรณ์ มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจหรือมีที่พึ่งทางจิตวิญญาณ

พยนตร์ หาญผดุงกิจและอัญชลี ตริตระการ (2544) ได้สรุปค่านิยมของคุณภาพชีวิตว่าเป็น การรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดี ความพึงพอใจในชีวิต ความเป็นไปได้ตามต้องการ และภาพรวมของประสบการณ์ของชีวิต โดยมี 3 องค์ประกอบได้แก่ การมีสุขภาพดี มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต และมีความสุขตามสภาพของตน

สมพร เทพสิทธิ์า (2535) กล่าวถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีว่าควรมีลักษณะดังนี้คือ มีความรู้ดี มีสุขภาพดี มีความสามารถดี มีความคิดดี มีการกระทำดี และมีจิตใจดี

สุรีย์พร กฤษเจริญและกอบแก้ว สุวรรณ (2543: 266) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็น การรับรู้ของบุคคลต่อระดับความพึงพอใจในสถานภาพปัจจุบัน ซึ่งมีอิทธิพลมาจากการรับรู้ประสบการณ์ในอดีต ปัจจุบันและอนาคต เป็นความรู้สึกที่บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต มีความวิตกกังวลน้อยที่สุดและมีความรู้สึกว่ามีชีวิตอยู่อย่างมีค่าสำหรับตนเองและผู้อื่น

สุวัฒน์ มหัตถ์วันตร์กุล และคณะ (2541) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงระดับของการมีชีวิตที่ดี สุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

สุวัฒน์ ศรีสรจักรและคณะ (2543) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึงการมีชีวิตที่ สุขสบายประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งเชิงวัตถุวิสัย (objective) และจิตวิสัย (subjective) ซึ่งองค์ประกอบเชิงวัตถุวิสัยได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ส่วนองค์ประกอบเชิงจิตวิสัยได้แก่ความรู้สึกต่อค่านิยม ความพึงพอใจในชีวิต

สมพันธ์ หิญชีระนันท์ (2539) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติภารกิจตามบทบาทในสังคมได้อย่างมีความสุข ทั้งบทบาทในครอบครัวหรือบทบาทเมื่อต้องอยู่ในสังคม

ฮันเตอร์ (Hunter, 1992 cited in สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2539) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงการที่บุคคลมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีครบถ้วน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL group, 1994 cited in ศิริชัย ดาริกานนท์, 2541) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี สุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

อำภพร พัววิลและคณะ (2543) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึก รับรู้ มีประสบการณ์ว่าองค์ประกอบที่จำเป็นต่อชีวิตของตนที่มีอยู่และอยู่ในระดับที่ตนเองพึงพอใจ

จากการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตทั้งหมด สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึก พึงพอใจในชีวิตเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หรือความรู้สึก ผาสุก ที่ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเอง ต่อสภาพ ความเป็นอยู่ในปัจจุบัน

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตอาจถูกมองว่าประกอบด้วยโครงสร้างที่มีมิติเดียว หรือโครงสร้างหลายมิติ กลุ่มที่เห็นว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติหรือหลายด้าน ได้แก่จอร์จและเบียร์อน (George & Bearon, 1980 cited in Ferrans & Powers, 1992) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญของ คุณภาพชีวิตว่ามี 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สุขภาพและการทำ หน้าที่ของร่างกาย และสภาวะสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับแนวคิดฟลานาแกน (Flanagan, 1987: 138-139) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของ บุคคล ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบคือ

1. ความสุขสบายด้านร่างกายและวัตถุ กล่าวคือ ความสุขด้านร่างกาย ได้แก่ การที่บุคคลมี สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีการเจ็บป่วย ส่วนความสุขสบายด้านวัตถุ ได้แก่ การมีบ้านที่น่าอยู่อาศัย มีอาหารดี ตลอดจนมีเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ต้องใช้ในการดำรงชีวิตที่ดี
2. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นดี อาทิ การมีสัมพันธภาพกับคู่สมรส บิดามารดา พี่น้อง ญาติ เพื่อน และบุคคลอื่นๆ รวมทั้งการมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ก็ถือว่าเป็นการมีสัมพันธภาพของ บุคคล
3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน หมายถึง การที่บุคคลมีการทำกิจกรรม เพื่อสนับสนุน หรือช่วยเหลือบุคคลอื่นในเรื่องต่างๆ
4. พัฒนาทางบุคลิกภาพและความสำเร็จตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางด้านสติ ปัญญา การเรียนรู้ การเข้าใจในตนเอง รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง ความสำเร็จในการทำงาน ได้รับผลต่อ แทนที่ดี
5. การมีงานอดิเรกหรือมีสันทนาการ เช่น การอ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ ฟังดนตรี เล่นหรือดู กีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ

เฟอร์แรนส์ (Ferrans, 1990) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้านดังนี้

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (health and functioning domain) ได้แก่ สภาวะสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพของบุคคล ภาวะพึ่งพิงด้านร่างกาย การตอบสนองของร่างกาย อาการหรือภาวะไม่สุขสบายต่างๆ การปฏิบัติกิจกรรม เพศสัมพันธ์ และการทำงานอดิเรก
2. ด้านสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic domain) ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ รายได้ ที่อยู่อาศัย อาชีพ การศึกษา เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์
3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological / spiritual domain) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิต ความรู้สึกต่อตนเอง เป้าหมายในชีวิต ความเชื่อทางศาสนา และความรู้สึกสงบสุข
4. ด้านครอบครัว (family domain) ได้แก่ ความสุขในครอบครัว คู่สมรส บุตร และภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว

เฟอร์เรล (Ferrell, 1996) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 ด้านคือ

1. ด้านความผาสุกของร่างกาย (physical well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุม หรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย
2. ด้านความผาสุกทางจิตใจ (psychological well-being) เป็นการหาวิธีที่จะเผชิญความเจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ในเรื่องของการเผชิญความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ และการให้ทางเลือกของชีวิต
3. ด้านความผาสุกทางสังคม (social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และบทบาททางสังคม
4. ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ได้แก่ ความหวัง ความเชื่อของบุคคลทั้งในด้านศาสนา หรือสิ่งอื่นที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณของบุคคล

องค์การอนามัยโลกชุดย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF THAI, 1994 อ้างถึงใน สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ, 2541) กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจะประกอบด้วย 4 ด้านคือ

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความสุขสบาย ไม่มี ความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงการพักผ่อน การรับรู้ถึงความอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่นการรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ถึงภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ในด้านการเงินสถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสจะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณมีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในวันว่าง เป็นต้น

ส่วน เบอร์คฮาร์ดท์ (Burckhardt, 1985) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่สามารถประเมินได้ 5 ด้านคือ

1. ความรู้สึกที่รุ่มรวยในการดำรงชีวิต คือ มีความสุข ความพอใจในสิ่งต่างๆที่เป็นกิจวัตรประจำวัน

2. ความตั้งใจและความอดทนในการดำเนินชีวิต คือ การคิดว่าชีวิตของตนเองมีความหมาย และการยอมรับในสิ่งที่ชีวิตของตนเองมีอยู่หรือประสบอยู่

3. ความสมดุลระหว่างความปรารถนากับการได้รับความสำเร็จตามเป้าหมาย คือ ความรู้สึกว่าได้ประสบความสำเร็จในเป้าหมายสำคัญที่จะกระทำ

4. อัตมโนทัศน์ คือ การมีความรู้สึกนึกคิดด้านบวกต่อตนเองในด้านต่างๆ เช่น การมีคุณค่าในตนเอง การพึ่งพา หรือการมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านบวก

5. การมีอารมณ์ที่เป็นสุข คือ การมีความรู้สึกนึกคิดที่อิมใจ เบิกบาน หรือการมองโลกในแง่ดี
 ส่วนชาน (Zhan, 1992) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตโดยการศึกษารวบรวมแนวคิดจากนักวิชาการหลายๆท่านได้ 4 องค์ประกอบคือ

1. ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)

เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล (Ferran & Power, 1985) โดยความพึงพอใจในชีวิตเป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ภายนอก ซึ่งมีอิทธิพลมา

จากภูมิหลังของบุคคล บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อมและสภาวะการทำหน้าที่ด้านสุขภาพ (Zhan, 1992) ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตนั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้จากอิทธิพลของปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ ความพึงพอใจในชีวิต เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับความสุขสบายของแต่ละคน เป็นการรับรู้และตัดสินใจ โดยการเปรียบเทียบระหว่างสถานการณ์ที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่อยากให้เป็น เป็นความสุขที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี และเกิดความสมดุลระหว่างความต้องการของบุคคลและการได้รับการตอบสนอง ซึ่งผลที่ได้คือความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ (Campbell, 1976 cited in Zhan 1972: 796) ความพึงพอใจจึงเป็นมิติของการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ต้องประสบกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ทำให้ต้องมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดความพึงพอใจและความเป็นปกติสุขในชีวิตประจำวัน ซึ่งมาสโลว์ (Maslow, 1970) ได้อธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ตามทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theory) ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากที่มนุษย์จะมีความพอใจสูงสุด ยกเว้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์เมื่อความต้องการอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ก็จะมีความต้องการอย่างอื่นเข้ามาแทนที่ ซึ่งการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปรากฏ จะขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคลและความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับที่สูงขึ้นไปตามลำดับ ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานที่ช่วยให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น
2. ความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย เป็นการช่วยปกป้องให้ชีวิตรอดพ้นจากอันตราย และเป็นอิสระจากความกลัว ความวิตกกังวล และความยุ่งยากสับสน
3. ความต้องการความรักและความรู้สึกเป็นเจ้าของ เป็นความต้องการทางด้านจิตใจ ซึ่งบุคคลมีความต้องการที่จะได้รับความรักและความเป็นเจ้าของ
4. ความต้องการความมีคุณค่าและการได้รับการยอมรับนับถือ
5. ความต้องการความสำเร็จและความรู้สึกสมบูรณ์ในชีวิต

ความต้องการต่างๆ ที่กล่าวมานี้เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาสิ่งต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ ดังนั้น การประเมินความพึงพอใจของบุคคลจึงสามารถประเมินได้จาก สภาวะการณ์ในขณะนั้นว่า ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในระดับต่างๆอย่างไร เพียงพอหรือไม่ หากบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างดี ย่อมมีความรู้สึกพึงพอใจ ซึ่งนำไปสู่การมีชีวิตที่ดีด้วย ดังนั้น ความพึง

พอใจในชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตที่สำคัญและต้องคำนึงถึง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับต้องมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและความเป็นสุขในชีวิต

2. อัตมโนทัศน์ (Self Concept)

เป็นสิ่งที่บอกถึงความเป็นปกติสุขทางด้านจิตใจ โดยที่อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อ ความรู้สึกซึ่งบุคคลมีต่อตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่ง รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนภาพลักษณ์ของตน และมีอิทธิพลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Zhan, 1992 : 798) อัตมโนทัศน์ เกิดขึ้นจากการรับรู้ ปฏิกริยาตอบโต้จากผู้อื่นเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และจากการชี้แจงทางการประพฤติปฏิบัติจากผู้อื่น (Taft, 1985 cited in พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล, 2540) ซึ่งอัตมโนทัศน์ด้านบวก เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและสิ่งต่างๆ ในชีวิต ซึ่งเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ทั้งหมด การประเมินอัตมโนทัศน์ต้องอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า บุคคลสามารถประเมินตนเองได้ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2531) กล่าวว่า บุคคลจะมีอัตมโนทัศน์หรือความเชื่อว่าเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับการตีความพฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดงต่อเขา

ทาฟต์ (Taft, 1985 cited in พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล, 2540) ได้แบ่งองค์ประกอบของ อัตมโนทัศน์เป็น

ภาพลักษณ์ (body image) หมายถึง ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อร่างกายของตนเอง เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อขนาดของร่างกาย ความแข็งแรง หรือความดึงดูดสนใจต่อผู้อื่น เป็นต้น เป็นผลรวมของทัศนคติที่อยู่ภายใต้จิตสำนึก ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้และประสบการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา

เอกลักษณ์ของบุคคลหรือความเป็นบุคคลในอุดมคติ (identity หรือ self ideal) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการประพฤติปฏิบัติที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งลักษณะเฉพาะของบุคคลที่ต้องการอาจมาจากจินตนาการหรือมาจากความปรารถนา เป้าหมาย หรือค่านิยมต่างๆ ที่บุคคลใฝ่ฝันอยากจะได้หรืออยากเป็นในอุดมคติของตน

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นการตัดสินของบุคคลที่มีต่อความมีคุณค่าของตนเอง โดยอาศัยการวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเองว่าดีหรือไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับตนเองในอุดมคติ หรือเอกลักษณ์ของตน

การแสดงบทบาท (roles performance) หมายถึงการรวมกลุ่มพฤติกรรมที่สังคมคาดหวังให้เป็น ร่วมกับหน้าที่ของบุคคลในสังคมนั้นๆ บุคคลมีแนวโน้มที่จะดำรงบทบาทหลายบทบาทไว้ด้วยกัน ซึ่งบุคคลจะต้องเกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถรับได้ และรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าอยู่ และดำรงบทบาทนั้นให้สอดคล้องกับความเป็นเอกลักษณ์ของตนเองด้วย

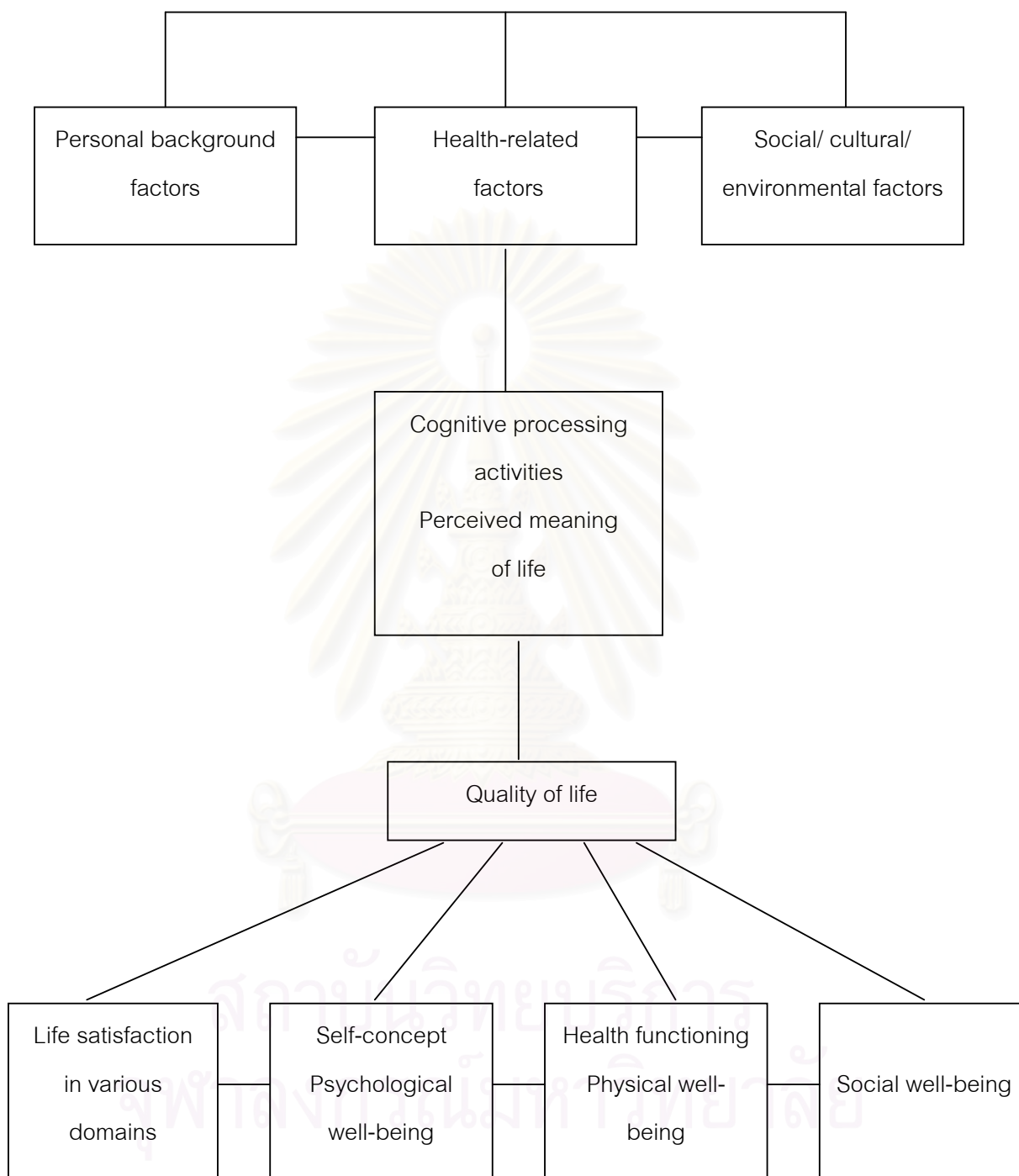
3. สุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and functioning)

สุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นความรู้สึกปกติสุขของร่างกาย ซึ่งการมีสุขภาพดี มีร่างกายที่แข็งแรง สามารถกระทำการต่างๆได้ด้วยตนเองจะนำไปสู่ความสุขในชีวิต อาจกล่าวได้ว่า สุขภาพดี คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง การที่คนเราจะดำเนินชีวิตอยู่อย่างปกติสุขนั้น จะต้องมียังค์ประกอบที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ สุขภาพและการทำงานของร่างกายที่ดี เพราะการมีสุขภาพดี มีร่างกายที่แข็งแรง สามารถกระทำการต่างๆได้ด้วยตนเอง สามารถนำไปสู่วิถีทางที่จะนำมาซึ่งความสุขและความสำเร็จในชีวิต (สุชาติ โสมประยูร อ่างถึงใน ประภาพร จินนทุยา, 2536: 16) อีกทั้งความเจ็บป่วยยังทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอารมณ์ผิดปกติ จึงทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลง ดังนั้น สภาวะทางด้านร่างกายซึ่งสามารถวัดได้จากความสามารถในการประกอบกิจวัตรต่างๆและการไม่มีโรคภัยไข้เจ็บนั้น จึงสามารถใช้เป็นข้อบ่งชี้เชิงวัดถ่วงดุลในการประเมินคุณภาพชีวิตได้ (Karnofsky and Burchenal, 1949 cited in Zhan 1992 : 798)

4. สังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic Factor)

นักสังคมศาสตร์ได้กล่าวถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินคุณภาพชีวิต (Miller, 1970 cited in Zhan, 1992) โดยเป็นการรับรู้ความเพียงพอของรายได้และความพอใจในแหล่งรายได้ ซึ่งสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคมว่า ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ การประกอบอาชีพ การศึกษาและรายได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถนำมาประเมินคุณภาพชีวิตได้ โดยประเมินจากการรับรู้ความเพียงพอของรายได้และความพอใจในแหล่งรายได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Conceptual model of quality of life (Zhan, 1992: 797)

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ พบว่าการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับนอกจากการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย เมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ ซาน (1992) พบว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับประกอบด้วย

ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับถึงสิ่งที่ตนเองครอบครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับในเรื่องทั่วไป ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก ความปลอดภัยและสภาพครอบครัว ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตที่สำคัญและต้องคำนึงถึง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับต้องมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและความเป็นสุขในชีวิต ซึ่ง Gall, Isaac และ Kryger (1993) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีการรับรู้ความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำกว่าคนปกติ

ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีต่อตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง เป็นเรื่องของความผาสุกด้านจิตใจ รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองและภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมักจะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ (King and Wofford, 2000; Kales et al., 1995; Chervin, 2000) เกิดปมด้อย พยายามแยกตัวและขาดความมั่นใจในตนเอง สูญเสียความมั่นคงทางด้านจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (Flemons et al., 1997)

ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้ความผาสุกของร่างกายของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่ง Engleman และคณะ (1999) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนแรง ขาดพลังกำลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จ ส่วน Finn และคณะ (1998) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีอุบัติเหตุในการทำงาน อุบัติเหตุทางยานยนต์ที่มากกว่าคนปกติ D'Ambrosio, Bowman และ Mohsenin (1999) พบว่าการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับออกซิเจนในหลอดเลือดแดง ซึ่งผลกระทบดังกล่าว มีผลทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความใส่ใจในตนเองและการดูแลตัวเองลดลง ส่วนศึกษาของ Lacasse

(2002) Bennett และคณะ (1999) และ Chervin (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะรู้สึกเหนื่อยล้าและขาดพลังมากกว่าคนปกติ ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเรียนลดลง ส่วน Chervin (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมักจะรู้สึกเหนื่อยล้า ขาดพลังกำลังที่จะทำกิจกรรมอย่างที่ตนเองต้องการ รวมทั้งผลต่อภาวะสุขภาพ อีกทั้งความง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน ยังรบกวนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง ซึ่งซาน (1992) กล่าวว่า สภาวะสุขภาพเป็นประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตได้ทั้งเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย ซึ่งการประเมินสภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายนั้นมิใช่เป็นเพียงแต่การประเมินอาการทางคลินิกเท่านั้น แต่ต้องประเมินการรับรู้สภาวะสุขภาพของบุคคล และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพด้วย

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับด้านสังคมทั่วไป ได้แก่ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และรายได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Zhan, 1992) จากการศึกษาของ Ulfberg และคณะ (1996) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความสามารถในการปฏิบัติงานพร่องลง จนเป็นเหตุให้ถูกออกจากงาน ทำให้ต้องสูญเสียรายได้ไป และจากการศึกษาของ Baldwin และคณะ (2001) ประเมินความสัมพันธ์ของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับกับคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแย่งลง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคู่ของผู้ป่วย เนื่องจากการกรนของผู้ป่วยไปรบกวนการนอนของคู่ครอง ทำให้ความสัมพันธ์ของครอบครัวแย่งลงด้วย (McArdle et al., 2001) การประเมินด้านสังคมและเศรษฐกิจประเมินจากการรับรู้ความเพียงพอของรายได้และความพอใจในแหล่งรายได้ และการรับรู้ถึงความปกติสุขในด้านสังคมจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับก่อให้เกิดปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ เช่น ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเป็นผู้ใหญ่วัยกลางคน ซึ่งอยู่ในวัยที่เริ่มมีตำแหน่งหน้าที่การงานสูงขึ้น เป็นช่วงของการประสบความสำเร็จในการประกอบอาชีพ เมื่อต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงาน เป็นสาเหตุให้ออกจากงาน ทำให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจและรายได้ รวมทั้งการเกิดปัญหาในด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Gall, Isaac, and Kryger, 1993)

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวความคิดและวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ต้องการศึกษา รวมถึงผลกระทบจากโรคและการรักษา ได้มีผู้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไว้หลายแนวทาง ดังนี้

มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภทคือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัยเป็นการประเมินโดยบุคคลอื่นว่าบุคคลนั้นดำเนินชีวิตด้วยความพอเพียงที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ และปราศจากการถูกคุกคาม โดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินโดยบุคคลประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยรวม ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจของชีวิตซึ่งน่าเชื่อถือที่สุดเพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยตัวบุคคลนั่นเอง

แฟรงค์ สตอร์มเบอร์ก (Frank-Stromberg, 1984) ได้ให้แนวทางของการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะดังนี้

การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ ซึ่งประเมินจากสภาวะสุขภาพของบุคคล ความสามารถในการทำกิจกรรม หรือกิจวัตรประจำวัน และสภาพความเป็นอยู่โดยทั่วไปของบุคคล โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเอง โดยให้บุคคลประเมินตามการรับรู้ เกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ของตนในขณะนั้น ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความรู้สึกพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยได้รับคำถามถึงความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและสภาวะสุขภาพ เช่น ครอบครัว กิจกรรมในสังคมหรือสภาวะเจ็บป่วย ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่เป็นอยู่ในขณะนั้น

ส่วนคูลเลย์ (Cooley, 1998) ได้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตว่ามี 2 ลักษณะคือ

การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม (global evaluation) เป็นการประเมินถึงความพึงพอใจในชีวิต และลักษณะความเป็นอยู่ในชีวิตของบุคคล

การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ (health-related quality of life) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในหลายมิติ ได้แก่ อาการแสดงของโรค อาการข้างเคียงจากการรักษา สภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย ความผิดปกติด้านจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์ และความพึงพอใจต่อการรักษา

นอกจากนี้ การประเมินคุณภาพชีวิต อาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ซึ่ง มาสท์ (Mast, 1995) ได้รวบรวมแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 3 ลักษณะคือ

การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างมิติเดียว (unidimensional measures) เป็นการให้ความหมายและประเมินคุณภาพชีวิตในมิติเดียว เช่น การประเมินความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยด้านใดด้านหนึ่ง การประเมินปัญหาสุขภาพร่างกายหรืออาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย เป็นต้น

การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ โดยใช้เครื่องมือในการประเมินแบบเดียว (multidimensional measures : single scale) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตในแนวคิดหลายมิติหลายตัวชี้วัด และหลายลักษณะ โดยในการประเมินใช้เครื่องมือในการประเมินเป็นคะแนนรวม

การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ โดยใช้เครื่องมือในการประเมินหลายชนิด (multiple separate scale) การประเมินคุณภาพชีวิตในแนวคิดนี้ ใช้แนวคิดที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ และสามารถประเมินโดยแยกตามลักษณะหรือองค์ประกอบในการประเมินแต่ละด้าน

ซึ่งแบบประเมินคุณภาพชีวิตมักจะนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตประกอบด้วย

แบบวัดคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1983) ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 16 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 7 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยความผาสุกด้านจิตใจ เช่น คุณภาพชีวิตโดยทั่วไป ความพึงพอใจ อารมณ์ขัน ความรู้สึกที่ตัวเองมีประโยชน์และการนอนหลับ ความผาสุกด้านร่างกาย เช่น ความแข็งแรง ความอยากรับประทานอาหาร การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ ด้านเกี่ยวกับสังคม ด้านเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองและด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียนหรือความเจ็บปวด เป็นต้น

แบบวัดคุณภาพชีวิตของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส (Ferrans and Powers Quality of Life Index) ซึ่งใช้ประเมินได้ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย ซึ่งแบบประเมินมี 2 ตอน ตอนแรกเป็นการประเมินความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป ตอนที่ 2 ประเมินมิติที่สำคัญต่อบุคคล ประกอบด้วย

4 มิติ คือ การทำหน้าที่และสภาวะสุขภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม จิตวิญญาณ และครอบครัว

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยข้อคำถาม 227 ข้อ และถูกปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 100 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล ข้อคำถามเป็นแบบการรับรู้เชิงรูปธรรม ประกอบด้วยข้อคำถามในแง่ของความเข้ม (intensity) ความจุ (capacity) ความถี่ (frequency) ของพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่เป็นประสบการณ์ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต และคำถามเพื่อให้รายงานตามการรับรู้ของตนในเชิงประเมินสภาพปัญหาที่ตนเผชิญอยู่ ว่าประสบการณ์นั้นมีผลอย่างไรต่อคุณภาพชีวิต

แบบวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile: SIP) เป็นแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ร่วมกับการติดตามการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับกิจกรรมต่างๆ โดยวัดผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

Short Form Health Survey 36 (SF-36) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปในเรื่องการทำงานที่ด้านร่างกาย สภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมทางอารมณ์ การปฏิบัติตามบทบาทต่างๆ หน้าที่ทางสังคม ความเจ็บปวด และความมีชีวิตชีวา SF-36 ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพในลักษณะการประเมินการรับรู้แห่งตน เกี่ยวกับความสามารถในการทำงานที่และสภาวะสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต คุณลักษณะที่สำคัญสำหรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เป็นองค์ประกอบใน the SF-36 มีทั้งหมด 36 item ซึ่งประเมินคุณลักษณะของคุณภาพชีวิตที่สำคัญ 3 ด้านคือ สภาวะการทำงานที่ (functional status) ความผาสุก (well-being) และสภาวะสุขภาพทั้งหมด (overall health)

The Nottingham Health Profile (NHP) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตในลักษณะของการสะท้อนการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านสังคม และปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยถามเกี่ยวกับความรู้สึกและสภาวะอารมณ์ในขณะนั้น ประกอบด้วยคำถาม 38 ข้อ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การเจ็บปวด การนอนหลับ การแยกตัว ปฏิกริยาทางอารมณ์ และระดับการใช้พลังงาน

สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับนั้น ต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆของร่างกายและจิตใจ จึงควรประเมินในหลายมิติ เพื่อให้ครอบคลุมทั้ง

ด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และสังคม เพราะคุณภาพชีวิตไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แต่อยู่บนพื้นฐานของสิ่งต่างๆมากมาย ซึ่งจะทำให้สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องตามสภาพความเป็นจริง เช่นเดียวกับชาน (1992) ที่ได้ให้แนวคิดว่าคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ทั้งในเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย เนื่องจากบุคคลย่อมสามารถบ่งชี้คุณภาพชีวิตของตนเองได้ดีกว่าการประเมินโดยผู้อื่นหรือในเชิงวัตถุวิสัย และในการประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ มีความถูกต้องเหมาะสมกว่าการประเมินเพียงมิติเดียว (Ferrans, 1990) ดังนั้นชาน (1992) จึงได้ให้แนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตเพื่อให้ความถูกต้องมากขึ้น จะต้องครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคม เศรษฐกิจ ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับนั้น ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ฟลีมอนส์ และไรเมอร์ (Flemons and Reimer, 1998) ได้สร้างขึ้นในปี 1997 ชื่อ the Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index (SAQLI) ซึ่งเป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ แบบประเมินคุณภาพชีวิต SAQLI แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการรับรู้ความสามารถด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง 2) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวญาติสนิท เพื่อนสนิท 3) ด้านสภาวะอารมณ์ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเกี่ยวกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาและ 4) ด้านอาการแสดงต่างๆ ซึ่งเป็นอาการแสดงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยผู้วิจัยแปลแบบประเมินคุณภาพชีวิต SAQLI เป็นภาษาไทยและเพิ่มข้อคำถามให้ครอบคลุมกรอบแนวคิดของชานในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เนื่องจากเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตชุดดังกล่าวนั้น กล่าวถึงองค์ประกอบชีวิตที่สามารถเทียบเคียงองค์ประกอบชีวิตของชานที่กล่าวไว้ ในเรื่องของความสามารถของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สภาวะอารมณ์และความสัมพันธ์ทางสังคมยกเว้นองค์ประกอบในด้านความพึงพอใจในชีวิต และด้านเศรษฐกิจและสังคมบางส่วน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาข้อคำถามให้ครอบคลุมองค์ประกอบที่ไม่ได้กล่าวไว้ ดังนั้น เครื่องมือ SAQLI ที่ปรับเพิ่มข้อคำถามจึงสามารถสะท้อนองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านของชานได้

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิต และเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ แม้ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม ซึ่งคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม ซึ่งทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลมากน้อยแตกต่างกัน จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยใช้กรอบแนวคิดของชาน (1992) พบว่าคุณภาพชีวิตแตกต่างกันตามปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ดังนี้

ปัจจัยด้านบุคคล

อายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจในการดูแลตนเองซึ่งจะแตกต่างกันตามระยะพัฒนาการของอายุ ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อยๆเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่และจะค่อยๆลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา เพราะเป็นวัยที่สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตสังคม และอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป (Padilla and Grant, 1985) ซึ่ง Lambert และ Lambert (1970) กล่าวว่า วัยที่สามารถตัดสินใจได้เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพชีวิตที่ดีคือวัยผู้ใหญ่ เพราะเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะมากขึ้น มีความเอาใจใส่ต่อตนเองและให้ความร่วมมือในการรักษาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Briones และคณะ (1996) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และสอดคล้องกับการศึกษาของประกาย สัญญะชนวิทย์และคณะ (2544) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกนอกเวลา โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า อายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปีจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของยุพิน จันทร์คคะและคณะ (2543) พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุ 40-59 ปีมีคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างดี เนื่องจากสตรีวัยหมดประจำเดือนที่อยู่ในวัยกลางคน ซึ่งเป็นวัยที่มีอาชีพการงานเป็นหลักฐานแน่นอน ครอบครัวเป็นปึกแผ่นมั่นคง จึงทำให้สตรีวัยนี้รู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว เป็นบุคคลที่มีคุณค่า ส่งผลให้มีอัตมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง

ดัชนีความหนาของร่างกาย เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอ้วน สำหรับคนปกติจะมีค่ามาตรฐานอยู่ระหว่าง 20-24.9 กิโลกรัม / ตารางเมตร² ถ้าค่าดัชนีความหนาของร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม / ตารางเมตร² ถือว่าเริ่มอ้วนและค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม / ตารางเมตร² ถือว่าเป็นโรคอ้วน ซึ่งผู้ที่เป็โรคอ้วนมักจะมีปัญหาด้านจิตใจและจิตสังคม เกิดปมด้อย หงุดหงิด เครียด วิตกกังวล เนื่องจากผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความอ้วนมักถูกมองว่าขี้เกียจ สกปรก ใจ น่าเกลียด รวมทั้งปัญหาด้านสังคม เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักจะประสบปัญหาในครอบครัว หรือประสบปัญหาในการประกอบอาชีพบางอย่างที่มีขีดจำกัดสำหรับคนอ้วน (แสงโสม สีนะวัฒน์, นิรมล ดามาพงษ์และนันทจิต บุญมงคล, 2541) จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีปัญหาด้านสภาพจิตใจ จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (Kolotkin, Meter and Williams, 2001) จากการศึกษาของไบรโอนเนสและคณะ (Briones et al., 1996) พบว่า คะแนนรวมของความผาสุก มีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีความหนาของร่างกาย ส่วนเป็นเนตและคณะ (Bennett et al., 1999) พบว่าดัชนีความหนาของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะสุขภาพกายโดยรวมในผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ

ระดับความรุนแรงของการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งบ่งชี้สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเอง เมื่อระดับความรุนแรงของโรคสูงขึ้นจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ (Orem, 1991) เป็นการคุกคามต่อชีวิตและความผาสุก ซึ่งในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะเป็นปกติสุขมากกว่าในผู้ที่มีความรุนแรงน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของมัวร์และคณะ (2001) พบว่าเมื่อความรุนแรงของการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะมีการรับรู้ความเจ็บปวดของร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนิรามัย ไข่เทียมวงศ์ (2535) ซึ่งพบว่าระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ลักษณะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการดำเนินของโรคในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยมีการปรับตัว พัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองตามระยะเวลาในการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น เพื่อให้มีชีวิตอยู่รอดและปลอดภัย เมื่อผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง จึงเกิดความผาสุก แม้จะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

คุณภาพการนอนหลับ การนอนหลับเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นต่อร่างกายของคนเราเพราะไม่เพียงแต่จะนำมาซึ่งความสดชื่นกระปรี้กระเปร่าในวันรุ่งขึ้น แต่การนอนหลับโดยตัวของมัน

เองยังมีความจำเป็นต่อการพัฒนาของร่างกายทั้งในเด็กและผู้ใหญ่อีกด้วย เนื่องจากการทำงานของสมองเกิดขึ้นตลอดเวลาในขณะที่เราหลับ การหลั่งของฮอร์โมนและสารต่างๆเกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงในบางช่วงของการนอนหลับเท่านั้น ดังนั้นหากประสิทธิภาพของการนอนหลับหรือมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้นในขณะที่หลับ จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่จากการนอน (non restorative sleep) เมื่อคุณภาพของการนอนลดลง ทำให้เกิดความง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน (Cassel, 1993) นอกจากนี้ เมื่อคุณภาพการนอนหลับลดลงเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้เกิดความเครียด เบื่ออาหาร ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นรวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆลดลง (พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ, 2542; Akashiba et al., 2002; Baldwin et al., 2000) ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ซึ่ง Moore และคณะ (2001) พบว่าระยะเวลาในการนอนทั้งหมด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในเรื่องของบทบาทหน้าที่ทางกายภาพ ความจำกัดในบทบาทหน้าที่อันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ ส่วนการตื่นตัวในขณะที่หลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความเจ็บปวดและการรับรู้สภาวะสุขภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบวัด the Epworth Sleepiness Scale ซึ่งเป็นการวัดการรับรู้คุณภาพการนอนหลับของบุคคล และสามารถประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับได้ดี (Flemons and Tsai, 1997; Yantis, 1999; Krieger, 2000) ส่วนระยะเวลาในการนอนทั้งหมด (total sleep time : TST) เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้การตรวจด้วยวิธีโพลีซอมโนกราฟฟี (polysomnography) พบว่าเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพการนอนที่ไม่ดีนักสำหรับผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Moore et al., 2001) เนื่องจากไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงระยะของการนอน (Guilleminault et al., 1992) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

สภาวะความเจ็บป่วยร่วม โรคประจำตัวนับว่าเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเพราะจะทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อสุขภาพร่างกาย บางรายที่ได้รับการรักษาอาจมีความวิตกกังวลต่อผลการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลาานาน และอาจมีผลกระทบต่อโรคที่เป็นอยู่ และบางครั้งอาจส่งผลถึงฐานะทางเศรษฐกิจด้วย ตรงข้ามกับบุคคลที่มีโรคประจำตัวที่ไม่ต้องวิตกกังวลกับโรคที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร จินันท์ยา (2536) พบว่าโรคประจำตัว เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในชมรมผู้สูงอายุดินแดง สอดคล้องกับการศึกษาของ D'Ambrosio, Bowman and Mohsenin (1999) พบว่า สภาวะความเจ็บป่วยร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Katta and Kochar, 2000; Lacasse, 2002; Riyami et al., 2000 ; Silverberg and Iaina, 2002: 229-36; Yang et al., 2000) ส่งผลต่อการลดลงของบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันอื่นๆ ทำให้ความสามารถในการประเมินและการรับรู้ระดับสุขภาพของตนเองลดลง ส่วน Briones และคณะ (1996) พบว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลต่อคะแนนรวมของความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะสุขภาพจิต เป็นองค์ประกอบด้านบุคลิกภาพ นิสัย ความเชื่อ ทักษะคติ จิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับภาระเลี้ยงดูของครอบครัว สิ่งแวดล้อม และสังคมของบุคคลนั้นๆ (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2542) ซึ่งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาด้านจิตสังคมคือ ภาวะความเจ็บปวด ภาวะเครียดและวิตกกังวล ภาวะสูญเสียและเสียพลังอำนาจ ภาวะที่มีปัญหาทางด้านอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ ภาวะซึมเศร้าและแยกตัว ภาวะหมดหวังและฆ่าตัวตาย (กรรณิการ์ สุวรรณโคต, 2532 อ้างถึงใน พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2542) ซึ่งความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยจะขึ้นอยู่กับภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย ในบางรายที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมอาจไม่ต้องเผชิญกับภาวะจิตสังคมที่ผู้ป่วยโรคเดียวกันเผชิญก็ได้ ขึ้นอยู่กับพื้นฐานความมั่นคงทางจิตใจ ที่ได้ผ่านการอบรมเลี้ยงดูมาตั้งแต่เยาว์วัย ร่วมกับการเรียนรู้และความสามารถในการปรับตัวของแต่ละคน ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้น มักจะกระทบคุณภาพชีวิตหมดทั้งองค์รวมของชีวิต (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2542) กล่าวคือ กระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตด้านร่างกาย กระทบต่อภาวะจิตใจ ความรู้สึกทางอารมณ์ กระทบต่อสังคมของผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนฝูง ซึ่งผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมักมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่พบบ่อยคือ ความซึมเศร้า (Beutler, 1981; Millman, Fogel and McNamara, 1989 ; Kales et al., 1985) ซึ่งจากการศึกษาของ Beutler และคณะ (1981) และ Akashiba และคณะ (2002) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีปัญหาเกี่ยวกับความซึมเศร้า มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ หงุดหงิดง่าย โมโหฉุนเฉียว สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang, Clerk, และ Shin (1998) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะมีอาการแสดงของความซึมเศร้า

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะมีปัญหาเกี่ยวกับความง่วงนอนในเวลากลางวัน ซึ่งส่งผลให้ปัญหาในการทำงาน และการทำหน้าที่ของบุคคล และทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสมาธิ ปัญหาในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ (Ulfberg et al. ; 1996) ปัญหาเกี่ยวกับบทบาทและแบบแผนชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยอย่างมาก

จากการศึกษาของ Gall Isaac และ Kryger (1993) พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับระดับเล็กน้อย มีการรายงานเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางสังคมที่ต่ำลง มีความจำกัดในหน้าที่ที่มากขึ้นเป็นผลเนื่องมาจากเหตุผลทางกายภาพ มีการรับรู้เกี่ยวกับความผาสุกที่ต่ำกว่าคนปกติ รวมทั้งรายงานว่ามีความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากความพร่องของตื่นตัว การนอน การพักผ่อน หย่อนใจ การทำงาน มีการทำหน้าที่ด้านสังคมต่ำลง มีความจำกัดในเรื่องของบทบาทหน้าที่ซึ่งเกิดจากสาเหตุทางกายภาพ และเหตุผลทางด้านอารมณ์ และมีการรับรู้เกี่ยวกับความผาสุกในเรื่องของสุขภาพจิตและพลังงานที่ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักจะรายงานว่ามีการปรับตัวที่แย่กว่าคนปกติในเรื่องของครอบครัว อาชีพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม รวมถึงสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวที่แย่ง

Baldwin และคณะ (2001) ประเมินความสัมพันธ์ของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และการง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวันกับการพร่องของคุณภาพชีวิต โดยใช้ the SF-36 พบว่าในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป หน้าที่ทางกายภาพ หน้าที่ทางสังคม บทบาททางกายภาพ การเจ็บปวดของร่างกาย และสุขภาพจิต ที่ต่ำกว่าคนปกติ และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับระดับรุนแรงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในเรื่องของคุณภาพชีวิตบทบาทหน้าที่ด้านร่างกายที่ไม่ดี มีการรับรู้ความเจ็บปวดของร่างกายมากขึ้น และมีสภาวะสุขภาพจิตที่แย่ง

Yang และคณะ (2000) วิเคราะห์ผลกระทบของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับต่อคุณภาพชีวิต หลังจากควบคุมประชากรด้วย อายุ เพศ BMI และจำนวนของสภาวะของโรคที่เกิดร่วม พบว่าการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับและคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายลดลง ความมีชีวิตชีวาลดลง และบทบาทหน้าที่ที่จำกัดเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับพบว่าผู้ป่วยที่เป็นการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะมีระดับคะแนนของการทำหน้าที่ทางกายภาพและมีความจำกัดในเรื่องของบทบาทหน้าที่อันเนื่องมาจากปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งมีระดับคะแนนของความมีชีวิตชีวาที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

D'Ambrosio, Bowman และ Mohsenin (1999) ได้ทำการศึกษาเพื่อตัดสินผลกระทบของการใช้ nasal CPAP ต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ผู้ป่วยทั้งหมด 29 คน เป็นชาย 23 คนเป็นหญิง 6 คนมีอายุเฉลี่ย 44.4 ± 2.3 ปี, BMI 36.3 ± 2.0 kg/m² การประเมินคุณภาพชีวิตใช้ SF-36 เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับสภาวะการทำหน้าที่ ความผาสุก และสภาวะสุขภาพทั้งหมดอย่างไร จากการศึกษาพบว่า การอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมี

ความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับออกซิเจนในหลอดเลือดแดง และมีการลดลงของคุณภาพชีวิตในเรื่องของบทบาทหน้าที่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความมีชีวิตชีวา สภาวะสุขภาพจิต และการรับรู้สภาวะสุขภาพทั่วไป และยังพบว่าการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความสัมพันธ์กับการรบกวนทางด้านจิตประสาท ซึ่งสามารถรบกวนประสิทธิภาพของผู้ป่วยในการที่จะรับรู้ถึงความพึงพอใจในคุณภาพของสุขภาพ และยังพบว่าผลกระทบของโรคประจำตัวทำให้บทบาทหน้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยส่งผลต่อการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย nasal CPAP 8 สัปดาห์ มีการรายงานถึงระดับความมีชีวิตชีวาที่ดีขึ้น การทำหน้าที่ด้านสังคมดีขึ้น และสภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น

Finn และคณะ (1998) ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในระดับเล็กน้อย ปานกลาง และมาก เปรียบเทียบกับคนปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย 421 คน หญิง 316 คน ที่มีอายุเฉลี่ย 30-60 ปี วัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัด Medical Outcomes Short Form 36 (SF-36) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยโครงสร้างทั้งหมด 8 ด้านคือ 1) ความจำกัดในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย 2) ความจำกัดในการทำกิจกรรมทางสังคม 3) ความจำกัดในการทำหน้าที่อื่นเนื่องมาจากปัญหาทางสุขภาพ 4) ความเจ็บปวดของร่างกาย 5) สุขภาพจิตทั่วไป 6) ความจำกัดในการทำหน้าที่อื่นเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ 7) ความมีชีวิตชีวา (พลังงานและความอ่อนล้า) 8) การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความพร้อมทางจิตประสาททำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีระดับคะแนนของสุขภาพจิต ความมีชีวิตชีวา การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความจำกัดในบทบาทหน้าที่อื่นเนื่องมาจากสุขภาพกาย หน้าที่ทางสังคม และการรับรู้สุขภาพทั่วไปต่ำกว่ากลุ่มคนที่ไม่มีอาการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

Engleman และคณะ (1999) เพื่อทดสอบผลของการใช้ CPAP ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเพียงเล็กน้อยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ randomized placebo-controlled crossover study ในผู้ป่วย 34 คนที่ได้รับการรักษาด้วย CPAP กับผู้ป่วยที่ได้รับ placebo ผลการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมากของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยที่ใช้ CPAP กับผู้ป่วยที่ได้รับ placebo โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย CPAP จะมีคะแนนของคุณภาพชีวิตในเรื่องของบทบาททางร่างกาย ความเจ็บปวดของร่างกาย หน้าที่ทางสังคม และความมีชีวิตชีวาดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับ placebo อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสมรรถนะด้านความจำ (cognitive performance) พบว่าสมรรถนะด้านความจำในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย CPAP ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Brionesและคณะ (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งวัดโดยระดับความง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวันอันเป็นผลเนื่องมาจากการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยประเมินคุณลักษณะของสุขภาพที่สำคัญ 3 อย่าง ได้แก่ สภาวะการทำหน้าที่ (functional status) ความผาสุก (well-being) และ สุขภาพโดยทั่วไป (overall health) ผู้ป่วย 129 คน เป็นชาย 61 คน เป็นหญิง 68 คน อายุ 25-65 ปี ไม่มีโรคประจำตัวทางอายุรกรรมที่รุนแรง หรือมีความเจ็บป่วยทางจิต ผลการศึกษาพบว่าคะแนนของ “พลังงาน / ความเหนื่อยล้า” “ความผาสุก” และ “การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป” มีค่าที่ต่ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และพบว่า คะแนนของ Epworth Sleepiness Scale ซึ่งเป็นการประเมินระดับความง่วงนอนโดยตัวผู้ป่วยเอง มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของสภาวะการทำหน้าที่ ความผาสุก และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป โดยเฉพาะต่อการรับรู้ของตนเองเกี่ยวกับพลังงาน / ความอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Mooreและคณะ (2001) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการนอนหลับ (การนอนหลับที่ไม่ต่อเนื่อง) กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย 31 คน หญิง 8 คน อายุเฉลี่ย 48 ± 9 ปี ได้รับการตรวจด้วย polysomnography เพื่อยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ผลการศึกษาพบว่าพบว่ามีเมื่อความรุนแรงของการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะรู้สึกปวดเมื่อยตามร่างกาย มีอาการปวดศีรษะในตอนเช้า และไม่รู้สึกสดชื่นจากการนอน และพบว่าระยะเวลาในการนอนทั้งหมด ซึ่งเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงคุณภาพของการนอน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในเรื่องของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย โดยพบว่าเมื่อระยะเวลาในการนอนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสดชื่น มีพลังกำลังในการทำงาน สามารถปฏิบัติงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ส่วนจำนวนครั้งของการตื่นตัว (arousal) มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด การรับรู้ความทุกข์ทรมานด้านสุขภาพ โดยพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีการตื่นตัวบ่อยในเวลากลางคืน (arousal) จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการปวดเมื่อยตามร่างกายมากขึ้นแต่ไม่พบว่าการตื่นตัวบ่อยในเวลากลางคืน มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนย่อยอื่นที่บ่งชี้ถึงสภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่แย่ เช่นเดียวกับค่าดัชนีการรบกวนการหายใจขณะหลับ (respiratory disturbance index : RDI) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเจ็บปวดของร่างกาย การทำหน้าที่ด้านความรู้ความจำ การทำหน้าที่ด้านสังคม พลังและความอ่อนล้า และความทุกข์ทรมานด้านสุขภาพ

Bennettและคณะ (1999) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพก่อนการรักษาและระดับความรุนแรงของความผิดปกติของการหายใจขณะหลับ กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย 46 คน หญิง 5 คน ที่รับสมัครจากคลินิกตรวจการนอนหลับออกฟอร์ด (Oxford sleep clinic) ซึ่งถูกส่งตัวมาเพื่อวินิจฉัย

เกี่ยวกับการกรนและการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความจำกัดของบทบาทหน้าที่อื่นเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรปกติ แต่พบว่าคะแนนในด้านมิติของพลังและความมีชีวิตชีวา และมิติของหน้าที่ทางด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกายมีค่าต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างโดยพบว่าเมื่อระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันเพิ่มขึ้นความมีชีวิตชีวาจะลดลง ($r=-0.47$ $p<0.001$)

Akashiba และคณะ (2002) เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ การง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน และอารมณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย 60 คนที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับโดยการตรวจด้วยวิธีโพลีซอมโนกราฟฟี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 32 คนมีความง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน และ 29 คน มีภาวะซึมเศร้า ส่วนค่าดัชนีความหนาของร่างกาย คะแนนความง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวันและคะแนนของความซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะมีการแสดงต่างๆ ได้แก่ อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย อาการปวดศีรษะในตอนเช้า มีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลง ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆ หรือกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีความเจ็บปวดของร่างกายที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการรับรู้สภาวะสุขภาพทั่วไป ความมีชีวิตชีวา การทำหน้าที่ทางสังคมและสุขภาพจิตที่ต่ำลง ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคะแนนของคุณภาพชีวิตที่ต่ำในเรื่องของการรับรู้สภาวะสุขภาพทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความจำกัดของบทบาทหน้าที่อื่นเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ และสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย และปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม ภาวะจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัจจัยด้านบุคคล

1. อายุ
2. ดัชนีความหนาของร่างกาย

ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ

1. ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
2. คุณภาพการนอนหลับ
3. สภาวะความเจ็บป่วยร่วม
4. ภาวะสุขภาพจิต

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

1. ความพึงพอใจในชีวิต
2. อึดทนในทัศน
3. สุขภาพและการทำหน้าที่
4. สังคมและเศรษฐกิจ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เป็นงานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งได้แก่ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย และปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม และภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกว่าเป็นผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มารับการตรวจ ณ หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและวัณโรค ตึกอักษฎางค์ ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช และคลินิกนอนกรน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 120 คนที่มารับการตรวจหน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและวัณโรค ตึกอักษฎางค์ ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช และคลินิกนอนกรน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติโดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยมีขั้นตอนในการเลือกดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของธอร์นไดค์ (Thorndike, 1978) ซึ่งมีสูตรว่า $N \geq 10k+50$ โดย N = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรที่นำมาศึกษาจำนวน 7 ตัวแปร ดังนั้น ประชากรในการศึกษานี้จึงเท่ากับ 120 คน

2. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยดังนี้

- 2.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจการนอนหลับด้วยแบบบันทึกความแตกต่างทางสรีระวิทยาในขณะนอนหลับผ่านทางโพลีซอมโนกราฟฟิค อีควิปเม้นท์ (polysomnographic equipment) เป็นครั้งแรก และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

- 2.2 อายุ 25-59 ปี

- 2.3 สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

2.4 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกผู้ป่วยทุกคนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศิริราชในวันจันทร์ 8.30 น. ถึง 12.00 น. โรงพยาบาลรามธิบดีในวันพุธ เวลา 8.00 น. ถึง 12.00 น. และวันศุกร์ เวลา 14.00 น. ถึง 16.00 น. โดยไม่มีการจำกัดจำนวนในแต่ละวัน จนกว่าจะครบ 120 คน

4. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) (Polite and Hunger, 1999: 284) เลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่พบและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จนครบจำนวน 120 คน โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2546 ถึงเดือนเมษายน 2547 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และในรายที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสายตา กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อย ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง จนได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์เพื่อการวิเคราะห์จริง จำนวน 120 ฉบับ

ผลการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้ (n = 120)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	109	84.20
หญิง	11	15.80
อายุ (ปี)		
25 – 35	13	10.83
36 – 45	25	20.83
46 – 55	56	46.67
56 ปีขึ้นไป	26	21.67

ตารางที่ 1 ต่อ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	22	18.30
คู่	79	65.80
หม้าย หย่า แยก	19	15.90
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย / เดือน		
< 5000	5	4.20
5001-10000	8	6.70
10001-15000	12	10.00
15001-20000	26	21.70
>20000	69	57.50
อาชีพ		
รับราชการ	44	36.60
ค้าขาย	13	10.80
แม่บ้าน	5	4.20
รับจ้างทั่วไป	5	4.20
พนักงานบริษัท	24	20.00
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	12	17.00
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	17	14.20
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	11	9.20
มัธยมศึกษา	23	19.20
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	34	28.30
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	52	43.30

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน โดยส่วนที่หนึ่งเป็นแบบสอบถามตอนที่ 1 ข้อที่ 3 และตอนที่ 4 ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล และส่วนที่ 2 ประกอบด้วยแบบสอบถาม ตอนที่ 1, 2, 3 และ 5 ในส่วนนี้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามทั้งหมดประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบวัดระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน

ตอนที่ 3 แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต

ตอนที่ 4 แบบบันทึกระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ตอนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งครอบคลุมตัวแปร 3 ตัวแปรคือ อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย และสถานะความเจ็บป่วยร่วม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

2. สร้างแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมและส่วนสูงเป็นเมตร เพื่อผู้วิจัยจะนำมาหาดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) ของผู้ป่วย และบันทึกเกี่ยวกับประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วย ซึ่งการคิดคะแนนกลุ่มที่มีสถานะความเจ็บป่วยร่วมให้คะแนน = 1 และไม่มีสถานะความเจ็บป่วยร่วมให้คะแนน = 0

ตอนที่ 2 แบบวัดระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

2. ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงแบบประเมินแบบวัดระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน the Epworth Sleepiness Scale (ESS) ซึ่งพัฒนาโดยจอห์น ในปี ค.ศ. 1991 (John, 1993) เป็นแบบวัดการรับรู้คุณภาพของการนอนหลับในแง่ของผลสะท้อนของความโน้มเอียงของบุคคลที่จะตกอยู่ในอาการหลับในสถานที่ที่ไม่ใช่สิ่งกระตุ้น ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ

ประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละคำถามให้ผู้ป้อนให้คะแนนจาก 0, 1, 2 หรือ 3 ในระดับที่ผู้ป้อนคิดว่าแต่ละคำถามที่เกี่ยวกับอาการง่วงนอนผิดปกติควรอยู่ในระดับใด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การคิดคะแนนคิดเป็นคะแนนรวม คะแนนเต็มจะเป็น 24 คะแนน โดยคะแนนรวมที่มากแสดงถึงคุณภาพของการนอนหลับที่ไม่ดี คะแนนน้อยแสดงถึงการมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (ชัยรัตน์ นรินทร์รัตน์, 2543)

การตรวจสอบคุณภาพแบบวัดระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน

1. การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การนอนหลับ 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชและการนอนหลับ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่านมีความเห็นสอดคล้องตรงกันว่าข้อความทั้งหมดมีความเหมาะสมกับค่านิยาม ส่วนการจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา ให้เรียงลำดับจากสถานการณ์ที่มีแนวโน้มจะง่วงนอนน้อยที่สุดไปถึงสถานการณ์ที่มีแนวโน้มจะง่วงมากที่สุดพร้อมทั้งได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นในบางข้อ

ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Polit and Hunger, 1999: 419) โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความกับค่านิยาม ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับดังนี้

- | | |
|-----------|---|
| 4 หมายถึง | คำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยาม |
| 3 หมายถึง | คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย
จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม |
| 2 หมายถึง | คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก
จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม |
| 1 หมายถึง | คำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยาม |

ซึ่งสูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาคือ

$$\text{ดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

เมื่อนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่าน พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้พิจารณาปรับข้อคำถามให้ชัดเจนและเหมาะสม ภายหลังจากปรับปรุงยังมีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อเท่าเดิม และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันเท่ากับ 1.0

2. การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) จากการนำแบบวัดระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alfa Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเมื่อทดลองใช้ (n = 30) เท่ากับ .86 และใช้จริง (n= 120) เท่ากับ .86

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ
2. ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต General Health Questionnaire (GHQ) ฉบับภาษาไทย ที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539) ได้พัฒนาจาก General Health Questionnaire (GHQ) ของ Goldberg ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (unhappiness) ความวิตกกังวล (anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (social impairment) และ โรคอุปาทาน (hypochondriasis) เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติครอบครัวในวัยเด็ก ปัญหาจิตสังคมในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา ในการคิดคะแนนของ GHQ ใช้การคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) ซึ่งมีลักษณะคำตอบดังนี้

ดีกว่าปกติ	หมายถึง	รู้สึกสบายกาย สบายใจ มากกว่าปกติ
เหมือนปกติ	หมายถึง	ไม่รู้สึกว่าอะไรเปลี่ยนแปลงจากปกติ

แยกว่าปกติ	หมายถึง	รู้สึกไม่สบายกาย ไม่สบายใจ มากกว่าปกติ
แยกว่าปกติมาก	หมายถึง	รู้สึกไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ตลอดเวลา

ข้อความที่มีความหมายในทางบวก ให้คะแนนดังนี้

ดีกว่าปกติ	ให้	0	คะแนน
เหมือนปกติ	ให้	0	คะแนน
แยกว่าปกติ	ให้	1	คะแนน
แยกว่าปกติมาก	ให้	1	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย	ให้	0	คะแนน
ไม่มากกว่าปกติ	ให้	0	คะแนน
ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ให้	1	คะแนน
มากกว่าปกติมาก	ให้	1	คะแนน

ซึ่งผู้ที่มีคะแนนรวมมากกว่า 6 ขึ้นไปถือว่ามีปัญหาด้านจิตสังคม (ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2539)

การตรวจสอบคุณภาพแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต

1. การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต จำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่านมีความเห็นสอดคล้องตรงกันว่าข้อคำถามทั้งหมดมีความเหมาะสมกับคำนิยาม พร้อมทั้งได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นในบางข้อ

ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Polit and Hunger, 1999: 419) โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ข้อ

เสนอแนะในการปรับปรุง โดยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ความชัดเจน ความซ้ำซ้อนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมทั้งการปรับข้อความในข้อคำถามบางข้อให้กระชับ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณาตามจำนวนค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป เมื่อนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่าน พบว่า แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตมีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 29 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .97

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลศิริราช หลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alfa Coefficient) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเมื่อทดลองใช้ (n = 30) เท่ากับ .95 และใช้จริง (n= 120) เท่ากับ .93

ตอนที่ 4 แบบบันทึกการวัดระดับความรุนแรงของการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ
มีขั้นตอนดังนี้คือ

1. ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ

2. ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกการวัดระดับความรุนแรงของการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับเป็นบันทึกเกี่ยวกับการตรวจด้วยวิธีโพลีซอมโนกราฟฟี ซึ่งเป็นการบันทึกรายละเอียดต่างๆของร่างกายขณะหลับว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ใช้ในการวินิจฉัยความผิดปกติขณะหลับ โดยแบ่งระดับของความรุนแรงของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับโดยใช้ค่าดัชนีวัดระดับความรุนแรงของการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ (AHI) ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับเป็น (John, 1993)

ค่า AHI $5 \leq$ ครั้ง ต่อชั่วโมง คือระดับปกติหรือไม่มีการอุดตัน

ค่า AHI 5-24.9 ครั้งต่อชั่วโมง คือ ระดับความรุนแรงเล็กน้อย

ค่า AHI 25-49.9 ครั้งต่อชั่วโมง คือ ระดับความรุนแรงปานกลาง

ค่า AHI \geq 50 ครั้งต่อชั่วโมง คือ ระดับความรุนแรงมาก

ซึ่งในการหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจ ขณะหลับกับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้คะแนนดิบในการหาความสัมพันธ์ เนื่องจากการใช้คะแนนดิบจะทำให้สามารถเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด และทำให้รายละเอียดของข้อมูลมีความชัดเจนมากกว่าการใช้คะแนนแปล (เพชรน้อย สิ่งหิ่ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิตขิตและ ทศนีย์ นะแสง, 2535)

ตอนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

2. ผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ชีวิตที่ฟลิมอนส์และไรเมอร์ (Flemons and Reimer, 1998) ได้สร้างขึ้นในปี 1997 ชื่อ the Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index โดยดัดแปลงตามกรอบแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เพื่อให้เหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้านคือ

ด้านที่ 1 ด้านความพึงพอใจในชีวิต จำนวน 11 ข้อ

ด้านที่ 2 ด้านอัตมโนทัศน์ จำนวน 10 ข้อ

ด้านที่ 3 ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายจำนวน 13 ข้อ

ด้านที่ 4 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 11 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมากที่สุดในระดับ 81-100%

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมากในระดับ 61-80%

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีการรุดกั้นทาง
เดินหายใจขณะหลับปานกลางในระดับ 41-60%

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีการรุดกั้นทาง
เดินหายใจขณะหลับน้อยในระดับ 21-40%

น้อยที่สุดหรือไม่มีเลย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่
มีการรุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับน้อยที่สุดหรือไม่มีความรู้สึกในระดับ 0-20%

ข้อความที่มีความหมายในทางบวก ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้	5	คะแนน
มาก	ให้	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
น้อย	ให้	2	คะแนน
น้อยที่สุดหรือไม่มีเลย	ให้	1	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้	1	คะแนน
มาก	ให้	2	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
น้อย	ให้	4	คะแนน
น้อยที่สุดหรือไม่มีเลย	ให้	5	คะแนน

การให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้านและรายข้อ โดยประเมินค่าเฉลี่ยกับเกณฑ์ที่
คำนวณได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	1.00 – 1.49	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตต่ำ
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	1.50 – 2.49	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	2.50 – 3.49	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตปานกลาง
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	3.50 – 4.49	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตค่อนข้างดี
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	4.50 – 5.00	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินคุณภาพชีวิต

1. การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา และการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านคุณภาพชีวิต จำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่านมีความเห็นสอดคล้องตรงกันว่าข้อความทั้งหมดมีความเหมาะสมกับคำนิยาม พร้อมทั้งได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นในบางข้อ

ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณาคำนิยามหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Polit and Hunger, 1999: 419) โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความกับคำนิยาม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ข้อเสนอนี้ใช้ในการปรับปรุง โดยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ความชัดเจน ความซ้ำซ้อนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมทั้งการปรับข้อความในข้อความบางข้อให้กระชับ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณาคำนิยามหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่าน พบว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิตมีจำนวนข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .80

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยพิจารณาร่วมกับโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละตัวแปร

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว มาตรวจ

สอบความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลศิริราช หลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มา วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alfa Coefficient) ซึ่งได้ผลดังนี้

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบประเมินคุณภาพชีวิต

แบบประเมินคุณภาพชีวิต	ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค	
	ทดลองใช้ (n= 30)	ใช้จริง (n= 120)
ด้านความพึงพอใจในชีวิต	.79	.79
ด้านอัตมโนทัศน์	.60	.62
ด้านสภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่	.84	.86
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	.68	.76
คุณภาพชีวิตโดยรวม	.89	.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริราชเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริราชแล้ว ผู้วิจัยพบนายแพทย์หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการตรวจการนอนหลับ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล ต่อพยาบาลหัวหน้าห้องปฏิบัติการตรวจการนอนหลับ
4. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับของโรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริราชแล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

5. ขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ต่อผู้ปวยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ ขณะหลับ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ แล้วอธิบายการตอบแบบสอบถามจนเข้าใจ พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง เห็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ แบบวัดคุณภาพชีวิต พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อใดขาดหายไป จะซักถามกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเพื่อให้ได้คำตอบที่ถูกต้อง หากไม่สามารถซักถามได้ จะถือว่าข้อมูล จากแบบสอบถามนั้น ใช้ไม่ได้ในการวิจัยครั้งนี้

6. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากห้องปฏิบัติการการนอนหลับ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ใช้เป็นดัชนี วัดระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

7. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ ในการทำวิจัย และอธิบายให้ผู้ปวยทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษา คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องและนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การเปิดเผยข้อมูลนั้นจะต้องให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้ด้วย กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การศึกษาจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้คำอธิบายใดๆ หลังจากนั้นจึงให้ผู้ปวยเห็นใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / for window (statistical package for the social science / for window) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม วิเคราะห์เป็นค่าความถี่และร้อยละ ส่วนอายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย ภาวะจิตสังคม คะแนนของคุณภาพการนอนหลับและระดับ ความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนคุณภาพชีวิตนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ ระดับคุณภาพชีวิตด้วยการแจกแจงความถี่

3. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย คุณภาพการนอนหลับ ระดับความรุนแรงของการอดสู้นทางเดินหายใจขณะหลับ และภาวะสุขภาพจิต กับคุณภาพชีวิตใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะความเจ็บป่วยร่วมกับคุณภาพชีวิตใช้สถิติอีต้า (Eta) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม สภาวะสุขภาพจิต ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 5 ฉบับที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคและโรคทรวงอก โรงพยาบาลศิริราช และ คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 120 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และในรายที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสายตา กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อย ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์เพื่อการวิเคราะห์จริง จำนวน 120 ฉบับ ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 3 ตอนดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1. การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับโดยรวม รายด้านและรายข้อ แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3 - 5

ตอนที่ 2. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6 - 10

ตอนที่ 3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 11 - 12

ตอนที่ 1. การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ โดยรวม รายด้านและรายข้อ แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3 – 5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค่อนข้างดี (3.50 - 4.49)	33	27.50
ปานกลาง (2.50 – 3.49)	83	69.20
ค่อนข้างต่ำ (1.50 – 2.49)	4	3.30
รวม	120	100.00

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 69.20 รองลงมาคือระดับค่อนข้างดี คิดเป็นร้อยละ 27.50 และพบว่าคุณภาพชีวิตในระดับค่อนข้างต่ำมีเพียงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 3.30 นอกจากนี้ไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตระดับต่ำและระดับดีมาก

ตารางที่ 4 ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตจำแนกตามรายด้านดังนี้

คุณภาพชีวิต	Range	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	2.27 – 4.73	3.57	.52	ค่อนข้างดี
ด้านความพึงพอใจในชีวิต	2.36 – 4.36	3.48	.47	ปานกลาง
ด้านอัตมโนทัศน์	1.90 – 4.10	3.27	.41	ปานกลาง
ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่	1.92 – 4.38	2.86	.54	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.40 – 4.16	3.27	.40	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับค่อนข้างดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 3.27 และ 2.86 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของคุณภาพชีวิตแบ่งตามรายชื่อในด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านความพึงพอใจในชีวิต			
พอใจกับความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน	4.00	.66	ค่อนข้างดี
พอใจกับสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น เครื่องใช้ภายในบ้าน	3.93	.76	ค่อนข้างดี
พอใจกับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	3.84	.92	ค่อนข้างดี
พอใจในความเจริญก้าวหน้าของบุคคลในครอบครัว	3.77	.63	ค่อนข้างดี
ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	3.63	.63	ค่อนข้างดี
พอใจกับรายได้ของท่านในปัจจุบัน	3.63	.84	ค่อนข้างดี
ความรู้สึกไม่เบื่อหน่ายกับชีวิต	3.52	1.05	ค่อนข้างดี
ความรู้สึกว่าช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่ไม่มีความสุข	3.30	1.03	ปานกลาง
อุปสรรคในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา	3.02	.76	ปานกลาง
พอใจกับสุขภาพของท่านในปัจจุบัน	2.83	.87	ปานกลาง
มีความพึงพอใจทางเพศลดลงกว่าเดิม	2.82	.79	ปานกลาง
ด้านอัตมโนทัศน์			
ความรู้สึกว่าเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว	4.01	.80	ค่อนข้างดี
ความรู้สึกท้อแท้ต่ออุปสรรค	3.91	.82	ค่อนข้างดี
ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง	3.87	.69	ค่อนข้างดี
ความรู้สึกไม่หดหู่หรือสิ้นหวัง	3.82	1.06	ค่อนข้างดี
ความเชื่อมั่นในตนเอง	3.74	.76	ค่อนข้างดี

ตารางที่ 5 (ต่อ)

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่	3.20	.88	ปานกลาง
ความรู้สึกไม่สบายใจที่การเจ็บป่วยมีผลทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น	3.16	1.00	ปานกลาง
ความรู้สึกหงุดหงิดโมโหง่าย	2.56	.95	ปานกลาง
ความสนใจในน้ำหนักตัว	2.09	.58	ค่อนข้างต่ำ
รู้สึกว่าภาระงานไม่รบกวนหรือก่อความรำคาญให้กับคนอื่น	1.92	.99	ค่อนข้างต่ำ
ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย			
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง	4.22	.60	ค่อนข้างดี
สามารถทำสิ่งที่เป็นประจำได้ เช่นรดน้ำต้นไม้ ทำอาหาร	4.12	.70	ค่อนข้างดี
รู้สึกว่าทำอะไรสำเร็จน้อยกว่าที่ท่านต้องการ	2.94	.94	ปานกลาง
รู้สึกว่าสุขภาพเป็นอุปสรรคต่อการทำภารกิจต่างๆ	2.88	1.08	ปานกลาง
รู้สึกปวดเมื่อยตามร่างกาย	2.79	.95	ปานกลาง
ต้องใช้เวลามากในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ ให้สำเร็จ	2.78	.83	ปานกลาง
มีความรู้สึกเมื่อยๆตึงๆขาต้องคอยสะบัดขาเป็นประจำ	2.77	.98	ปานกลาง
รู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย	2.63	.89	ปานกลาง
รู้สึกว่าต้องใช้พลังอย่างมากในการทำภารกิจต่างๆ ให้เป็นผลสำเร็จ	2.61	.63	ปานกลาง
รู้สึกว่าตื่นนอนด้วยความสดชื่น และรู้สึกว่าได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ	2.51	.93	ปานกลาง
ไม่มีอาการคล้ายๆลักษณะนอนหลับ	2.39	1.03	ค่อนข้างต่ำ
ไม่รู้สึกง่วงนอนโดยไม่เลือกเวลาและสถานที่	2.33	.95	ค่อนข้างต่ำ
ไม่รู้สึกว่าตื่นขึ้นมาด้วยอาการอ่อนล้า ต้องการนอนต่ออีก	2.21	.93	ค่อนข้างต่ำ
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ			
การเจ็บป่วยของท่าน ไม่ทำให้ครอบครัวต้องมีภาระหนี้สิน	4.23	.99	ค่อนข้างดี
ความรู้สึกว่าได้รับความสนใจจากคนอื่นๆ	3.95	.85	ค่อนข้างดี
บุคคลในครอบครัวเป็นที่ไว้วางใจและพูดคุยปัญหาต่างๆได้	3.94	.64	ค่อนข้างดี
ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	3.94	.83	ค่อนข้างดี
ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว	3.93	1.00	ค่อนข้างดี

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อความคำถาม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับครอบครัว	3.84	.96	ค่อนข้างดี
ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	3.64	1.23	ค่อนข้างดี
รายได้ที่ได้รับในปัจจุบัน	3.52	.80	ค่อนข้างดี
ปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์	3.39	.93	ปานกลาง
การไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวทำให้เกิดปัญหา	2.58	1.13	ปานกลาง
สมาธิในการทำงาน	2.32	.96	ค่อนข้างต่ำ

จากตารางที่ 5 พบว่า ด้านความพึงพอใจในชีวิตมีจำนวนข้อที่อยู่ในระดับค่อนข้างดีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ความรู้สึกพอใจกับความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ความรู้สึกพอใจกับสิ่งอำนวยความสะดวก ความรู้สึกพอใจกับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย ความรู้สึกพอใจในความเจริญก้าวหน้าของบุคคลในครอบครัว ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความรู้สึกพอใจกับรายได้ในปัจจุบัน และความรู้สึกเบื่อหน่ายกับชีวิต นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านอัตมโนทัศน์มีจำนวนข้อที่อยู่ในระดับค่อนข้างดีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ความรู้สึกว่าเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว ความรู้สึกท้อแท้ต่ออุปสรรค ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกว่าหุดหือหรือสิ้นหวังและความเชื่อมั่นในตนเอง อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ ความรู้สึกไม่สบายใจที่การเจ็บป่วยมีผลทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และความรู้สึกหงุดหงิดโมโหง่าย นอกนั้นอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่มีจำนวนข้อที่อยู่ในระดับค่อนข้างดีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ความสามารถทำกิจวัตรประจำวันและความสามารถทำสิ่งที่เป็นประจำ อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ รู้สึกว่าตื่นนอนด้วยความสดชื่น รู้สึกว่าได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ รู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย รู้สึกปวดเมื่อยตามร่างกาย รู้สึกว่าต้องใช้พลังอย่างมากในการทำภารกิจต่างๆ ให้เป็นผลสำเร็จ รู้สึกว่าสุขภาพเป็นอุปสรรคต่อการทำภารกิจต่างๆ รู้สึกว่าทำอะไรสำเร็จน้อยกว่าที่ต้องการ ต้องใช้เวลามากในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ ให้สำเร็จ และมีความรู้สึกเมื่อยๆ ตึงๆ ขาต้องคอยสะบัดขาเป็นประจำ นอกนั้นอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ด้านสังคมเศรษฐกิจมีจำนวนข้อที่อยู่ในระดับค่อนข้างดีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การเจ็บป่วยของท่าน ทำให้ครอบครัวต้องมีภาระหนี้สิน ความรู้สึกที่ไม่ได้รับความสนใจจากคนอื่นๆ บุคคลในครอบครัวเป็นที่ไว้วางใจและพูดคุยปัญหาต่างๆ ได้ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และความสัมพันธ์กับ

บุคคลในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์และการไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวทำให้เกิดปัญหา ส่วนสมมติในการทำงานอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ตอนที่ 2. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6 - 10

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ จำแนกตามอายุ และดัชนีความหนาของร่างกาย

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
25 – 35	13	10.83
36 – 45	25	20.83
46 – 55	56	46.67
56 ปีขึ้นไป	26	21.67
ดัชนีความหนาของร่างกาย		
18.50 - 24.90	10	8.30
> 24.90	110	91.70

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 46 – 55 ปี จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาคืออายุ 56 ปีขึ้นไป มีจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 21.67 และพบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายมากกว่า 24.90 กก/ม² จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 91.70 และมีค่าดัชนีความหนาของร่างกาย 18.50 - 24.90 กก/ม² จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 8.30

ตารางที่ 7 ค่าพิสัย (Range) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของอายุ และดัชนีมวลกายของร่างกาย

ข้อมูลส่วนบุคคล	Range	Min	Max	\bar{X}	S.D.
อายุ	34	25	59	48.10	8.42
ดัชนีมวลกายของร่างกาย (BMI)	17.19	20.81	38.00	28.97	3.28

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 48.10 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.42) โดยมีอายุต่ำสุดเท่ากับ 25 ปี สูงสุด เท่ากับ 59 ปี และมีค่าดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ย 28.97 กก/ม² (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.28) โดยมีค่าดัชนีมวลกายต่ำสุดเท่ากับ 20.81 กก/ม² และสูงสุดเท่ากับ 38.00 กก/ม²

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ ที่มีสภาวะความเจ็บป่วยร่วมจำแนกตามชนิดของสภาวะความเจ็บป่วย

สภาวะความเจ็บป่วยร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีสภาวะความเจ็บป่วยร่วม	16	13.30
มีสภาวะความเจ็บป่วยร่วม	104	86.70
- โรคความดันโลหิตสูง	65	62.60
- โรคหัวใจ	42	40.38
- โรคเบาหวาน	25	24.04
- โรคภูมิแพ้	18	17.31

หมายเหตุ : ผู้ป่วยตอบได้มากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่ร้อยละ 86.70 มีสภาวะความเจ็บป่วยร่วม ซึ่งชนิดของสภาวะความเจ็บป่วยร่วมที่พบบ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวานและโรคภูมิแพ้ คิดเป็นร้อยละ 62.60 40.38 24.04 และ 17.31 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับและการแปลผล จำแนกตามดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) ระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน (EDS) และระดับความรุนแรงของการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ (AHI)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
ดัชนีความหนาของร่างกาย			
18.50 - 24.90	10	8.30	ภาวะโภชนาการปกติ
≥ 24.90	110	91.70	ภาวะโภชนาการเกิน
ระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน			
≤8	15	12.50	ปกติ
8-11	47	39.20	ง่วงนอนในระดับเล็กน้อย
12-15	32	26.60	ง่วงนอนในระดับปานกลาง
> 15	26	21.70	ง่วงนอนในระดับมาก
ระดับความรุนแรงของการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ			
25-49.90 ครั้ง/ชั่วโมง	71	59.20	ระดับความรุนแรงปานกลาง
≥ 50 ครั้ง/ชั่วโมง	49	40.80	ระดับความรุนแรงมาก
ภาวะสุขภาพจิต			
< 6 คะแนน	16	13.30	ไม่มีปัญหา
> 6 คะแนน	104	86.70	มีปัญหาสุขภาพจิต

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเกินจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 91.70 มีภาวะโภชนาการปกติจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 8.30 แต่ไม่พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจปกติมีภาวะโภชนาการต่ำ ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงของการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับอยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.20 รองลงมาคือระดับรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 40.80 และพบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่มีระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันอยู่

ในระดับเล็กน้อย ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับมีคุณภาพการนอนหลับดี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 39.20 รองลงมา มีความง่วงนอนในระดับปานกลางจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 26.60 และพบว่าพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ มีปัญหาสุขภาพจิต 104 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต 16 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30

ตารางที่ 10 ค่าพิสัย (Range) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน ภาวะสุขภาพจิตและระดับความรุนแรงของการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ

ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ	Range	Min	Max	\bar{X}	S.D.
ระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน (EDS)	21	3	24	11.98	4.57
ภาวะสุขภาพจิต	27	0	27	6.48	6.61
ระดับความรุนแรงของการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ (AHI)	55	25	80	47.21	10.73

จากตารางที่ 10 พบว่า มีระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันโดยเฉลี่ย 11.98 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.57) คะแนนสูงสุด 24 คะแนน คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน คะแนนสภาวะสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยเท่ากับ 6.48 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.61) คะแนนสูงสุด 27 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และระดับความรุนแรงของการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับโดยเฉลี่ย 47.21 ครั้ง/ชั่วโมง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.73) สูงสุด 80 ครั้งต่อชั่วโมง ต่ำสุด 25 ครั้งต่อชั่วโมง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิต แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 11-12

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (AHI) คุณภาพการนอนหลับ (EDS) ภาวะสุขภาพจิต ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 120 คน (n = 120)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-Value
อายุ	.269**	.003
ดัชนีมวลกาย	-.066	.474
ระดับความรุนแรงของการอุดกั้น ๕	-.111	.226
คุณภาพการนอนหลับ	.320**	.000
ภาวะสุขภาพจิต	.517**	.000

จากตารางที่ 11 พบว่าอายุ คุณภาพการนอนหลับ และภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดัชนีมวลกายและระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะความเจ็บป่วยร่วม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 120 คน ($n = 120$) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Eta

สภาวะความเจ็บป่วยร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าความสัมพันธ์ Eta	P-Value
ไม่มีโรคประจำตัว	16	13.30	-.068	.463
มีโรคประจำตัว	114	86.70		
รวม	120	100.00		

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 86.70 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 13.30 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะความเจ็บป่วยร่วมกับคุณภาพชีวิตด้วยค่าสถิติอีต้า (Eta) พบว่าสภาวะความเจ็บป่วยร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ
ขณะนี้ เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) สรุปได้ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะนี้
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะนี้ คุณภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม สภาวะสุขภาพจิต
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะนี้ คุณภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม สภาวะสุขภาพจิต ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะนี้จำนวน 120 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะนี้ที่มาตรวจ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ และแผนกโรคระบบทางเดินหายใจ และวิสัญญีวิทยาโรงพยาบาลศิริราช โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจการนอนหลับด้วยวิธีโพลีซอมโนกราฟี (polysomnography :PSG) เป็นครั้งแรกและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะนี้
2. อายุ 25-59 ปี
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะนี้ตามที่กำหนด โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิคของ

ธอร์นไดค์ (Thorndike, 1978 : 184) เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2546 ถึง เมษายน พ.ศ. 2547 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต แบบวัดระดับความรุนแรงของการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ของแบบวัดระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เท่ากับ .86 .94 และ .89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS / PC for Windows (Statistical Package for the Social Science for Windows / Personal Computer)

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 69.20 รองลงมาคือระดับค่อนข้างดี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 27.50 และพบว่าคุณภาพชีวิตในระดับค่อนข้างต่ำมีเพียงเล็กน้อย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 นอกจากนี้ไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตระดับต่ำและระดับดีมากเลย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต เรียงจากค่าสูงสุด ไปค่าต่ำสุด ดังนี้ คือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57, 3.48, 3.27 และ 2.86 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .52, .47, .41 และ .54 ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 84.20) มีอายุระหว่าง 25 – 59 ปี มีอายุเฉลี่ย 48.10 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.80 รองลงมาคือสถานภาพสมรสโสดร้อยละ 18.30 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมาคือระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร คิดเป็นร้อยละ 28.30 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 36.60 มีรายได้ มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 57.50 มีค่าดัชนีมวลกายของร่างกายโดยเฉลี่ย 28.97 กก/ม² มีค่าระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันโดยเฉลี่ย 11.98 และระดับความรุนแรงของการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

โดยเฉลี่ย 47.21 ครั้ง/ชั่วโมง และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเกินจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 91.70 มีภาวะโภชนาการปกติจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 8.30 แต่ไม่พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจปกติมีภาวะโภชนาการต่ำ ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.20 รองลงมาคือระดับรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 40.8 และผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่มีระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันอยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 39.20 รองลงมาคือความง่วงนอนในระดับปานกลางจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 26.60

3. อายุ คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ ขณะหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .269, .320$ และ $.517$ ตามลำดับ) ส่วนดัชนีความหนาของร่างกาย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และสภาวะความเจ็บป่วยร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย และปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพได้แก่ ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม ภาวะสุขภาพจิต กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลและนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .40) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baldwin และคณะ (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป หน้าที่ทางกายภาพ หน้าที่ทางสังคม บทบาททางกายภาพ การเจ็บปวดของร่างกาย และสุขภาพจิต ที่ต่ำกว่าคนปกติ และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับระดับรุนแรงมีการรับรู้ความเจ็บปวดของร่างกายมากขึ้นและมีสภาวะสุขภาพจิตที่แยกลง และสอดคล้องกับ Yang และคณะ (2000) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะ

มีการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายลดลง ความมีชีวิตชีวาลดลง และบทบาทหน้าที่ที่จำกัดเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วน Gall Isaac และ Kryger (1993) พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ มีการรับรู้เกี่ยวกับความผาสุกในเรื่องของสุขภาพจิตและพลังงานที่ต่ำกว่าคนปกติ มีการปรับตัวที่แย่กว่าคนปกติ รวมถึงสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวที่แย่ลง

เมื่อทำการศึกษาคูณภาพชีวิตจำแนกเป็นรายด้าน ตามกรอบแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) พบว่า

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .52) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ulfberg และคณะ (1996) Gall, Isaac, และ Kryger (1993) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคน ซึ่งอยู่ในวัยที่เริ่มมีตำแหน่งหน้าที่การงานสูงขึ้น เป็นช่วงของการประสบความสำเร็จในการประกอบอาชีพ จึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ สูงกว่าคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ

ด้านความพึงพอใจในชีวิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .47) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gall, Isaac และ Kryger (1993) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับมีการรับรู้ความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำกว่าคนปกติ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับต้องมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและความเป็นสุขในชีวิต

ด้านอัตมโนทัศน์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .41) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับจะตระหนักถึงน้ำหนักตัวของตัวเองว่ามากเกินไปรวมทั้งตระหนักถึงการกรนที่ส่งผลกระทบต่อคู่ครองและเพื่อนร่วมห้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ King และ Wofford, (2000) Kales และคณะ (1995) และ Chervin (2000) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับมักจะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ เกิดปมด้อยพยายามแยกตัวและขาดความมั่นใจในตนเอง สูญเสียความมั่นคงทางด้านจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (Flemons et al., 1997)

ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ เป็นด้านที่มีค่าคะแนนต่ำสุดคือโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .54) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Engleman

และคณะ (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนแรง ขาดพลังกำลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆให้ประสบความสำเร็จ ส่วน D'Ambrosio, Bowman และ Mohsenin (1999) พบว่าการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับออกซิเจนในหลอดเลือดแดง ซึ่งผลกระทบดังกล่าว มีผลทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความใส่ใจในตนเองและการดูแลตัวเองลดลง ส่วนศึกษาของ Lacasse (2002) Bennett และคณะ (1999) และ Chervin (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะรู้สึกเหนื่อยล้าและขาดพลังมากกว่าคนปกติ ส่วน Chervin (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมักจะรู้สึกเหนื่อยล้า ขาดพลังกำลังที่จะทำกิจกรรมอย่างที่ต้องการ รวมทั้งผลต่อภาวะสุขภาพ อีกทั้งความง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน ยังรบกวนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย และปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพได้แก่ ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

2.1 ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านร่างกายของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ อายุ และดัชนีความหนาของร่างกาย

2.1.1 อายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีอายุเฉลี่ย 48.10 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.42 ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ D'Ambrosio, Bowman และ Mohsenin (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่ จะมีอายุเฉลี่ย 44.40 ± 2.30 ปี และจากการศึกษาของ Ulfberg และคณะ (1996) Gall, Isaac, และ Kryger (1993) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเป็นผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยพบว่ามีอายุเฉลี่ย 49.70 ปี รวมทั้งจากรายงานของ Ancoli-Isreal (1989) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 40 ปี และเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จะพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะเพิ่มมากขึ้นด้วย

2.1.2 ดัชนีความหนาของร่างกาย ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีความหนาของร่างกายของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในครั้งนี้อยู่เท่ากับ 28.97 กก/ม^2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.28) ซึ่งดัชนีความหนาของร่างกายที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Akashiba และคณะ (2002) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะมีค่าดัชนีความ

หนาของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะมีค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (body mass index : BMI) มากกว่า 28 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมีน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ He และ คณะ (1988) ที่พบว่าผู้ป่วยที่อ้วน มีแนวโน้มที่จะเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมากกว่าคนปกติถึง 3.3 เท่า และ จากสถิติของ Stanford Sleep Disorder Clinic ที่ศึกษาผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ พบว่า ผู้ป่วย 2 ใน 3 เป็นโรคอ้วน (Kryger and Roth, 1994)

2.2 ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม และภาวะสุขภาพจิต

2.2.1 ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในครั้งนี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.73) โดยผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจในระดัปานกลางมากที่สุด (จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 59.20) รองลงมาคือในระดับรุนแรง (จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 40.80) สอดคล้องกับการศึกษาของ Akashiba และคณะ (2002) D' Ambrosio และคณะ (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะมาพบแพทย์ก็ต่อเมื่อประสบปัญหาที่เป็นกระทบจากการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เช่น มีอาการปวดศีรษะในตอนเช้าหลังจากตื่นนอน รู้สึกง่วงนอนมากโดยไม่เลือกเวลาและสถานที่ หลับในในขณะที่ขับรถบ่อยๆ เป็นต้น ซึ่งผลกระทบต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้

2.2.2 คุณภาพการนอนหลับ การศึกษาในครั้งนี้วัดคุณภาพการนอนหลับโดยใช้คะแนนรวมของระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีคะแนนของง่วงนอนในเวลากลางวันโดยเฉลี่ยเท่ากับ 11.98 ซึ่งมีความง่วงนอนในเวลากลางวันอยู่ในระดับปานกลาง บ่งบอกถึงการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะรู้สึกถึงการไม่ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอจากการนอน มีปัญหาเกี่ยวกับง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน โดยไม่เลือกเวลาและสถานที่ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน อุบัติเหตุบนท้องถนน (Aldrich and Chervin,

1997 : 26 ; 308 ; Young et al., 1997) มากกว่าคนปกติถึง 7 เท่า (Mcnicholas, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cassel (1993) ที่พบว่าเมื่อคุณภาพของการนอนหลับลดลง ทำให้ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเกิดความง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน รู้สึกง่วงนอนโดยไม่เลือกเวลาและสถานที่ ซึ่งส่งผลให้ปัญหาในการทำงาน และการทำหน้าที่ของบุคคล และทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสมาธิ ปัญหาในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Akashiba และคณะ (2002) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะมีคะแนนความง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.3 สภาวะความเจ็บป่วยร่วม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่วนใหญ่ (104 คน ร้อยละ 86.7) มีโรคประจำตัวที่พบบ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคภูมิแพ้ ซึ่งสภาวะความเจ็บป่วยร่วมนับว่าเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เพราะจะทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อสุขภาพร่างกายมากขึ้น บางรายที่ได้รับการรักษาอาจมีความวิตกกังวลต่อผลการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลาเวลานาน และอาจมีผลกระทบต่อโรคที่เป็นอยู่ และบางครั้งอาจส่งผลถึงฐานะทางเศรษฐกิจด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ D'Ambrosio, Bowman และ Mohsenin (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มีโรคประจำตัวได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในขณะนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

2.2.4 ภาวะสุขภาพจิต จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีปัญหาสุขภาพจิต (คะแนนรวมของแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต มากกว่า 6 คะแนน) 47 คน คิดเป็นร้อยละ 39.20 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาเกี่ยวกับความเครียด วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย โมโหฉุนเฉียว สอดคล้องกับการศึกษาของ Beutler (1981) Millman, Fogel และ McNamara (1989) Yang, Clerk และ Shin (1998) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมักมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยได้แก่ ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงของความซึมเศร้า เหนื่อยล้าและขาดพลัง มึนงง อ่อนเพลีย ความตื่นตัวลดลง บางครั้งอาจมีอาการคลุ้มคลั่ง อารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิดง่าย โมโหฉุนเฉียว ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ (Kales et al., 1985; Chervin, 2000)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีความหนาของร่างกาย ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม สภาวะสุขภาพจิต ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีศักยภาพในการใช้สติปัญญา ความรู้ความสามารถมาใช้ในการดูแลตนเอง และเมื่อพิจารณาตามพัฒนาการของชีวิตพบว่า วัยนี้เป็นวัยที่ครอบครัวเป็นปึกแผ่นมั่นคง มีอาชีพการงานเป็นหลักฐานแน่นอน (นิภา นิชชายน 2530: 17) สอดคล้องกับการศึกษาของ Briones และคณะ (1996) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ดัชนีมวลกาย จากการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ขัดแย้งกับการศึกษาของไบรโอนีสและคณะ (Briones et al., 1996) ที่พบว่า คะแนนรวมของความผาสุก มีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายของร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และขัดแย้งกับการศึกษาของเบนเน็ตและคณะ (Bennett et al., 1999) ที่พบว่าดัชนีมวลกายของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะสุขภาพกายโดยรวมในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จากการศึกษาพบว่าระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ขัดแย้งกับการศึกษาของ มัวร์และคณะ (2001) ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยพบว่าเมื่อความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะรู้สึกปวดเมื่อยตามร่างกาย มีอาการปวดศีรษะในตอนเช้า และไม่รู้สึกสดชื่นจากการนอน ส่วน D'Ambrosio, Bowman และ Mohsenin (1999) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในระดับเล็กน้อยมีความพึงพอใจของคุณภาพชีวิตในเรื่องของพลังกำลังที่ลดลง รู้สึกอ่อนล้าหมดแรง ส่วนผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับในระดับรุนแรงมีความพึงพอใจของคุณภาพชีวิตในเรื่องของความเสื่อมลงของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านจิตใจ รวมถึงมีสภาวะ

อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่หงุดหงิดง่าย โมโหฉุนเฉียว ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ ส่วน Finn และคณะ (1998) พบว่าเมื่อระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับความพร่องทางจิตประสาทเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

คุณภาพการนอนหลับ พบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .320$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Briones และคณะ (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งวัดโดยระดับความง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวันอันเป็นผลเนื่องมาจากการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยประเมินคุณลักษณะของสุขภาพที่สำคัญ 3 อย่าง ได้แก่ ภาวะการทำงานที่ (functional status) ความผาสุก (well-being) และ สุขภาพโดยทั่วไป (overall health) พบว่าคะแนนของ “พลังงาน / ความเหนื่อยล้า” “ความผาสุก” และ “การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป” มีค่าที่ต่ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ulfberg และคณะ (1996) Akashiba และคณะ (2002) และ Baldwin และคณะ (2000) ที่พบว่าคุณภาพการนอนหลับส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในแง่ของผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับลดลง การดูแลตนเองลดลง มีปัญหาเกี่ยวกับบทบาทและแบบแผนชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อคุณภาพการนอนหลับลดลงเป็นเวลานาน ยังส่งผลให้เกิดความเครียด ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นรวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆลดลง (พวงเพ็ญ เขียมปัญญาธิ, 2542; Akashiba et al., 2002; Baldwin et al., 2000) ส่วน Bennett และคณะ (1999) ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเมื่อระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันเพิ่มขึ้นความมีชีวิตชีวาจะลดลง ($r = -0.47$ $p < 0.001$) ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Moore และคณะ (2001) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการนอนหลับ (โดยใช้ดัชนีการรบกวนการนอนหลับ) กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ พบว่าจำนวนครั้งของการตื่นตัว (arousal) มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด การรับรู้ความทุกข์ทรมานด้านสุขภาพ โดยพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีการตื่นตัวบ่อยในเวลากลางคืน (arousal) จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการปวดเมื่อยตามร่างกายมากขึ้นเช่นเดียวกับค่าดัชนีการรบกวนการหายใจขณะหลับ (respiratory disturbance index : RDI) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเจ็บปวดของร่างกาย การทำหน้าที่ยด้านความรู้ความจำ การทำหน้าที่ด้านสังคม พลังและความอ่อนล้า และความทุกข์ทรมานด้านสุขภาพ

สภาวะความเจ็บป่วยร่วม พบว่าสภาวะความเจ็บป่วยร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ขัดแย้งกับการศึกษาของ D'Ambrosio, Bowman and Mohsenin (1999) พบว่า สภาวะความเจ็บป่วยร่วมที่พบในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับส่งผลต่อการลดลงของบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าทำให้ความสามารถในการประเมินและการรับรู้ระดับสุขภาพของตนเองลดลง รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Briones และคณะ (1996) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และพบว่า ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ มีคะแนนรวมของความผาสุกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะสุขภาพจิต จากการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .578$) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตดี ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ D'Ambrosio, Bowman และ Mohsenin (1999) ที่พบว่าการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีความสัมพันธ์กับการรบกวนทางด้านจิตประสาท ซึ่งทำให้รบกวนประสิทธิภาพของผู้ป่วยในการที่จะรับรู้ถึงความพึงพอใจในสภาวะสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลงานวิจัยครั้งนี้ นับว่าให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับเป็นข้อๆ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับงาน การปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการส่งเสริมการให้ความรู้กับผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่ถูกต้องเหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยเฉพาะเรื่องผลกระทบของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ การลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ รวมทั้งการให้ความรู้แก่คู่สมรส ครอบครัว และสังคมที่ถูกต้อง เพื่อนำพาให้ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับสู่การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะของงานการศึกษาของพยาบาล

ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และผลกระทบของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับให้ถูกต้องเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในปัจจุบันฐาน ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกายของร่างกาย ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับ สภาวะความเจ็บป่วยร่วม และสภาวะสุขภาพจิต เพื่อนำพาให้ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการนำผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลต่อไป

3. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้าน ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ แม้จะอยู่ในระดับปานกลางแต่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าด้านอื่นๆ ดังนั้น พยาบาลจึงควรเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมและแก้ไขปัญหา ได้แก่

3.1 บางครั้งผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับจะแสดงอาการในลักษณะของภาวะซึมเศร้า และปัญหาทางด้านความสัมพันธ์กับคนในสังคมหรือเพื่อนร่วมงานอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้จะหยุดหายใจ พยาบาลควรเข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดีให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้การดูแลด้านจิตสังคมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและโรคที่เป็น ความเข้าใจและการให้กำลังใจจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านกระบวนการในการปรับตัวแก้ไขปัญหาได้ และอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ดีขึ้นได้

3.2 บทบาทของพยาบาลในการสอนและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่จะลดอุบัติการณ์ของการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยในการสอนจะรวมถึงการให้ผู้ป่วยและญาติทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดสาเหตุที่จะทำให้เกิดโรคเช่นการลดน้ำหนัก เพราะการลดน้ำหนัก ได้มีหลักฐานยืนยันว่าทำให้ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับลดลงอย่างชัดเจน (Victor, 1999) ซึ่งผู้ป่วยที่อ้วนจะมีความต้องการที่จะลดน้ำหนัก หลายคนใช้วิธีการรับประทานยาลดความอ้วน แต่ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเหล่านั้นก็มากมาย เช่น ทำให้เกิดอาการใจสั่น และเมื่อพอหยุดยามักจะกลับมาอ้วนใหม่ การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายจึงน่าจะเป็นวิธีที่ดีในการลดความอ้วน พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอาหารบริโภคและอาหาร

ความอ้วน แต่ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเหล่านี้ก็มากมาย เช่น ทำให้เกิดอาการใจสั่น และเมื่อพอหยุดยามักจะกลับมาอ้วนใหม่ การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายจึงน่าจะเป็นวิธีที่ดีในการลดความอ้วน พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอาหารบริโภคและอาหารแลกเปลี่ยน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกาย การให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถทำการลดน้ำหนักได้สำเร็จ เผื่อติดตามและระวังการกลับมาอ้วนซ้ำ

3.3 บทบาทของพยาบาลในการแนะนำรวมทั้งฝึกให้ผู้ป่วยที่มีอาการกรนในท่านอนหงายให้ฝึกนอนตะแคงเป็นประจำ เพราะว่าท่านอนหงายจะทำให้ลิ้นตกไปด้านหลังติดกับผนังช่องคอ ด้านหลังทำให้เกิดการอุดกั้นได้มาก แต่ในท่านอนตะแคง ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จะมีอาการลดลง วิธีการหนึ่งในการทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงคือ การเย็บลูกบอลหรือลูกเทนนิสใส่ไว้บริเวณกระเปาะที่เย็บกับเสื่อนอนไว้กลางหลัง เมื่อผู้ป่วยนอนหงายจะรู้สึกไม่สบายหรือปวดหลังจากการนอนหงายทับลูกบอล ก็จะพลิกตัวกลับมานอนตะแคง แต่วิธีนี้จะใช้ได้ผลดีในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการนอนกรนในระดับหนึ่ง คือมีการกรนมากในท่านอนหงาย

4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการสืบค้นข้อมูลของผู้วิจัยพบว่าการศึกษเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับโรคอื่นๆ เช่น โรคอ้วน ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เป็นต้น ซึ่งยังมีผู้ศึกษาไว้น้อยมาก และยังไม่พบว่ามีรายงานการศึกษาในประเทศไทย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม และขยายผลการวิจัยต่อเนื่องด้วยการทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการต่างๆ เพื่อต่อยอดสู่การพัฒนาวิธีการบำบัดทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กุลระวี วัฒนชีวิน, พิกุล นันทชัยพันธ์และศิริพร เปลี้นนผดุง. 1999. ผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเอง ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี / เอดส์. Thai Journal Nursing Research 2(3) May-August: 173-194.
- ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำและกิตติมา จันทรโอ. 2000. ภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. Thai Journal Nursing Research 4(3) September- December: 278-294.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2535. พยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย. วารสารการพยาบาล กันยายน: 32-37.
- จักรกฤษณ์ สุขยิ่งและธนา นิลชัยโกวิท. 2542. รายงานเบื้องต้นปัญหาในการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนเจตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2 เมษายน-มิถุนายน: 66-76.
- ชัยรัตน์ นิรันดร์รัตน์. 2543. กลุ่มอาการหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น. ตำราการนอนกรนและการหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น. กรุงเทพฯ : พีบี ฟอเรน บุคส์ เซนเตอร์.
- เชษฐาสินี เศรษฐบุตตรและคณะ. 2534. คุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพของเจ้าหน้าที่พยาบาลวัยกลางคน. วารสารรามาริบัติ. มกราคม : 23-52.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่งและชัชวาลย์ ศิลปกิจ. 2539.ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(1) : 2-17.
- นาฏอนงค์ สุวรรณจิต, ลินจง ไปธิบาล, วราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุลและชายชาญ โพธิ์รัตน์. 2538. ผลของการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร 22 (4) ตุลาคม-ธันวาคม: 40-48.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์และคณะ. 2536. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสุขภาพ. สงขลานครินทร์เวชสาร 11(1) มกราคม-มีนาคม : 29-39.
- นิภา นิชชายน. 2530. การปรับตัวและบุคลิกภาพ : จิตวิทยาเพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร :โอเดียนสโตร์.

- นินยา สออารีย์ อารี นุ้ยบ้านด่านและไข่มพักตร์ มณีวัต. 2545. คุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสมาการพยาบาล 17(1) มกราคม-มีนาคม: 45-61.
- ประกาย สัญญชวินวิทย์ สุวิมล แทนพระเดช สว่าง แสงหิรัญวัฒนาและสไบทิพย์ จุฑะกาญจน (2544) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกนอกเวลาโรงพยาบาลรามาริบัติ. วารสารวัยโรคและโรคทรวงอก 23(3) กรกฎาคม-กันยายน: 143-150.
- ประภาพร จินันทยา. 2536. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางผู้สูงอายุดินแดง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกา รัตนเมธานนท์. 2535. การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประสิทธิ์ มหากิจ. 2546. นอนกรน. วิทยุยุทธจุลสาร 24 มกราคม-เมษายน: 47-53.
- ปริศนา อัดถาผล พิภูลนนทชัยพันธ์ และ ฉวีวรรณ ธงไชย. 2545. ภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วารสารสมาการพยาบาล 17(2) เมษายน-มิถุนายน : 19-35.
- พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- พยนต์ หาญผดุงกิจ และ อัญชลี ตริตรระการ. 2544. การสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ให้บริการทางเพศเชิงจิตวิสัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 46(4) ตุลาคม-ธันวาคม : 289-299.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ, 2542. ปัญหาการนอนของผู้สูงอายุ: บทควมวิชาการ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 11(3) กันยายน-ธันวาคม : 25-33.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์. 2537. ประเด็นปัญหาการวิจัยทางพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับบริการและผู้ให้บริการ : ลำดับความสำคัญ. การประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชครั้งที่ 8 วิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า : ทิศทางและรูปแบบ : 9-13.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. 2535. จิตเวชศาสตร์กับคุณภาพชีวิต: บทบรรณาธิการ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 37: 168-9.

- พีไลรัตน์ ทองอุไร. 2542. ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 19(2) พฤษภาคม-สิงหาคม : 38-48.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิตและทัศนีย์ นะแสง. 2535. วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : เทมการพิมพ์.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนาและกรองไต่ อุณหสูต. 2543. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 18(3) กรกฎาคม-กันยายน: 73-83.
- มาลี เลิศมาลีวงศ์และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. 2538. ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์รามธิบดี 1(1) มกราคม-เมษายน : 24-33.
- ยุพิน จันทรงค์, สุปราณี อัทธเสรี, วรชิต อิมสุใจและนุโรม เงามาม. 2543. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในประเทศไทย. วารสารสหการพยาบาล. 15(2) เมษายน-มิถุนายน : 37-51.
- วรรณิ สัตยวิวัฒน์, มยุรี แก้วจันทร์และชุตินา มุสิกสังข์. 2538. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 13(2) เมษายน-มิถุนายน : 60-69.
- วิเชียร เกตุสิงห์. 2537. คู่มือการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี.
- วินัส ลิฬหกุล 2541. การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินภาวะโภชนาการ. ใน วินัส ลิฬหกุลและถนอมขวัญ ทวีบูรณ์ (บรรณาธิการ), โภชนศาสตร์สำหรับพยาบาล เล่ม 1, หน้า 109-146. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- ศิริชัย ดาริกานนท์. 2541. การสำรวจคุณภาพชีวิตและความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ที่ติดเชื้อ HIV. วารสารกรมสุขภาพจิต 5 (3) มิถุนายน-กันยายน : 25-57.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์. 2538. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล 44(3) กรกฎาคม-กันยายน: 182-190.
- สมพร ชีโนรส, ทิพย์วรรณ วงศาตราและวสันต์ สุเมธกุล. 2542. ภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต. วารสารพยาบาลศาสตร์รามธิบดี 5(3) กันยายน-ธันวาคม : 201-215.
- สมพันธ์ นิญชี่ระนันท์. 2539. การพยาบาลเพื่อคุณภาพชีวิต : บทบรรณาธิการ. วารสารพยาบาล 45(4) ตุลาคม-ธันวาคม: 2539.

- สายฝน จับใจ. 2540. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์พร กฤษเจริญและกอบแก้ว สุวรรณ. 2543. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม. Thai Journal Nursing Research 4(3) September-December: 265-276.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณและราณีพรหมานะจิรัฐกุล. 2541. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. วารสารกรมสุขภาพจิต 5(3) มิถุนายน-กันยายน: 4-15
- สุวัฒน์ ศรีสรณ์ตร, วันทนีย์ ขำเพ็ญ, อรรช ภาชีนและลักขณา เต็มศิริกุลชัย. 2543. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพศึกษา 23(84) มกราคม-เมษายน .
- แสงโสม สีนะวัฒน์, นิรมล ดามาพงษ์และนันท์จิต บุญมงคล. 2541. สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย. FACT SHEET – ด้านโภชนาการ. 3(5) กุมภาพันธ์.
- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และรณชัย คงสกนธ์. 2544. แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression : การวิเคราะห์การรวมกลุ่ม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 46(4): 311-321.
- อำภาพร พัววิไล วิมลรัตน์ บุญเสถียร กันยา นภาพงษ์และพวงทิพย์ สาเลยยกานนท์. 2000. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. Thai Journal Nursing Research 4(2) May-August: 218-237.

ภาษาอังกฤษ

- Aikens, J.E., Caruna-Montaldo, B., and Vnable, P.A. 1998. Depression and general psychopathology in obstructive sleep apnea. Sleep 21: s71.
- Akashiba, T. and others. 2002. Relationship between quality of life and mood or depression in patients with severe obstructive sleep apnea syndrome. Chest 122 : 861-865.
- American Thoracic Society. 1994. Sleep apnea, sleepiness, and driving risk. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 150:1463-1473.
- Ancoli-Isreal, S. 1989. Epidemiology of sleep disorder. Clinics in Geriatric Medicine. 5: 347-62.

- Anuntaseree, W., Rookkapan, K., Kuasirikul, S., and Thongsuksai, P. 2001. Snoring and obstructive sleep apnea in Thai school-age children : Prevalence and predisposing factors. Pediatric pulmonology 32: 222-227.
- Attarian, H.P. and Sabri, A.N. 2002. When to suspect obstructive sleep apnea syndrome : Symptoms may be subtle, but treatment is straightforward. Postgraduate Medicine 111(3) : 70-6.
- Baldwin, C.M., Griffith, K.A., Nieto, J., O'Conner, G.T., Walsleben, J.A., and Redline, S. 2001. The association of sleep-disordered breathing and sleep symptoms with quality of life in sleep heart health study. Sleep 24(1) : 96-105.
- Beatler, L.E. 1981. Differentiating Psychological characteristics of patients with sleep apnea and narcolepsy. Sleep: 39-47.
- Bennett, L.S., Barbour, C., Langford, B., Stradling, J.R., and Davies, R.J.O. 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.
- Bloom, J.W., Kaltneborn, W.T., Quan, S.F.1988. Risk factors in a general population for snoring : importance of cigarette smoking and obesity. Chest 93 : 678-83.
- Bolitschek J., and others.1998. Impact of Nasal continuous positive airway pressure treatment on quality of life in patients with obstructive sleep apnea. European Research Journal 11 : 890-894.
- Bonnet, M.H. 1985. Effect of sleep disruption on sleep performance and mood. Sleep 8: 11-19.
- Bonnet, M.H. 1986. Performance and sleepiness as a function of the frequency and placement of sleep disruption. Psychophysiol 23: 263-71.
- Briones, B., and others. 1996. Sleepiness and health : Relationship between sleepiness and general health status. Sleep 19(7) : 583-588.
- Beutler, L.E., Ware, J.C., Karacan, I., and Thornby, J.I. 1981. Differentiating psychological characteristics of patients with sleep apnea and narcolepsy. Sleep 4: 39-47.

- Calman, K.C. 1984. Quality of life in cancer patients: a hypothesis. Journal of Medical Ethics 10: 124-7.
- Cassel, W. 1993. Cognitive effects and daytime sleepiness (a) Psychosocial sequelae of sleep disordered breathing : Sleep apnea and personality. Sleep 16 : s56-58.
- Chan, J., and others. 1997. Prevalence of sleep-disordered breathing in diastolic heart failure. Chest 111 : 488-93.
- Chervin, R.D. 2000. Sleepiness, fatigue, tiredness, and lack of energy in obstructive sleep apnea. Chest 118 : 372-379.
- Cheshire, K., Engleman, H., Deary, I., Shapiro, C., Douglas, N.J. 1992. Factors impairing daytime performance in patients with sleep apnoea/hypopnoea syndrome. Arch Intern Med 152: 538-41.
- Chua, W., and Chediak, A.D., 1994. Obstructive sleep apnea: Treatment improves quality of life and may prevent death. Postgraduate Medicine 92 : 123-138.
- D'Ambrosio, C., Bowman, T., and Mohsenin V. 1999. Quality of life in patients with obstructive sleep apnea. Chest 115(1) : 123-129.
- Engleman, H.M., Kingshott, R.N., Wraith, P.K., Mackay, T.W., Deary I.J., and Douglas N.J. 1999. Randomized placebo-controlled crossover trial of continuous positive airway pressure for mild sleep apnea/hypopnea syndrome. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 159 : 461-467.
- Ferrans CE, Powers MJ. 1985. Quality of life index: development and psychometric properties. Advance Nursing Science 8: 15-24.
- Finn, L., Young, T., Palta, M., and Fryback, D.G. 1998. Sleep disordered breathing and self-reported general health status in the Wisconsin Sleep Cohort Study. Sleep 21(7) 701-706.
- Findley, L.J., Barth, J.T., Powers, D.C., Wilhoit, S.C., Boyd, D.G., and Suratt, P.M. 1986. Cognitive impairment in patients with obstructive sleep apnoea and associated hypoxemia. Chest 90 : 686-90.
- Fleetham, J.A. 1998. Is sleep disordered breathing associated with increased mortality. Chest 53 : 627-628.

- Flemons, W.W. 2002. Obstructive sleep apnea. New England Journal Medicine 347(7) August : 498-504.
- Flemons, W.W. and Tsai, W. 1997. Quality of life consequences of sleep disordered breathing. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 99(2) : S750-6.
- Fletcher, E.C., De Behnke, R.D., Lovoi, M.S. and Gorin, A.B. 1985. Undiagnosed sleep apnea in patients with essential hypertension. Ann Intern Med 103 : 190-5.
- Fletcher, E.C. 1995. The relationship between systemic hypertension and obstructive sleep apnea : Facts and theory. American Journal Medicine. 98 : 118-28.
- Frank-Stromberg, M. 1984. Selecting an instrument to measure quality of life. Oncology of Nursing Forum 11(5) : 88-91.
- Fung, J.W.H. 2002. Severe obstructive sleep apnea is associated with left ventricular diastolic dysfunction. Chest 121 : 422-429.
- Gall R., Isaac L., and Kryger M. 1993. Quality of Life in mild obstructive sleep apnea. Sleep 16 : S59-S61.
- Grunstein, R.R., Ho, K.Y., and Sullivan, C.E. 1991. Sleep apnea in acromegaly. Annual Internal Medicine 115 : 527-32.
- Guilleminault C, Connolly S, Winkle R, Melvin K, Tilkian A. 1984. Cyclical variation of the heart rate in sleep apnoea syndrome. Lancet : 126-31.
- Guilleminault, C., and Carskadon, M. 1983. Relationship between sleep disorder and daytimes complains. Sleep 6: 91-100.
- Haider D. 1999. Continuous positive airway pressure : Integrating CPAP technology into a patient's lifestyle .AARC Times : 45-49.
- He, J., Kryger, M., Zorick, F., et al. 1988. Mortality and apnea index in obstructive sleep apnea. Chest. 89: 331-4.
- Hui. C.D.S.C. 2001. Determinants of continuous positive airway pressure compliance in a group of Chinese patients with obstructive sleep apnea. Chest 120 : 170-176.
- Hung, J., Whitford, E. G., Parsons, R. E., and Hillman, D. R. 1990. Association of sleep apnoea with myocardial infarction in men. Lancet, 336 : 261-4.

- Issa, F.G. and Sullivan, C.E. 1982. Alcohol, snoring and sleep apnea. Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry 134 : 353-9.
- John, M.W., 1993. Daytime sleepiness, snoring, and obstructive sleep apnea. The Epworth sleepiness scale. Chest. 103 : 30-6.
- Kales, A., and others.1985. Severe obstructive sleep apnea : II. Associated psychopathological and psychological consequences. Journal of Chronic Disease 38 : 427-434.
- Kaplan, R. 1992. Obstructive sleep apnoea and depression: diagnostic and treatment implications. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 26 : 586-591
- Katta, S.R., and Kochar, M.S. 2000. Sleep apnea and hypertension. Home Health Care Consultant. 7(1) : 28-31.
- King, D.S., and Wofford M.R. 2000. Identification / management of obstructive sleep apnea. Drug Topics August (7)
- Kolotkin, R.L., Meter, K., and Williams, G.R. 2001. Quality of life and obesity : Obesity review 2(4) : 219.
- Kosenvuo, M., Kaprio, J., Telakivi, T., Partinen, M., Heikkila, K., and Sarna, S. 1987. Snoring as a risk factor for ischaemic heart disease and stroke in men. British Medical Journal. 294 : 16-9.
- Kryger, M.H., and Roth, T. 1994. Principles and practice of sleep medicine. 2nd ed. Philadelphia : WB Saunders Co : 667 – 77.
- Lacasse, Y. 2002. Original study from Quebec : Sleep apnea impacts on quality of life in many more ways than expected. European Respiratory Journal 19 (2).
- Lacasse, Y., Godbout, C., and Series, F. 2002. Health-related quality of life in obstructive sleep apnea. . European Respiratory Journal. 19(3) : 499-503.
- Laks L, Lehrhaft B, Grunstein R.R., and Sullivan CE. 1997. Pulmonary artery pressure response to hypoxia in sleep apnea. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 155 : 193–8.

- Lavie, P., Yoffe, N., Berger, I., and Peled, R. 1993. The relationship between the severity of sleep apnoea syndrome and 24-h blood pressure values in patients with obstructive sleep apnoea. Chest 103 : 717-21.
- Levine, B., Roehrs, T., Stepanski, A.R., Zorick, F., and Roth, T. 1987. Fragmenting sleep diminishes its recuperative value. Sleep 10: 590-9.
- Machado, M.C., Carvalho, L.C., Francisco, S., Atallah, A.N., Prado, G.F., and Silva A.B. 2000. Quality of life in sleep apnea patients using intraoral mandibular repositioner. Sleep 23 (abstract supplement 2) : A271.
- Maslow, A.H. 1970. Motivation and personality. (2nd ed). New York : Harper & Row.
- McArdle, N., Kingshott, R., Engleman, H.M., Mackay, T.W., and Douglas N.J. 2001. Partners of patients with sleep apnoea/hypopnoea syndrome: effect of CPAP treatment on sleep quality and quality of life. Thorax 56 : 513-518.
- McEntee, D.J., and Badenhop, D.T. 2000. Quality of life comparisons: Gender and population differences in cardiopulmonary rehabilitation. Heart & Lung 29(5) : 340-347.
- McNicholas, W.T. 2001. Follow-up and outcomes of nasal CPAP therapy in patient with sleep apnea syndrome. Monaldi Arch Chest Disease 56(6) : 535-539.
- Meeberg, G.A. 1993. Quality of life: A concept analysis. Journal of Advance Nursing 18: 32-36.
- Meoli A.L. and others. 2001. Position paper : Hypopnea in sleep-disordered breathing in adults. Sleep 24(4) : 469-470.
- Millman, R.P., Fogel, B.S., McNamara, M.E., and Carlisle, C.C., 1989. Depression as a manifestation of obstructive sleep apnea: reversal with nasal continuous positive airway pressure. Journal of Clinical Psychiatry 9.
- Moore P., Bardwell W., Ancoli-Israel S., and Dimsdale J.E. 2001. Association between polysomnographic sleep measures and health-related quality of life in obstructive sleep apnea. Journal Sleep Research. 10 : 303-308.

- Munoz, X., Marti, S., Sumulla, J., Bosch, J. and Sampol G. 1998. Acute delirium as a manifestation of obstructive sleep apnea syndrome. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 158(4) : 1306-1307.
- Muntarhorn, K.1997. Snoring and obstructive sleep apnea. Ramathibodi Medical Journal 20(suppl): 89.
- Nouredine, S.N. 1996. Sleep apnea : A challenge in critical care. Heart and Lung the Journal of acute and Critical Care 25 : 37-42.
- Orem D.E., 1985. Nursing concepts of practice (3rd ed.). New York : McGraw-Hill.
- Orem D.E., 1991. Nursing concepts of practice (4th ed.). St.Louis : Mosby Year Book.
- Ozaki, N., Okada, T., Iwata, T. et al. 1986. Plasma norepinephrine in sleep apnea syndrome. Neuropsychobiology 16 : 88-92.
- Padilla, G., and Grant, M. 1985. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Advance in Nursing Science 10: 45-60.
- Palomalid, H., Partinen, M., Juvela, S., and Kaste, M. 1989. Snoring as a risk factor for sleep-related brain infarction. Stroke, 20 : 1310-5.
- Parker, J.A. An overview of snoring and obstructive sleep apnea [online]. 2001. Available from : <http://www.pmpositioner.com/intro.html> [2001], November 16.
- Pillar, G., and Lavie, P. 1996. Psychiatric Symptoms in sleep apnea syndrome : effect of gender and respiratory disturbance index. Chest 114 .
- Polit, D. F. and Hunger, J. B. 1999. Nursing research : Principal and methods. 6th ed. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Redeker, N.S. 2000. Sleep in Acute Care Setting : An Integrative Review. Journal of Nursing Scholarship. 32(1) : 31-38.
- Reidinger, M.S., Dracup, K.A., Mary-Lyne Brecht, and Padilla, G. 2001. Quality of life in patients with heart failure: Do gender differences exist ?. Heart and Lung 30 (2) : 105-116.
- Reynolds, C.f., Kupfer, D.J., MeEachran, A.B., Taska, L.S., Serritch.D.E., and Coble, P.A. 1984.

- Depressive psychopathology in male sleep apneics. Journal of clinical psychiatry 45: 287-290.
- Riyami, D., Ravas, O., and Hassa, M.O. 1996. Pathophysiology of obstructive sleep apnea syndrome : A review. Medical science. 2 : 117-124.
- Shepard Jr, J.W. 1992. Hypertension, cardiac arrhythmias, myocardial infarction, and stroke in relation to obstructive sleep apnea. Clinical Chest Medicine. 13(3) : 437-58.
- Silverberg, D.S., and Iaina A. 2002. Treating obstructive sleep apnea improves essential hypertension and quality of life. American Family Physician 65 : 229-36.
- Stepnowsky, C., Estline, E., Cook, D., Mason W., Dimsdale, J., and Ancoli-Israel, S. 1996. Sleep disordered breathing and quality of life in elderly. Sleep Research 25 : 113 (abstract).
- Stepnowsky, C., Estline, E., Cook, D., Mason W., Dimsdale, J., and Ancoli-Israel, S. 1996. Sleep and quality of life in elderly. Sleep Research 25 : 113 (abstract).
- Strohl, K.P., Boehm, K.D., Denko, C.W., Novak, R.D., and Decker, M.J. 1993. Biochemical morbidity in sleep apnea. Ear Nose Throat Journal 72 : 34-41.
- Strohl, K.P., Cherniak, N.S. and Gothe. B. 1986. Physiological basis of therapy for sleep apnea. American Rev Respiratory Disease 134 : 791-802.
- Strohl, K.P., and Redline, S. 1996. State of the art : Recognition of obstructive sleep apnea. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 154 : 279-289.
- Thorndike, R. M. 1978. Correlational procedures for research. New York : Gardner Press.
- Ulfberg, J., Carter, N., Talback, M. and Edling, C. 1996. Excessive daytime sleepiness at work and subjective work performance in the general population and among heavy snorers and patients with obstructive sleep apnea. Chest 110(3) : 659-663.
- Ulfberg J., Jonsson R., and Edling C. 1999. Improvement of subjective work performance among obstructive sleep apnea patients after treatment with continuous positive airway pressure. Psychiatry and Clinical Neurosciences 53 : 677-679.
- Victor, L.D. 1999. Obstructive sleep apnea . American Academy of Family physician, 60 : 2279-86.

- Weaver, T.E. and others.1997.Impact of obstructive sleep apnea on the conduct of daily activity. Sleep research (abstract) 26 : 530.
- Yang, C.K., Clerk, A., and Shin, H.R. 1998. Depression, perceived stress, and coping strategies of patients with sleep-related breathing disorder. Sleep, 21 : 74.
- Yang, E.H., and others. 2000. Sleep apnea and quality of life. Sleep 23(4) : 535-541.
- Yantis, M.A., 1999. Identifying Depression as a symptom of sleep apnea. Journal of Psychosocial Nursing. 37: 28-34.
- Young, T. and others. 1997. Population-based study of sleep-disordered breathing as a risk factor for hypertension. Archives of Internal Medicine 157(15) : 1746-52.
- Zhan, L.C. 1992 Quality of life : Conceptual and measurement issue. Journal of Advance Nursing.17(7) : 795-798.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

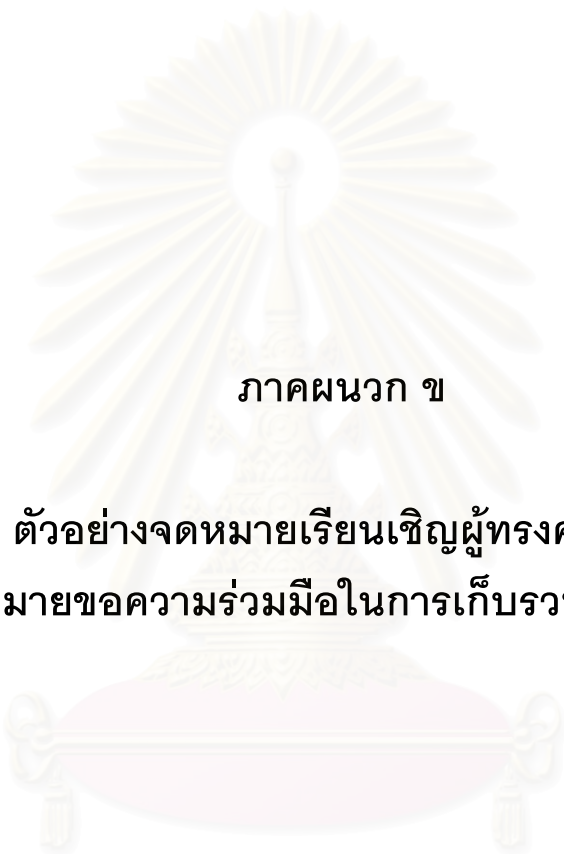
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

รองศาสตราจารย์ นพ. ชัยรัตน์ นีรันตรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รองศาสตราจารย์ นพ. นิธิพัฒน์ เจียรกุล	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ พัทธมนต์ คุ่มทวีพร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
ดร. ประภาพร จินันทุยา	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2546

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง

เนื่องด้วย นางวรุณศิริ ปราณิธรรม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานจัดการศึกษา

โทร.02-218-9825 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02- 2189817

ชื่อนิสิต

นางวรุณศิริ ปราณิธรรม โทร. 09-1095251

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางวรุณศิริ ปราณีธรรม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ถ้าเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง

งานจัดการศึกษา

โทร.02-218-9825 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02- 2189817

ชื่อนิสิต

นางวรุณศิริ ปราณีธรรม โทร. 09-1095251

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางวรุณศิริ ปราณิธรรม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญรองศาสตราจารย์ ดร. พัสมนท์ คุ่มทวีพร เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ พัสมนท์ คุ่มทวีพร

งานจัดการศึกษา

โทร.02-218-9825 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02- 2189817

ผู้นิสิิต

นางวรุณศิริ ปราณิธรรม โทร. 09-1095251

ที่ ศร0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เนื่องด้วย นางวรุณศิริ ปรานีธรรม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นพ. นิธิพัฒน์ เจียรกุล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ นพ. นิธิพัฒน์ เจียรกุล

งานจัดการศึกษา

โทร.02-218-9825 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02- 2189817

ชื่อนิสิต

นางวรุณศิริ ปรานีธรรม โทร. 09-1095251

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2546

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย

เนื่องด้วย นางวรุณศิริ ปราณิธรรม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานจัดการศึกษา

โทร.02-218-9816 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02- 2189817

ชื่อนิสิต

นางวรุณศิริ ปราณิธรรม โทร. 09-1095251

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2546

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์

เนื่องด้วย นางวรุณศิริ ปราณิธรรม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของ เครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานจัดการศึกษา

โทร.02-218-9816 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02- 2189817

ชื่อนิสิต

นางวรุณศิริ ปราณิธรรม โทร. 09-1095251

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

เนื่องด้วย นางวรุณศิริ ปรานีธรรม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. ประภาพร จินันทุยาและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. ประภาพร จินันทุยา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด

งานจัดการศึกษา

โทร.02-218-9816 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02- 2189817

ชื่อนิสิต

นางวรุณศิริ ปรานีธรรม โทร. 09-1095251

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เนื่องด้วย นางวรุณศิริ ปรานีธรรม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นพ. ชัยรัตน์ นรินทร์รัตน์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ นพ. ชัยรัตน์ นรินทร์รัตน์

งานจัดการศึกษา

โทร.02-218-9816 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02- 2189817

ชื่อนิสิต

นางวรุณศิริ ปรานีธรรม โทร. 09-1095251

ที่ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2546

เรื่อง ขออนุมัติโครงการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

เนื่องด้วย นางวรุณศิริ ปรานีธรรม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ ขณะหลับ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขออนุมัติให้ นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยใช้ แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ ขณะหลับ กับผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ จำนวน 30 คน ณ หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและวัณโรค ตึกอักษฎาภรณ์ ชั้น 2 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และ หัวหน้าหน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและวัณโรค

งานจัดการศึกษา

โทร.02-218-9825 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02- 2189817

ชื่อนิสิต

นางวรุณศิริ ปรานีธรรม โทร. 09-1095251

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามารบิต

เนื่องด้วย นางวรรณศิริ ปรานีธรรม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยใช้ แบบวัดคุณภาพ การนอนหลับ แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ กับผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรศาสตร์ และคลินิกตรวจหู คอ จมูก ตึกผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนหัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรศาสตร์และหัวหน้าคลินิกตรวจหู คอ จมูก
ตึกผู้ป่วยนอกงานจัดการศึกษา

โทร.02-218-9825 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02- 2189817

ชื่อนิสิต

นางวรรณศิริ ปรานีธรรม โทร. 09-1095251

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

เนื่องด้วย นางวรรณศิริ ปรานีธรรม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยใช้ แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ กับผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ ณ หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและวัณโรค ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าหน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและวัณโรค

งานจัดการศึกษา

โทร.02-218-9825 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02- 2189817

ชื่อนิสิต

นางวรรณศิริ ปรานีธรรม โทร. 09-1095251

ใบยินยอมของผู้ร่วมโครงการวิจัย

เลขที่คนไข้.....ชื่อ.....นามสกุล.....

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัยซึ่งได้ลงนามทำของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางการศึกษาของโครงการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ”

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะที่เป็นข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องของกระทำได้เฉพาะกรณีที่เป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าสามารถออกจากโครงการวิจัยได้เมื่อข้าพเจ้าต้องการ โดยไม่มีผลต่อการบริการที่ข้าพเจ้าสมควรจะได้รับ

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้

(ลงนาม) _____

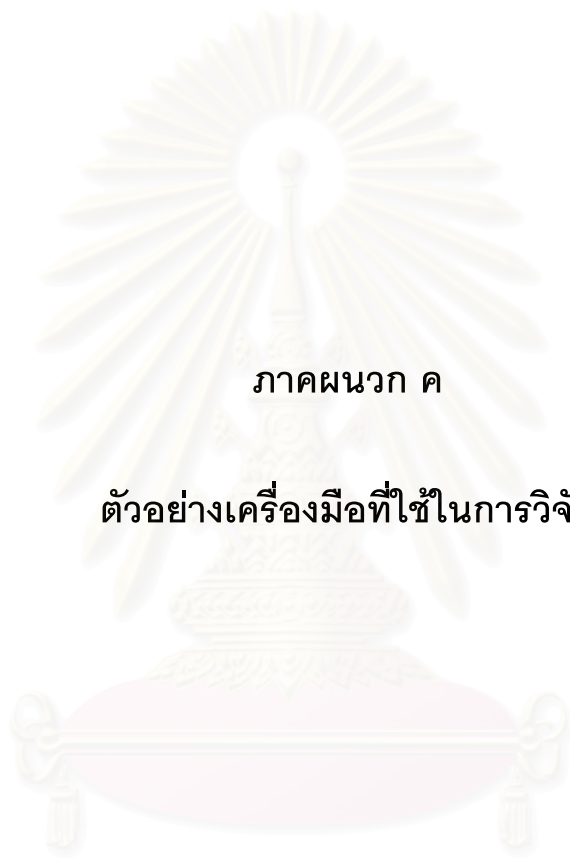
ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย

สถานที่ / วันที่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้วิจัย

พยาน



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

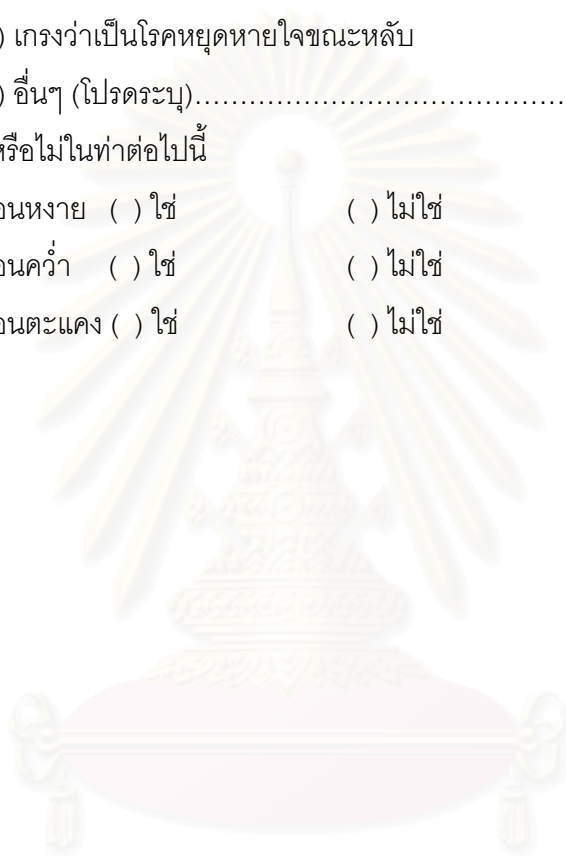
- () โรคภัยรภัย () โรคภูมิแพ้
 () ไซนัสอักเสบ () โรคอื่นๆ (โปรดระบุ).....

10. อาการสำคัญที่เป็นปัญหามากที่สุด (เลือกเพียงข้อเดียว) เป็นมานาน.....ปี

- () นอนกรน
 () ง่วงนอนมาก
 () เกรงว่าเป็นโรคหยุดหายใจขณะหลับ
 () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

11. ท่านนอนกรนหรือไม่ในทำต่อไปนี้

- นอนหงาย () ใช่ () ไม่ใช่
 นอนคว่ำ () ใช่ () ไม่ใช่
 นอนตะแคง () ใช่ () ไม่ใช่



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 แบบวัดระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน

คำชี้แจง : แบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถาม ซึ่งเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในแต่ละข้อ ที่ตรงกับสถานการณ์ที่ท่านมักจะเจอหลับหรืองีบหลับไป (กรุณาตอบทุกข้อ) โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่ปรากฏอาการง่วงนอนเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	มีอาการง่วงนอนเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	มีอาการง่วงนอนมาก
มาก	หมายถึง	มีอาการง่วงนอนตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
1. ขณะดูโทรทัศน์				
2. ขณะนั่งอ่านหนังสือ				
3.				
4.				
5.				
6.				
7. นิ่งพักหลังรับประทานอาหารกลางวัน				
8. นิ่งเอนหลังเพื่อพักในช่วงบ่าย				

ตอนที่ 3 แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต

คำแนะนำ : แบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ เพื่อให้ท่านบรรยายถึงสุขภาพโดยทั่วไปของท่านในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบันหรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ดีกว่าปกติ	หมายถึง	รู้สึกสบายกาย สบายใจ มากกว่าปกติ
เหมือนปกติ	หมายถึง	ไม่รู้สึกราวมีอะไรเปลี่ยนแปลงจากปกติ
แย่กว่าปกติ	หมายถึง	รู้สึกไม่สบายกาย ไม่สบายใจ มากกว่าปกติ
แย่กว่าปกติมาก	หมายถึง	รู้สึกไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ตลอดเวลา

ข้อความ	ดีกว่าปกติ	เหมือนปกติ	แย่กว่าปกติ	แย่กว่าปกติมาก
<u>ในระยะที่ผ่านมาท่าน</u>				
1. รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี				
2. รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ				
3. สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้				
4. ทำกิจกรรมต่างๆและใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ได้				
5. ออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านบ่อยเท่าที่เคย				
6. จัดการกับสิ่งต่างๆได้ดีพอๆกับคนส่วนใหญ่ที่อยู่ในสภาพเดียวกัน				
7. รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไรๆได้ดี				
8. พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป				
9. มีความรู้สึกรักและอบอุ่นกับคนใกล้ชิดได้				
10. รู้สึกว่าเข้ากับคนอื่นได้ง่าย				

ข้อความ	ดีกว่าปกติ	เหมือนปกติ	แยกว่าปกติ	แยกว่าปกติมาก
11. ใช้เวลาคุยเล่นกับคนอื่น				
12. รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ในเรื่องต่างๆ				
13. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้				
14. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา				
15. รู้สึกว่าไม่สามารถที่จะเอาชนะความยากลำบากต่างๆได้				
16. รู้สึกว่าชีวิตต้องดิ้นรนอยู่ตลอดเวลา				
17. มีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้				
18. มองอะไรครึ่งแคริสไปหมด				
19. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร				
20. สามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆของตัวเองได้				
21. รู้สึกเรื่องต่างๆที่ถมจันรับไม่ไหว				
22. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
23. รู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป				
24. คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า				
25. รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง				
26. หวังว่าอนาคตจะดีกว่าปัจจุบัน				
27. รู้สึกมีความสุขดี ตามสมควร เมื่อดูโดยรวมๆ				
28. รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา				
29. รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ไป				
30. รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				

ตอนที่ 4 แบบบันทึกระดับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (สำหรับผู้ป่วย)

Number _____ Sex _____ age _____ Yrs

Weight _____ kgs Height _____ m. BMI _____ kg/m²

History : _____

Date _____ --

1. Sleep staging

Stage 1 _____ min _____% TST Stage 2 _____ min _____% TST

Stage 3 _____ min _____% TST Stage 4 _____ min _____% TST

REM _____ min _____% TST Total number of arousal _____

Total recording time _____ min Arousal index (AI) _____/ hr

Total sleep time (TST) _____ min

2. Sleep disordered breathing

	non REM	REM	Total
Total number of apnea	_____	_____	_____
central	_____	_____	_____
obstructive	_____	_____	_____
mixed	_____	_____	_____
total number of hypopnea	_____	_____	_____
Apnea hypopnea index (AHI)	_____/ hr	_____/ hr	_____/ hr
Longest duration of apnea	_____	_____	_____
Mean SaO ₂	_____%	_____%	_____
Lowest SaO ₂	_____%	_____%	_____

3. Snoring

Snoring index _____/ hr _____/hr _____/hr

impression : _____

ตอนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

คำชี้แจง : แบบประเมินคุณภาพชีวิต เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่รับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ การรักษาพยาบาล การดำเนินชีวิต ความสำเร็จในชีวิต

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่รับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่องสภาพความเป็นอยู่ บุคลิกภาพ คุณค่าในตนเอง ความเชื่อ และการยึดมั่นในศาสนา

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่รับรู้เกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การออกกำลังกาย เพศสัมพันธ์

4. ด้านสังคมเศรษฐกิจ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่รับรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อน กิจกรรมทางสังคม การศึกษา การประกอบอาชีพ และรายได้

แบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 45 ข้อ เพื่อให้ท่านบรรยายถึงชีวิตและความเป็นอยู่ ตามการรับรู้หรือความรู้สึกของท่านในขณะนี้ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน
		ทุกประการ
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านเป็นส่วนใหญ่
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงและไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน
		ใกล้เคียงกัน
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านเป็นส่วนน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านเลย

ช่องหมายเหตุ เป็นช่องสำหรับใส่รายละเอียดเพิ่มเติมจากการแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อของท่าน

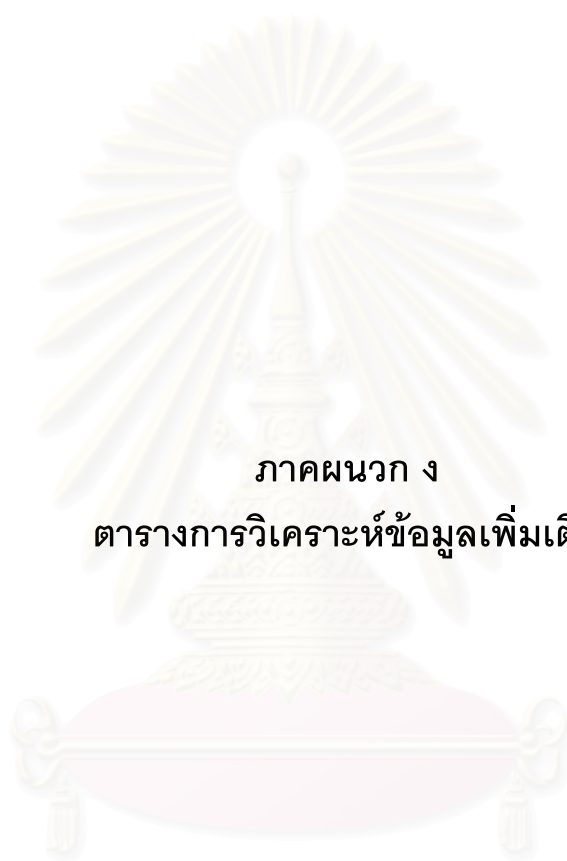
ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย	หมายเหตุ
<u>ด้านความพึงพอใจในชีวิต</u>						
1. ท่านรู้สึกพอใจกับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย						
2. ท่านรู้สึกพอใจกับสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น เครื่องใช้ภายในบ้าน						
3.....						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9. ท่านรู้สึกว่าช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่ท่านไม่มีความสุข						
10. ท่านรู้สึกพอใจกับความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน						
11. ท่านรู้สึกมีความพึงพอใจทางเพศลดลงกว่าเดิม						

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย	หมายเหตุ
<u>ด้านอัตมโนทัศน์</u>						
1. ท่านยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่						
2. ท่านรู้สึกไม่สบายใจที่การเจ็บป่วยของท่านมีผลทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น						
3. ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นคนท้อแท้ต่ออุปสรรค						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9. ท่านมีความเชื่อมั่นในตนเอง						
10. ท่านรู้สึกหงุดหงิดไม่พอใจ						

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย	หมายเหตุ
<u>ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย</u>						
1. ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง						
2. ท่านสามารถทำสิ่งที่เป็นประจำได้ เช่น รดน้ำต้นไม้ ทำอาหาร						
3. ท่านรู้สึกว่ตื่นนอนด้วยความสดชื่น และรู้สึกว่าได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ						
4. ท่านรู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10. ท่านต้องใช้เวลามากในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ ให้สำเร็จ						
11. ท่านมีความรู้สึกเมื่อยๆตึงๆขาต้องคอยสะบัดขาเป็นประจำ						
12. มีอาการคล้ายๆสั้ลั้ขณะนอนหลับ						
13. ท่านตื่นขึ้นมาด้วยอาการอ่อนล้า ไม่สดชื่น ต้องการนอนต่ออีก						

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย	หมายเหตุ
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ						
1. ท่านคิดว่าท่านมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล						
2. ท่านพอใจกับรายได้ที่ได้รับในปัจจุบัน						
3. บุคคลในครอบครัวท่านเป็นที่ไว้วางใจและพูดคุยปัญหาต่างๆได้						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10. ท่านคิดว่าความสัมพันธ์ของท่านกับบุคคลในครอบครัวมีปัญหาเพียงใด						
11. ท่านขี้ลืม ไม่ค่อยมีสมาธิในการทำงาน						



ภาคผนวก ง
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน จำแนกตามรายชื่อ (n = 120)

ข้อความ	\bar{x}	S.D.
1. ขณะดูโทรทัศน์	1.50	.80
2. ขณะนั่งอ่านหนังสือ	1.70	.76
3. ขณะนั่งเฉยๆนอกบ้านและในที่สาธารณะ	1.37	.86
4. ขณะนั่งพูดคุยกับบุคคลอื่น	.68	.80
5. ขณะขับรถหรือรถติดไม่กินาที	1.28	.90
6. โดยสารรถยนต์ประมาณ 1 ชั่วโมง	2.01	.72
7. นิ่งพักหลังรับประทานอาหารกลางวัน	1.51	.85
8. นิ่งเอนหลังเพื่อพักในช่วงบ่าย	1.95	.78

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับมีคะแนนของระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันในรายชื่อที่ 6 สูงที่สุดซึ่งเป็นการประเมินเกี่ยวกับระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน ในขณะที่นั่งเป็นผู้โดยสารในรถยนต์ประมาณ 1 ชั่วโมง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 (SD = .72) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือข้อ 4 ซึ่งเป็นการประเมินเกี่ยวกับระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน ในขณะที่นั่งพูดคุยกับบุคคลอื่น โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .68 (SD = .80)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจ
ขณะหลับของภาวะสุขภาพจิต จำแนกตามรายชื่อ (n = 120)

ข้อความ	ไม่มีปัญหา (คน)	ร้อยละ	มีปัญหา (คน)	ร้อยละ
1. รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี	78	65.00	42	35.00
2. รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ	86	71.70	34	28.30
3. สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้	61	50.80	59	49.20
4. ทำกิจกรรมต่างๆและใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ได้	75	62.50	45	37.50
5. ออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านบ่อยเท่าที่เคย	77	64.20	43	35.80
6. จัดการกับสิ่งต่างๆได้ดีพอๆกับคนส่วนใหญ่ ที่อยู่ในสภาพเดียวกัน	86	71.70	34	28.30
7. รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไรๆได้ดี	94	78.30	26	21.70
8. พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป	87	72.50	33	27.50
9. มีความรู้สึกรักและอบอุ่นกับคนใกล้ชิดได้	109	90.80	11	9.20
10. รู้สึกว่าเข้ากับคนอื่นได้ง่าย	103	85.80	17	14.20
11. ใช้เวลาคุยเล่นกับคนอื่น	85	70.80	35	29.20
12. รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ในเรื่องต่างๆ	104	86.70	16	13.30
13. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้	81	67.50	39	32.50
14. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา	79	65.80	41	34.20
15. รู้สึกว่าไม่สามารถที่จะเอาชนะความยากลำบากต่างๆได้	110	91.70	10	8.30
16. รู้สึกว่าชีวิตต้องดิ้นรนอยู่ตลอดเวลา	110	91.70	10	8.30
17. มีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้	90	75.00	30	25.00
18. มองอะไรเคร่งเครียดไปหมด	103	85.80	17	14.20
19. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร	106	88.30	14	11.70
20. สามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆของตนเองได้	105	87.50	15	12.50
21. รู้สึกเรื่องต่างๆทับถมจนรับไม่ไหว	110	91.70	10	8.30
22. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	74	61.70	46	38.30
23. รู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป	59	49.20	61	50.80
24. คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า	113	94.20	7	5.80
25. รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง	119	99.20	1	.80
26. หวังว่าอนาคตจะดีกว่าปัจจุบัน	114	95.00	6	5.00
27. รู้สึกมีความสุขดี ตามสมควร เมื่อดูโดยรวมๆ	101	84.20	19	15.80

ตารางที่ 14 ต่อ

ข้อความ	ไม่มีปัญหา (คน)	ร้อยละ	มีปัญหา (คน)	ร้อยละ
28. รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา	95	29.20	25	20.80
29. รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ไป	118	98.30	2	1.70
30. รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	91	75.80	29	24.20

จากตารางที่ 13 พบว่าผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตในรายข้อที่ 23 ซึ่งเป็นความรู้สึกสูญเสียความมั่นใจในตัวเอง มีผู้ตอบว่าเป็นปัญหามากที่สุด 61 คน คิดเป็นร้อยละ 50.8 ส่วนข้อที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตน้อยที่สุดคือรายข้อที่ 25 ซึ่งเป็นความรู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง มีผู้ตอบว่าเป็นปัญหา 1 คน คิดเป็นร้อยละ .80 และความรู้สึกว่าไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป มีผู้ตอบว่าเป็นปัญหา 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.70

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อนางวรุณศิริ ปรานีธรรม เกิดวันที่ 6 กรกฎาคม 2515 ที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลเมื่อ พ.ศ. 2536 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2544 ปัจจุบัน ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล หอผู้ป่วย 11 โรงพยาบาลวิชัยยุทธ ถนนเศรษฐศิริ แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย