

Insomnia Experience, Insomnia Management Strategies and Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

Prapapan Sukhonthachit¹, Doungrut Wattanakitkrileart, RN, DNS¹,
Kanaungnit Pongthavornkamol, RN, PhD¹, Charoen Chuchottaworn, MD²

Abstract

Purpose: To investigate the insomnia experience, insomnia management strategies and quality of life in persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD); to determine the correlations between insomnia experience and quality of life; and to determine the correlations between effective management of insomnia and quality of life.

Design: Descriptive correlational research.

Method: The purposive sample composed of 126 COPD patients in COPD Clinic of one tertiary hospital in Bangkok, Thailand. Data were collected using an insomnia severity index, an insomnia management strategies questionnaire, and a Short Form Survey (SF 12, Version 2) with Cronbach's alpha coefficient at .85, .80 and .72 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

Main findings: All patients experienced one or more insomnia symptoms. The result revealed that 50% of participants had mild insomnia experience. The management strategy used by most of the samples was well-ventilated rooms. The most effective insomnia management strategy to promote adequate sleep was exercise in the morning or evening. Overall quality of life and quality of life in terms of physical health was found to be poor ($\bar{X} = 45.82$, $SD = 5.56$, $\bar{X} = 38.64$, $SD = 9.48$, respectively). Insomnia symptom experience was negatively correlated with quality of life ($r = -.195$, $p < .05$). Furthermore, insomnia management efficiency was not correlated with quality of life ($r = .151$, $p > .05$).

Conclusion and recommendations: The findings suggested that nurses should pay attention on assessing insomnia experience and providing information to deal with insomnia to promote the quality of life in patients with COPD.

Keywords: patient with chronic obstructive pulmonary disease, insomnia experience, insomnia management strategies, quality of life

J Nurs Sci. 2017;35(2):100-111

Corresponding Author: Associate Professor Doungrut Wattanakitkrileart, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Bangkok, Thailand

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Central Chest Institute, Nonthaburi, Thailand

ประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับ กลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*

ประภาพรรณ สุนทรจิตต์¹ กวณรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.น.¹ คณิศจิ พงศ์ถาวรกุล, ปส.น.¹

เจริญ ฐโณทิการ, พน.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับ กลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับ ประสิทธิภาพของการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รูปแบบการวิจัย: ศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 126 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (SF-12) เวอร์ชัน 2 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85, .80 และ .72 ตามลำดับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: พบว่าจากการคัดกรองประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีประสบการณ์อาการนอนไม่หลับอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50 มีอาการนอนไม่หลับระดับเล็กน้อย กลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ จัดห้องให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ส่วนกลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่ช่วยให้นอนหลับได้เพียงพอมากที่สุด คือ ออกกำลังกายในช่วงเช้าหรือเย็น คุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายพบว่า อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X} = 45.82$, $SD = 5.56$, $\bar{X} = 38.64$, $SD = 9.48$ ตามลำดับ) ประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.195$, $p < .05$) และประสิทธิภาพของการจัดการกับอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .151$, $p > .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: จากผลการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลควรประเมินอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย และวางแผนให้ข้อมูลจัดการกับอาการนอนไม่หลับ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประสบการณ์อาการนอนไม่หลับ กลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ คุณภาพชีวิต

J Nurs Sci. 2017;35(2):100-111

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² สถาบันโรคทรวงอก

ความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระบบสุขภาพ และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก เป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างเรื้อรัง การดำเนินโรคเกิดขึ้นอย่างช้าๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในปอด เกิดการอุดกั้นการระบายอากาศจากการที่มีการทำลายของถุงลมอย่างถาวร ปอดเสียความยืดหยุ่นทำให้มีอากาศค้างคั่งอยู่ภายในถุงลม และเกิดความบกพร่องในการระบายอากาศ¹ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานเนื่องจากจะต้องพบกับอาการหลายอาการที่เกิดขึ้นร่วมกัน ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ เป็นอาการที่พบได้บ่อยเป็นอันดับที่ 4 รองจากอาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า วิตกกังวล และซึมเศร้า^{2,3} อาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่ำกว่าโรคเรื้อรังอื่นๆ ในทุกๆ ด้าน⁴

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 50 มีปัญหาการนอนหลับ ซึ่งเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น การคั่งค้างของเสมหะในหลอดลมในช่วงเวลานอนหลับ ทำให้ต้องไอหรือไอขี้เสมหะตอนกลางคืน ส่งผลให้ตื่นบ่อยขึ้น ระยะเวลากการนอนหลับรวมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงหรือทำให้นอนไม่หลับ หรือเกิดจากผลข้างเคียงของยา ซึ่งรบกวนการนอนหลับ เช่น theophylline, corticosteroids, β -adrenoreceptor agonists^{5,6} การศึกษาของ Reishtein⁷ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการอ่อนล้าและอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p < .001$ และ $r = .39, p < .001$ ตามลำดับ) ทำให้มีอาการง่วงและงีบหลับในช่วงกลางวันมากกว่าปกติ⁸ ลักษณะการนอนหลับของผู้ป่วยจะเข้าสู่การนอนหลับยาก ตื่นบ่อยระหว่างนอน ไม่สามารถหลับได้ต่อเนื่อง ทำให้ระยะเวลาการนอนหลับรวมลดลง^{5,9} โดยเฉพาะระยะการนอนหลับที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (REM sleep) จะมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีการหดตัวของหลอดลม ทำให้หายใจลำบาก ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิต ทำให้มี

อาการอ่อนล้า เชื่องซึม อีกทั้งยังบั่นทอนความสามารถในการบำรุงและซ่อมแซมตนเองในการฟื้นฟูสุขภาพจากการเจ็บป่วย ประสบการณ์การนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่และประสิทธิภาพในการทำงาน และคุณภาพชีวิตโดยรวม¹⁰ ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงต้องการการพักผ่อนและการนอนหลับอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ร่างกายมีการสะสมพลังงานที่จะนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตมากขึ้น จึงต้องหากลวิธีจัดการกับอาการนอนไม่หลับ

กลวิธีจัดการอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าใช้วิธีการจัดการหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ การบำบัดด้วยยา พฤติกรรมบำบัด และการแก้ไขทางด้านจิตใจและสังคม¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชมพูนุท ศรีรัตน และคณะ¹¹ ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการการนอนหลับเปลี่ยนแปลง มีการใช้ยานอนหลับ พิงเพลง สวดมนต์ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และอ่านหนังสือเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการนอนไม่หลับ สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ในผู้ป่วยโรคเอดส์ ขั้วญาณ ขั้วญาณสภาพรูกุล¹² พบว่าส่วนใหญ่มีการจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ การทำความสะอาดเครื่องนอน และการดูแลปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมมากที่สุด รองลงมา คือ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมการนอนหลับ เช่น การเข้านอนตรงเวลา และออกกำลังกายสม่ำเสมอ ส่วนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า การจัดการอาการนอนไม่หลับที่ผู้ป่วยปฏิบัติและมีประสิทธิภาพ คือ การทำสมาธิ หรือสวดมนต์ก่อนนอน¹³ Ishak และคณะ¹⁰ พบว่าการจัดการอาการนอนไม่หลับที่มีประสิทธิภาพทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีการจัดการอาการนอนไม่หลับหลายวิธีที่มีประสิทธิภาพ เช่น การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การโยคะ

ปัจจุบันในต่างประเทศและในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการอาการในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังหลายงาน ส่วนใหญ่จะศึกษาในอาการหายใจลำบากมากที่สุด¹⁴ รองลงมา คือ อาการอ่อนล้า¹⁵ การศึกษาอาการ

นอนไม่หลับยังมีน้อย บางงานวิจัยกล่าวถึงอาการต่างๆ ในภาพรวม เช่น ชมพูท ศรีรัตน์ และคณะ¹¹ ศึกษาในผู้ป่วย ปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเผชิญ ในหลายอาการ โดยกลุ่มอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เรียงตามลำดับที่เกิดขึ้นดังนี้ อาการหายใจลำบาก อ่อนล้า การนอนหลับเปลี่ยนแปลง กลุ่มอาการปวดและ เปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรู้สึก ปัญหาทางด้านอารมณ์ ความจำลดลง และกลืนอาหารไม่ลง แต่การศึกษา ดังกล่าวจะเป็นการศึกษาในภาพรวม ข้อมูลที่ได้ไม่ได้ เฉพาะเจาะจงกับอาการนอนไม่หลับ และการศึกษาที่ เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ จัดการอาการจะเน้นไป ทางด้านการให้ยา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับ กลวิธีการจัดการกับ อาการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิต ตามการรับรู้ของ ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับประสิทธิผลของการ จัดการกับอาการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในเรื่อง ประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยปอดอุดกั้น เรื้อรัง และใช้เป็นแนวทางแก่พยาบาลและทีมสุขภาพ ใน การประเมินอาการ และหากกลวิธีการจัดการกับอาการนอน ไม่หลับให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปอด อุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบจำลองการจัดการกับ อาการ (symptom management model) ของ Dodd เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งพัฒนารอบแนวคิดการ จัดการกับอาการมาจากแนวคิดของ Larson ประกอบด้วย 3 มิติหลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ (outcome) โดย ผู้วิจัยศึกษาประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับ กลวิธี จัดการกับอาการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ ของกลวิธีจัดการกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยปอดอุดกั้น เรื้อรัง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับ กลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ การมีอาการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย ปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลของ การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตใน ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

1. ประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับมีความ สัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ประสิทธิภาพของการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปอดอุดกั้น เรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อหาความ สัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป และมารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติของ กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) รู้สึกตัวดี และสื่อสารภาษาไทยได้ 2) ได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด มีค่าที่ได้หลังได้รับยาสูด ขยายหลอดลม FEV1/FVC <70 เปอร์เซ็นต์ 3) มี ประสบการณ์อาการนอนไม่หลับตั้งแต่ 1 อาทิตย์ขึ้นไป (ประเมินจากแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการนอน ไม่หลับ จำนวน 5 อาการ) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จากเปิด ตาราง Polit และ Beck¹⁶ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจ ทดสอบ (power analysis) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ

แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก เท่ากับ .25 ซึ่งได้จากการศึกษาของ Hynninen และคณะ¹⁷ ที่มีลักษณะงานวิจัยใกล้เคียงกัน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เป็นต้น และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการเจ็บป่วย ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ GOLD (จากเวชระเบียน) ระยะเวลาที่เป็น โรคหอบหืดที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin แปลเป็นภาษาไทย โดยพัทธิญา แก้วแพง¹⁸ เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (numerical scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ตัวเลข 0-4 มีข้อความ 7 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน โดยแบ่งระดับอาการนอนไม่หลับ ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง มีอาการนอนไม่หลับแต่ไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก 8-14 คะแนน หมายถึง มีอาการนอนไม่หลับระดับเล็กน้อย 15-21 คะแนน หมายถึง มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง และ 22-28 คะแนน หมายถึง อาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ พัฒนาโดย ดวงจิต หมดจิด¹³ มีข้อความ 16 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 วิธีการจัดการและผลลัพธ์หลังการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับและผลลัพธ์จำนวน 15 ข้อ โดยให้เลือกตอบว่าวิธีการจัดการที่กล่าวมาได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) หรือไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) ส่วนประสิทธิผลของการนอนหลับคำตอบเป็นการประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) ไม่มีผลเลย (0 คะแนน) และนำคะแนนผลของกลวิธีจัดการอาการนอนไม่หลับ มาคำนวณเฉลี่ยรายข้อ โดยกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ย

ซึ่งสามารถแปลผลได้ดังนี้ ผลของกลวิธีจัดการไม่ได้ผลเลยเท่ากับ 0 คะแนน ผลของกลวิธีจัดการได้ผลน้อยเท่ากับ 0.01-1.49 คะแนน ผลของกลวิธีจัดการได้ผลปานกลางเท่ากับ 1.50-2.49 คะแนน และผลของกลวิธีจัดการได้ผลมากเท่ากับ 2.50-3.00 คะแนน ส่วนที่ 2 เป็นคำถามปลายเปิด ให้เลือกวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับข้อใดมีผลช่วยทำให้นอนหลับเพียงพอมากที่สุด 1 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (SF-12) เวอร์ชัน 2 เป็นแบบสอบถามฉบับย่อของแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต (Short Form; SF 36) ประเมินมิติทางด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติ แปลเป็นภาษาไทยโดย วิรัช เกษมทรัพย์, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และกนกพร ปูผำ¹⁹ ข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนตามน้ำหนักคะแนน โดยมีคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 12-56 คะแนน รายงานคะแนนรวมเป็น 2 ด้าน ได้แก่ คะแนนรวมทางด้านร่างกาย (Physical Component Score: PCS) ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 8 คะแนนอยู่ระหว่าง 6-26 คะแนน และคะแนนรวมทางด้านจิตใจ (Mental Component Score: MCS) ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 9, 10, 11, 12 คะแนนอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แปลงคะแนนโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของบริษัท Quality Metric Incorporated แปลงคะแนนรวมให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน โดยคะแนน 50-100 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี คะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี

เครื่องมือทุกชุดได้รับอนุญาตจากเจ้าของหรือผู้พัฒนาเครื่องมือแล้ว โดยผ่านการตรวจคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับจากแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1.0 ส่วนแบบประเมินประสิทธิผลการมีอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin และแบบประเมินคุณภาพ

ชีวิต (SF-12) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้ผ่านกระบวนการแปลและตรวจสอบ ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง จึงไม่นำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเห็นชอบไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาหรือภาษา

ส่วนการหาค่าความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบประเมินประสิทธิผลการมีอากรนอนไม่หลับ แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินคุณภาพชีวิต (SF-12) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .85, .80 และ .72 ตามลำดับ แล้วนำไปใช้จริงในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84, .71 และ .77 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2015/311.1510) และคณะกรรมการเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (หมายเลข 110/2558) ผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามกระบวนการมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของทั้งสองสถาบัน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประชาสัมพันธ์โครงการและสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง และเชิญชวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสนใจเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษารั้วนี้ การเข้าร่วมโครงการขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ป่วย การไม่เข้าร่วมโครงการไม่มีผลใดๆ ต่อการเข้ารับการรักษา และเมื่อเข้าร่วมโครงการแล้วผู้ป่วยสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของ

การศึกษาครั้งนี้เท่านั้น และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม หากผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ขอให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (SF-12) เวอร์ชัน 2 โดยจะใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งต้องผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ด้วยวิธี Skewness และ Kurtosis

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.4) เป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี (ร้อยละ 28.6) อายุเฉลี่ย 71.05 ปี (SD = 9.27) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64.3) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.1) มีรายได้ต่อครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท ใช้สิทธิการรักษาข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 61.1) อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 51.6) รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 63.5) สาเหตุการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96) มาจากการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ (pack-year) มากกว่า 20-40 pack-year ร้อยละ 29.4 เฉลี่ย 39.8 (SD = 31.71) กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมร้อยละ 77 โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 50) รองลงมา คือ หลอดเลือดหัวใจ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 27.8 และ 25.4 ตามลำดับ) ระดับความรุนแรงของโรค พบอยู่ในกลุ่ม A (ร้อยละ 47.6) ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในช่วง

1-10 ปีคิดเป็นร้อยละ 73 เฉลี่ย 5.40 ปี ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยร้อยละ 23.8 จำนวน 1-5 ครั้งร้อยละ 22.2 เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินร้อยละ 28.6 จำนวน 1-5 ครั้งร้อยละ 26.2 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.4) ใช้ยาสูด รองลงมา เป็นยารับประทานร้อยละ 95.2 โดยยาที่ได้รับเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.2) เป็นยา Bronchodilator ในกลุ่ม β_2 -agonists, Anticholinergic drug, Methylxanthines รองลงมาเป็นยากลุ่ม Corticosteroid ร้อยละ 77.8 นอกจากนี้มีการใช้ออกซิเจนระยะยาวร้อยละ 11.1

2. ข้อมูลประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.9 มีอาการนอนไม่หลับแต่ไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก โดยร้อยละ 84.1 มีอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก โดยครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีอาการนอนไม่หลับระดับเล็กน้อย

3. ข้อมูลกลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ

กลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ จัดห้องให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก (ร้อยละ 93.7) รองลงมา คือ จัดห้องไม่ให้ร้อนหรือเย็นเกินไป (ร้อยละ 92.9) ดูแลเครื่องนอนให้สะอาดไม่มีฝุ่น/แมลงรบกวน (ร้อยละ 91.3) ดูแลไม่ให้เสียงดังรบกวนหรือใช้ที่ปิดหูเมื่อไม่สามารถลดเสียงรบกวน (ร้อยละ 87.3) ออกกำลังกายในช่วงเช้าหรือเย็น (ร้อยละ 78.6) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.92$, $SD = .39$) สำหรับกลวิธีการจัดการกับอาการ

นอนไม่หลับที่มีประสิทธิผลระดับปานกลาง คือ รับประทานยาช่วยให้นอนหลับที่แพทย์จัดให้ ($\bar{X} = 2.63$, $SD = 0.77$) รองลงมา คือ ออกกำลังกายในช่วงเช้าหรือเย็น ($\bar{X} = 2.32$, $SD = 1.20$) ทำสมาธิ/สวดมนต์ ($\bar{X} = 2.22$, $SD = 1.27$) ดูแลไม่ให้เสียงดังรบกวนหรือใช้ที่ปิดหูเมื่อไม่สามารถลดเสียงรบกวน ($\bar{X} = 2.20$, $SD = 1.08$) จัดห้องไม่ให้ร้อนหรือเย็นเกินไป ($\bar{X} = 2.17$, $SD = .99$) ส่วนกลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนปฏิบัติและช่วยให้นอนหลับได้เพียงพอมากที่สุด คือ ออกกำลังกายในช่วงเช้าหรือเย็น (ร้อยละ 53.2)

4. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายพบว่า อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X} = 45.82$, $SD = 5.56$, $\bar{X} = 38.64$, $SD = 9.48$ ตามลำดับ) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 53.0$, $SD = 9.23$) เมื่อพิจารณามิติทางด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติพบว่า มิติด้านข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่เป็นผลมาจากอารมณ์ (role emotional) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 76.76$, $SD = 22.15$) รองลงมา คือ มิติทางด้านความปวด (bodily pain) ($\bar{X} = 76.19$, $SD = 24.46$) มิติทางด้านสุขภาพจิตทั่วไป (mental health) ($\bar{X} = 73.01$, $SD = 22.98$) มิติทางด้านทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ($\bar{X} = 73.01$, $SD = 34.00$) มิติทางด้านพละกำลัง (vitality) ($\bar{X} = 57.53$, $SD = 30.70$) และมิติทางด้านสุขภาพทั่วไป (general health) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 30.55$, $SD = 22.64$)

ตารางที่ 1 สรุปคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบการแจกแจงแบบปกติของกลุ่มตัวอย่าง (N = 126)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	Mean	SD	Skewness	Kurtosis
1. ประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับ	0-28	4.84-32.56	12.43	5.56	.948	.723
2. ประสิทธิภาพการจัดการกับอาการ	0-45	2.00-35.00	17.18	6.50	.014	.191
3. คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-100	30.21-57.08	45.82	5.56	-.449	.166
- ด้านสุขภาพกาย (PCS)	0-100	13.51-59.01	38.64	9.48	-.309	-.454
- ด้านสุขภาพจิต (MCS)	0-100	25.34-76.68	53.00	9.23	-.350	.025

p > .05

5. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอากรนอนไม่หลับและคุณภาพชีวิต ประสิทธิภาพของการจัดการกับอาการนอนไม่หลับและคุณภาพชีวิต จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ประสบการณ์การ

มีอากรนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.195$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และประสิทธิภาพของการจัดการกับอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .068, p > .05$)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอากรนอนไม่หลับ ประสิทธิภาพของการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (N = 126)

ตัวแปร	1	2	3
1. ประสบการณ์การมีอากรนอนไม่หลับ	1		
2. ประสิทธิภาพการจัดการกับอาการ	-.107	1	
3. คุณภาพชีวิต	-.195*	.151 ^{ns}	1

* $p < .05$, ^{ns} = non significant

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.1 เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก โดยครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีอาการนอนไม่หลับระดับเล็กน้อย อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเกือบครึ่ง (ร้อยละ 47.6) มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในกลุ่ม A คือ ผู้ป่วยที่มีอาการน้อย ความเสี่ยงในการกำเริบน้อย ทำให้ส่งผลต่อการนอนอาการนอนไม่หลับระดับเล็กน้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นวงจรการนอนหลับและสรีรวิทยาของการนอนหลับมีการเปลี่ยนแปลงไป การนอนหลับช่วง REM sleep ลดลง รวมทั้ง NREM sleep ระยะที่ 1 เพิ่มขึ้น แต่ระยะที่ 3 และ 4 ก็ลดลง²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hynninen และคณะ¹⁷ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับประสิทธิภาพการนอนหลับ ($r = -.40, p = .046$) เนื่องจากผู้สูงอายุจะถูกปลุกตื่นได้ง่ายและบ่อยกว่าวัยอื่นๆ ทำให้การนอนหลับไม่สามารถผ่านเข้าสู่ช่วงไม่มีการกลอกตาไปมาอย่างรวดเร็วได้เท่ากับคนวัยอื่น ทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุลดลง เมื่อตื่นนอนตอนเช้าจึงรู้สึกไม่สดชื่น รู้สึกเหมือนนอนไม่หลับ หรือนอนไม่เพียงพอ รู้สึกง่วงนอนในเวลากลางวัน และพยายามเข้านอนในคืนถัดไปเร็วขึ้น ทำให้พบว่าส่วนใหญ่เข้านอนแต่หัวค่ำ แต่จะใช้เวลาในการเข้านอนนานกว่าจะนอนหลับ เมื่อหลับแล้วอาจตื่นกลางดึกบ่อยๆ เพราะถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ง่าย เมื่อตื่นแล้วใช้เวลาานานกว่าจะนอนหลับได้อีก การนอนไม่หลับยังมีสาเหตุมาจากการไอ

การคั่งของเสมหะในหลอดลมมีผลให้เกิดการไอเพื่อขับเสมหะออกมา ส่งผลทำให้ผู้ป่วยตื่นในเวลากลางคืน อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ มีการคั่งค้างของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น อีกทั้งในระยะ REM มีการลดลงของออกซิเจนในเลือดแดง และมีการคั่งค้างของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุให้เกิดอาการหอบเหนื่อย และตื่นในเวลากลางคืนได้ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ระดับความรุนแรงของโรคในกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับ C และ D ร้อยละ 33.3 ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากและอาการกำเริบเพิ่มมากขึ้น ส่งผลรบกวนอาการนอนหลับ การนอนไม่หลับอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา เช่น theophylline, corticosteroids, β -adrenoreceptor agonists^{5,6} เนื่องจากผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องได้รับยาหลายชนิดร่วมกันเป็นระยะเวลานาน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.2 ได้รับยาขยายหลอดลมในกลุ่ม β 2-agonists, Anticholinergic drug, Methylxanthines รองลงมาเป็นยากลุ่ม Corticosteroid ร้อยละ 77.8 ซึ่งมีผลกระทบต่อการนอนหลับ โดยกระตุ้นประสาทส่วนกลางทำให้ร่างกายตื่นตัวหลับยาก เพิ่มระยะเวลาตื่น การนอนหลับระยะนอนหลับลึก ระยะ REM และระยะเวลาการนอนหลับโดยรวมลดลง ปัสสาวะบ่อย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยครึ่งหนึ่งระบุว่ามีการนอนไม่หลับระดับเล็กน้อย อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่

เป็นผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานประจำจึงไม่รู้สึกรบกวนต่อการใช้ชีวิตประจำวันมากนัก และการเปลี่ยนแปลงของอาการนอนไม่หลับค่อยๆ เกิดตามอายุและพยาธิสภาพที่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ จัดห้องให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก (ร้อยละ 93.7) รองลงมา คือ จัดห้องไม่ให้ร้อนหรือเย็นเกินไป (ร้อยละ 92.9) ดูแลเครื่องนอนให้สะอาดไม่มีฝุ่น/แมลงรบกวน (ร้อยละ 91.3) ดูแลไม่ให้เสียงดังรบกวนหรือใช้ที่ปิดหูเมื่อไม่สามารถลดเสียงรบกวน (ร้อยละ 87.3) ออกกำลังกายในช่วงเช้าหรือเย็น (ร้อยละ 78.6) กลวิธีดังกล่าวเป็นสุขบัญญัติของการนอนหลับที่ดี (sleep hygiene) เป็นนิสัยหรือพฤติกรรมเริ่มต้นที่จะทำให้หลับได้ดี มีคุณภาพมากขึ้นโดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลที่เลือกปฏิบัติ เพราะเป็นการรักษาเริ่มต้นด้วยวิธีไม่เขียทำได้ง่าย สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้วิธีข้างต้น กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 53.2) เลือกใช้วิธีการออกกำลังกาย เป็นกลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนปฏิบัติและรับรู้ว่าจะช่วยให้หลับได้เพียงพอมากที่สุด โดยให้เหตุผลว่า การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นความแข็งแรง และความทนทานของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจ ส่งผลให้สมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นลดความตึงเครียดทางร่างกายและอารมณ์ ทำให้นอนหลับพักผ่อนดีขึ้น โดยคนที่ออกกำลังกายปกติเมื่อออกกำลังกายน้อยลงจะนอนไม่หลับ แสดงว่าการออกกำลังกายส่งเสริมคุณภาพการนอนดีขึ้นมากกว่าปกติ การออกกำลังกายระดับปานกลาง วันละ 20-30 นาที จำนวน 4-5 วัน/สัปดาห์ จะช่วยให้การนอนหลับดีขึ้น โดยช่วยลดความวิตกกังวล ความตึงเครียดที่เป็นปัจจัยรบกวนการนอน ทำให้อุณหภูมิของร่างกายลดลงง่ายต่อการนอนหลับ²¹ สอดคล้องกับการรายงานของ Schutte-Rodin และคณะ²² พบว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยให้อาการนอนไม่หลับดีขึ้น

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิต

โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X} = 45.82$, $SD = 5.56$) เมื่อพิจารณามิติทางด้านสุขภาพแต่ละด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 53$, $SD = 9.23$) แต่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X} = 38.64$, $SD = 9.48$) เมื่อพิจารณามิติทางด้านสุขภาพแต่ละด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 53$, $SD = 9.23$) แต่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X} = 38.64$, $SD = 9.48$) เมื่อพิจารณามิติทางด้านสุขภาพ 8 มิติพบว่า มิติทางด้านสุขภาพทั่วไป ($\bar{X} = 30.55$, $SD = 22.64$) มิติทางการทำงานทางด้านร่างกาย ($\bar{X} = 48.41$, $SD = 36.02$) และมิติทางด้านบทบาทด้านร่างกาย ($\bar{X} = 44.04$, $SD = 34.77$) อาจเนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น จะพบความเสี่ยงของปอดเพิ่มขึ้น จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ C และ D ร้อยละ 33.3 โดยในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.8 เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ร้อยละ 28.6 เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินจำนวน 1-5 ครั้ง ร้อยละ 26.2 ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ เมธิณี จันติยะ พินิตนาฏ ชำนาญเสื่อ และมุสตี คุณาพันธ์²³ ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า เมื่ออายุมากขึ้น ระยะเวลาเจ็บป่วยที่นานขึ้น ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการกำเริบมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่เลวลง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม โดยโรคร่วมที่พบมาก คือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 50 หลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 27.8 ที่อาจทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เกิดความซับซ้อนยุ่งยากในการรักษา เพราะว่าแต่ละโรคจะมีวิธีการรักษาเฉพาะ เมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้น จะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ คุณภาพชีวิตแย่งลง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 53$, $SD = 9.23$) เมื่อพิจารณามิติทางด้านสุขภาพแต่ละด้านพบว่า มิติด้านข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่เป็นผลมาจากอารมณ์ ($\bar{X} = 76.76$, $SD = 22.15$) มิติทางด้านสุขภาพจิตทั่วไป ($\bar{X} = 73.01$, $SD = 22.98$) มิติทางด้านทำหน้าที่ทางสังคม ($\bar{X} = 73.01$, $SD = 34.00$) มิติทางด้านพลกำลัง ($\bar{X} = 57.53$, $SD = 30.70$) เนื่องจากการเกิดโรคมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป จะพบอาการชัดเจนเมื่อผู้ป่วยมีอายุมาก ผู้ป่วยจึงมักจะปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้มากขึ้น ประกอบกับ

ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร ใช้สิทธิข้าราชการเป็นสิทธิการรักษา ทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา มีเงินเหลือเก็บ มีคนคอยดูแล อีกทั้งได้รับการดูแลจากคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นประจำ มีความคุ้นเคย และมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเอง จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Arabyat และ Raisch²⁴ ทำการศึกษาในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ป่วยจำนวน 307 คู่ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตอย่างมีนัยสำคัญ ประสิทธิภาพการมีอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = -.195$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายถึง หากมีประสิทธิภาพการมีอาการนอนไม่หลับมากจะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี เนื่องจากการนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด ช่วยเก็บรักษาและสะสมพลังงาน ร่างกายได้หยุดพัก ลดการใช้ออกซิเจน เมื่อเกิดอาการนอนไม่หลับ จะมีอาการง่วงซึม อ่อนเพลีย ไม่แจ่มใส ความทรงจำระยะสั้นลดลง ขาดสมาธิ อาจเกิดอุบัติเหตุต่างๆ ได้ง่าย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง การศึกษาของ Scharf และคณะ²⁵ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 180 คน พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับลดลง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Nunes และคณะ²⁶ ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p = .002$) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 มีคุณภาพการนอนไม่ดี

ประสิทธิผลของการจัดการกับอาการนอนไม่หลับกับคุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายถึง ประสิทธิภาพการจัดการกับอาการนอนไม่หลับดีหรือไม่ดี ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากกลวิธีการจัดการกับอาการในแต่ละข้อที่ใช้จะมีประสิทธิภาพแตกต่างกันในแต่ละบุคคล แม้ว่าจะมีประสิทธิภาพดีแต่ไม่เพียงพอที่จะทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นได้ เพราะคุณภาพชีวิต ในที่นี้เป็นการรับรู้ความพึงพอใจทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ใน 8 มิติ คือ การทำงานทางด้านร่างกาย บทบาทด้านร่างกาย ด้านความปวด ด้านสุขภาพทั่วไป ด้าน

พละกำลัง ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่เป็นผลมาจากอารมณ์ และด้านสุขภาพจิตทั่วไป ซึ่งกลวิธีที่เลือกใช้อาจจะไม่ครอบคลุมทั้ง 8 มิติ เช่น การรับประทานยาช่วยให้นอนหลับที่แพทย์จัดให้ มีประสิทธิภาพระดับปานกลางแต่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติ น้อยที่สุด เพราะบางคนกลัวเรื่องผลกระทบของการใช้ยานอนหลับ ที่อาจพบความเสี่ยงในเรื่องภาวะหกล้ม และบกพร่องทางด้านความรู้คิด²⁷ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลของการจัดการกับอาการนอนไม่หลับกับคุณภาพชีวิตพบว่า จากการศึกษาของ Morin²⁸ พบว่าการใช้ยานอนหลับมีความสัมพันธ์กับมิติการทำงานทางด้านร่างกาย ($p = .0005$) มิติทางด้านความเจ็บปวด ($p = .02$) มิติทางด้านพลังงาน ($p = .01$) มิติทางด้านทำหน้าที่ทางสังคม ($p = .01$) และมิติทางด้านสุขภาพจิตทั่วไป ($p = .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sasai และคณะ²⁹ ในประชากรชนบทจำนวน 2,822 คน พบว่าการใช้ยานอนหลับมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายที่ไม่ดีเนื่องจากอาจจะเป็นเพราะผลข้างเคียงของยา แต่การใช้ยานอนหลับมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตทางจิตที่เพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากร เนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่มีประสิทธิภาพอาการนอนไม่หลับ ไม่ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการอธิบายประสิทธิภาพการมีอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะและการนำวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยพบว่า การคัดกรองประสิทธิภาพการมีอาการนอนไม่หลับเบื้องต้น ผู้ป่วยทุกคน (ร้อยละ 100) มีประสิทธิภาพอาการนอนไม่หลับอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีอาการนอนไม่หลับระดับเล็กน้อย พยาบาลและทีมสุขภาพควรตระหนักถึงการประเมินอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อสามารถวางแผนจัดการกับอาการนอนไม่หลับต่อไป เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ดีขึ้น

2. ผลการวิจัยพบว่า กลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนปฏิบัติและช่วยให้นอนหลับได้เพียงพอมากที่สุด คือ ออกกำลังกายในช่วงเช้าหรือเย็น (ร้อยละ 53.2) ดังนั้น พยาบาลจึงควรแนะนำวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่เหมาะสมกับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมในการจัดการอาการนอนไม่หลับ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

References

1. Suebsuk P. The role of nurses in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Science*. 2011;29(2):18-26. (in Thai).
2. Witheethamasak P, Duangpaeng S, Masingboon K. Relationship between symptom cluster and functional performance among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai Journal Nursing Research*. 2010;25(4):96-108. (in Thai).
3. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Tennstedt S, Portenoy RK. Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38(1):115-23.
4. Anto JM, Vermeire P, Vestbo J, Sunyer J. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2001;17(5): 982-94.
5. Stege G, Vos PJ, van den Elshout FJ, Richard Dekhuijzen PN, van de Ven MJ, Heijdra YF. Sleep, hypnotics and chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med*. 2008;102(6): 801-14.
6. Roth T. Hypnotic use for insomnia management in chronic obstructive pulmonary disease. *Sleep Med*. 2009;10(1): 19-25.
7. Reishtein JL. Relationship between symptoms and functional performance in COPD. *Res Nurs Health*. 2005;28(1):39-47.
8. McSharry DG, Ryan S, Calverley P, Edwards JC, McNicholas WT. Sleep quality in chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology*. 2012;17(7):1119-24.
9. George CF, Bayliff CD. Management of insomnia in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs*. 2003;63(4):379-87.
10. Ishak WW, Bagot K, Thomas S, Magakian N, Bedwani D, Larson D, et al. Quality of life in patients suffering from insomnia. *Innov Clin Neurosci*. 2012;9(10):13-26.
11. Srirat C, Hanucharunkul S, Aree-Ue S, Vivatwongkasem C, Junda T. Symptom distress, cluster, and management in Thais with COPD. *Pac Rim Int J Nurs Res Thai*. 2014;18(3):244-62.
12. Khwansatapornkoon K. Insomnia experience, insomnia management, and insomnia outcomes in AIDS patients [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2004. 126 p.
13. Modjod D. Insomnia experience, management strategies, and outcomes in ESRD patients undergoing hemodialysis [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2007. 119 p.
14. Suwannon J, Petpichetchian W, Naka K. Symptom experiences of dyspnea, symptom management, outcomes and related factors among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2007;27(3):41-53. (in Thai).
15. Kittisuktarkul A, Wattanakitkileart D, Pongthavornkamol K. Fatigue experience,

- management strategies, and functional status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Science*. 2016;37(1):63-72. (in Thai).
16. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
17. Hynninen MJ, Pallesen S, Hardie J, Eagan TM, Bjorvatn B, Bakke P, et al. Insomnia symptoms, objectively measured sleep, and disease severity in chronic obstructive pulmonary outpatients. *Sleep Med*. 2013;14(12):1328-33.
18. Kaewphang P. Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. 158 p. (in Thai).
19. Kasemsup W, Sakthong P, Poopa K. The report assessed the cardiac surgery 8000 80th give a royal charity dedicated to king and royal charity 84 years Her Majesty Princess Kalayaniwattana Krom Luang Narathiwat Rajanagarindra. Bangkok: National Health Security Office; 2007. (in Thai).
20. Milner CE, Belicki K. Assessment and treatment of insomnia in adults: a guide for clinicians. *J Couns Dev*. 2010;88(2):236-44.
21. Kaur J, Sharma C. Exercise in sleep disorders. *Delhi Psychiatry Journal*. 2011;14(1):133-7.
22. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med*. 2008;4(5):487-504.
23. Jantiya M, Chamnansua P, Kunapan P. The quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Saraburi Hospital. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2011;17(3):328-42. (in Thai).
24. Arabyat R, Raisch DW, editors. The impact of emotional and social support on the quality of life, depression, and disability among us adults with chronic obstructive pulmonary disease: a propensity score analysis [Internet]. Lawrenceville, NJ: International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research; 2015 [cited 2016 Oct 13]. Available from: https://www.ispor.org/research_pdfs/49/pdf/PR38.pdf.
25. Schraf SM, Maimon N, Simon-Tuval T, Bernhard-Scharf BJ, Reuveni H, Tarasiuk A. Sleep quality predicts quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2011;6:1-12.
26. Nunes DM, Mota RM, de Pontes Neto OL, Pereira ED, de Bruin VM, de Bruin PF. Impaired sleep reduces quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Lung*. 2009;187(3):159-63.
27. Glass J, Lancot KL, Hermann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risk and benefits. *BMJ*. 2005;331(7526):1169.
28. Morin AK. Strategies for treating chronic insomnia. *Am J Manag Care*. 2006; 12 Suppl 8:230-45.
29. Sasai T, Inoue Y, Komada Y, Nomura T, Matsuura M, Matsushima E. Effects of insomnia and sleep medication on health-related quality of life. *Sleep Med*. 2010;11(5):452-7.