


ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถ
ในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับ
ของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

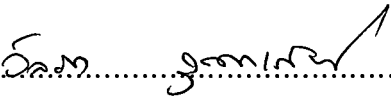
บุรรรณญา แทนมณี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2559
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ยูวรรณฎา แทนมณี ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

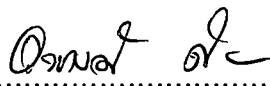
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

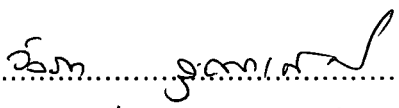

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน)

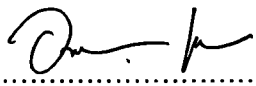

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จิตเมตต์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เพ้ววัฒนา)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 15 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์
ดีนาน ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ นายแพทย์พรชัย งามจรรยาภรณ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้เป็นที่ปรึกษา
และให้คำแนะนำตลอดจนทุ่มเทเวลาอันมีค่าในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความ
เอาใจใส่เสมอมา ทำให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งใน
ความกรุณาของทุกท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย
บูรพาทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ด้านต่าง ๆ ระหว่างการศึกษา และขอกราบ
ขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็น
ประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จนทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิจัยได้สำเร็จ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างาน
แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรม และหัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยวิกฤต โรคหัวใจ ตลอดจนเจ้าหน้าที่
ทุกท่าน โรงพยาบาลชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
ขอขอบพระคุณผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือใน
การศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานและ
เจ้าหน้าที่แผนกหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ที่ให้ความอนุเคราะห์เวลาให้ผู้วิจัยได้มา
ทำการศึกษาครั้งนี้ ทำให้งานวิจัยสำเร็จลงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัว ที่ช่วยเป็นกำลังใจ
สนับสนุนผลักดันให้ฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ นำมาซึ่งความสำเร็จในครั้งนี้ นอกจากนี้ขอขอบคุณ
รุ่นพี่ เพื่อนนิสิตร่วมรุ่น และเพื่อนร่วมงาน ที่คอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทำให้
งานวิจัยสำเร็จและสมบูรณ์ คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญู
กตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็น
ผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

ยุววรรณภา แทนมณี

56910005: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก/ ความวิตกกังวล/ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ/ คุณภาพการนอนหลับ/ ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ยวธรรมญา แทนมณี: ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (RELATIONSHIPS BETWEEN CARDIAC PAIN INTENSITY, ANXIETY, PERCEIVED CONTROL OF SLEEP, AND QUALITY OF SLEEP AMONG ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: อภรณ์ ดินาน, Ph.D., วัลภา คุณทรงเกียรติ พย.ค. 90 หน้า. ปี พ.ศ.2559.

การนอนหลับที่ดีและมีคุณภาพ ช่วยลดความรุนแรงของอาการเมื่อเจ็บป่วยและอาจมีผลต่อการฟื้นหายของโรค การวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มารับการตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 90 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการเจ็บอก แบบประเมินอาการวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ($r = -.217, p < .05$) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ ($r = .286, p = .007$) ความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ($p > .05$)

ผลการวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้โดยการจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ การประเมินและลดระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก เพื่อส่งผลเพิ่มคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้

56910005: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULTNURSING)

KEYWORDS: CARDIAC PAIN INTENSITY/ ANXIETY/ PERCEIVED CONTROL OF SLEEP/ QUALITY OF SLEEP/ ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS

YUWANDA TANMANEE: RELATIONSHIPS BETWEEN CARDIAC PAIN INTENSITY, ANXIETY, PERCEIVED CONTROL OF SLEEP, AND QUALITY OF SLEEP AMONG ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: APORN DEENAN, Ph.D., WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D. 90 P. 2016.

Good and appropriated quality sleep could reduce severity of illness and may affect recovery from disease. This descriptive correlational study aimed to examine relationships between cardiac pain intensity, anxiety, perceived ability of sleeping control, and quality of sleep among acute coronary syndrome patients. Purposive sampling with inclusion criteria was used to recruit the sample of 90 acute coronary syndrome patients at cardiovascular clinic of Chon Buri Hospital. Research instruments were a demographic record, the cardiac pain's scale, the anxiety questionnaire, the perceived ability of sleeping control questionnaire, and the quality of sleep questionnaire in acute coronary syndrome patients. Data were analyzed by using frequency, percent, mean, standard deviation and Pearson's product moment correlation coefficients. Results revealed that significant factors related to quality of sleep were cardiac pain intensity ($r = -.217$, $p < .05$) and perceived ability of sleeping control ($r = .286$, $p = .007$). Anxiety was not significantly related to quality of sleep ($p > .05$).

These findings suggest that nursing professionals should apply these results by plan activities or an intervention to promote perceived ability of sleeping control, evaluating and reducing pain intensity. Consequently, quality of sleep among acute coronary syndrome patients would be increased.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ซ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	10
คุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน.....	17
แนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์.....	26
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจ เฉียบพลัน.....	30
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
4 ผลการวิจัย.....	46

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	47
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา.....	49
ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน.....	52
5 สรุปและอภิปรายผล.....	54
สรุปผลการวิจัย.....	54
อภิปรายผล.....	55
ข้อเสนอแนะ.....	58
ข้อจำกัด.....	59
บรรณานุกรม.....	60
ภาคผนวก.....	69
ภาคผนวก ก	70
ภาคผนวก ข	75
ภาคผนวก ค	85
ภาคผนวก ง	87
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	90

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 90$).....	47
2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ($n = 90$).....	49
3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ($n = 90$).....	51
4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ($n = 88$).....	52

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
2	แสดงบริเวณต่าง ๆ ของกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	13
3	ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์.....	27

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่พบได้บ่อยและจัดเป็น 1 ใน 4 ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นและการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2008 มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 17.3 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 อัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก จะเพิ่มขึ้นเป็น 23.3 ล้านคนต่อปี (World Health Organization [WHO], 2013) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ สังคม และภาวะเศรษฐกิจในระดับประเทศ สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ โดยพบรองจากโรคมะเร็ง การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและโรคหลอดเลือดสมอง โดยในปี พ.ศ. 2556 มีประชากรที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจถึงร้อยละ 38.1 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ประชากรแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) และทำให้สถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2555 พบว่า อัตราผู้ป่วยในจากสาเหตุโรคหัวใจขาดเลือด (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ในประชากรกลุ่มอายุระหว่าง 50-59 ปี มีจำนวน 562.26 คนต่อประชากร 100,000 คน และในกลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 2581.11 คนต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ประชากรแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) จะเห็นได้ว่า อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ประกอบด้วยกลุ่มอาการ ST elevate myocardial infarction (STEMI), Non ST elevate myocardial infarction (NSTEMI) และ Unstable angina (UA) (Wood, Motzer, & Bridges, 2010 อ้างถึงใน ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์, 2553) โดยระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับลักษณะการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ (Coronary artery) (Overbaugh, 2009) ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของคราบไขมัน (Plaque) ที่สะสมอยู่ที่หลอดเลือด หรือเกิดการฉีกขาดของคราบไขมันทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการตีบแคบหรืออุดตันเป็นสาเหตุให้ปริมาณเลือดไหลผ่านน้อยลง เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงจากการขาดเลือด ทำให้เกิดอาการไม่สบายต่าง ๆ

ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ภาวะหายใจเหนื่อย ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย กลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ปัญหาการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งในระยะที่อยู่โรงพยาบาลและหลังจากที่จำหน่ายกลับบ้าน โดยในระยะที่รับไว้ในโรงพยาบาลมักพบปัญหาการนอนไม่หลับ ง่วงนอนในตอนกลางวัน (Freedman, Kotzer, & Schwab, 1999; Little et al., 2012) จากการศึกษาของ Elliott, McKinley and Cistulli (2011) โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับคุณภาพและระยะเวลาในการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกประเภทรวมทั้งหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1966 ถึง ค.ศ. 2010 พบว่าคุณภาพและระยะเวลาในการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันลดลง ผู้ป่วยตื่นบ่อยในช่วงกลางคืน และมีอาการง่วงนอนในตอนกลางวัน การศึกษาของ Cicek et al. (2014) ศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต โรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคุณภาพการนอนหลับในคืนแรกของการนอนในโรงพยาบาลลดลง สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ช่อผกา พิษพันธ์ไพศาล (2544) ศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 120 ราย พบว่ามีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.5 ผู้ป่วยรู้สึกง่วงนอนในช่วงเช้าหลังจากตื่นนอน ร้อยละ 17.5 นอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ร้อยละ 71.7 นอนหลับ 6-9 ชั่วโมง ร้อยละ 50 ตื่นนอนในช่วงกลางคืน 2-3 ครั้งและ ร้อยละ 41.7 ตื่นบ่อยมากกว่า 4 ครั้ง จะเห็นได้ว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับและปัญหาคุณภาพการนอนหลับ

ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่ายังมีอยู่ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะพ้นหายออกจากโรงพยาบาลและกลับบ้าน จากการศึกษาของ Orwelius, Nordlund, Nordlund, Edell-Gustafsson, and Sjoberg (2008) พบว่าผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและศัลยกรรม มากกว่า 24 ชั่วโมง หลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตและกลับบ้านยังมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับนานถึง 6 เดือน จากการศึกษาของ Edell-Gustafsson (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ผลของการนอนไม่หลับต่อสุขภาพ การทำหน้าที่ระหว่างวันและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 38.6 มีปัญหาการนอนไม่หลับ เจ้านอนแล้วหลับยาก จากการศึกษาของ Yasuhara et al. (2013) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธีเปิดขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปอยู่ที่บ้าน 7 วัน มีกิจกรรมใน

ระหว่างวันเพิ่มมากขึ้น มีการตื่นนอนบ่อยในช่วงกลางคืน และจากการศึกษาของ Alcantara, Peacock, Davidson, Hiti, and Edmonson (2014) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน มีระยะการนอนหลับน้อยกว่าวันละ 7 ชั่วโมง และส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาความเป็นธรรมชาติมีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองที่ลดลงสลับกับการตื่นของสมอง การนอนหลับเป็นความต้องการพื้นฐานของชีวิตมนุษย์ในการควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจ การนอนหลับที่ดีถือว่าเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับมนุษย์ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย (ปราณี กาญจนวรวงศ์, 2550) ทำให้ร่างกายได้ลดการใช้พลังงาน เป็นช่วงที่ร่างกายซ่อมแซมส่วนต่าง ๆ ที่สึกหรอเพิ่มประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกัน และการควบคุมอุณหภูมิในร่างกาย รวมทั้งช่วยการทำงานของสมองในการบันทึกความจำ ตลอดจนการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ (ประพันธ์ กิตติวริวิทย์กุล, 2557) ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันภายหลังออกจากโรงพยาบาลยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะในระยะแรกจนถึง 1 สัปดาห์หลังจากนั้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยลดลง (Orwelius et al., 2008) และส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับโรคหัวใจตามมา การศึกษาของ Fernandes et al. (2014) พบว่าการนอนไม่หลับส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญเกี่ยวกับหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการตรวจตามนัดหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการกลับมาทำการถ่างขยายหลอดเลือดซ้ำเนื่องจากการนอนไม่หลับสามารถเพิ่มความวิตกกังวล ความกลัว เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการในการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น (Neyse, Daneshmandi, Sharme, & Ebadi, 2011) ซึ่งจะเห็นได้ว่า การนอนไม่หลับสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประกอบด้วย ปัจจัยภายใน (Intrinsic factors) และปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors) (Elliott, McKinley, & Cistulli, 2011) ซึ่งปัจจัยภายในที่ทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลงในผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก อาการใจสั่น ความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย ความกลัวโรคจะกำเริบ

มากขึ้น (นันทวัน แซ่ซ้อ, 2551) ส่วนปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ เสี่ยงจากการพูดคุยกันของผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย เสี่ยงจากการดูดเสมหะ เสี่ยงจาก เครื่องช่วยหายใจและเครื่องมอร์นิเตอร์ แสง (Ehlers, Watson, & Moleki, 2013; Neyse et al., 2011) กิจกรรมให้การพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของเจ้าหน้าที่ (Freedman et al., 1999) การศึกษาของ นันทวัน แซ่ซ้อ (2551) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล มีระดับ การรบกวนการนอนหลับปานกลางถึงมาก ทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งสาเหตุมาจากอาการ เจ็บหน้าอก ร้อยละ 77.88 ความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย ร้อยละ 64.60 และความกลัวโรคกำเริบ มากขึ้น ร้อยละ 61.95 นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอน หลับส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันลดลง (สุदारตัน ชัยอาจ และพวงพะยอม ปัญญา, 2548) ซึ่งจะเห็นได้ว่า คุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วย กลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย และส่งผลให้ วงจรการนอนหลับเปลี่ยนแปลง

ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ โดยพบว่าอาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการที่เกิดเนื่องจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่งผลให้ กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บจากการขาดออกซิเจน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) ทำให้เนื้อเยื่อที่ ได้รับการบาดเจ็บ ปล่อยสารเคมีออกมากระตุ้นปลายประสาทรับรู้สีกเจ็บปวด กระตุ้นการ ทำงานระบบประสาทอัตโนมัติโดยเฉพาะระบบซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายหลั่งฮอโมนแคทีโกลา มินและฮอโมนกลูโคคอร์ติคอยด์ออกมามากกว่าปกติ ทำให้เกิดความเจ็บปวด และทำให้ยับยั้งการ หลั่งของ serotonin ส่งผลให้วงจรการนอนหลับของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพหกุล และพัสมณต์ คุ่มทวีพร, 2555) จากการศึกษาของ McCathy (2013) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีระดับ ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกใน 2 ชั่วโมงแรก อยู่ในระดับมาก และเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก อยู่เป็นระยะเวลามากกว่า 30 นาที จะทำให้ลดระยะเวลาการหลับสนิทและทำให้ตื่นบ่อยครั้ง ทำให้ เวลาที่ใช้ทั้งหมดในการนอนหลับไม่เพียงพอ ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้

ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเผชิญเนื่องจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน การที่ผู้ป่วยต้อง นอนในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้คาดคิดมาก่อน และอยู่ในหออภิบาลในสภาพแวดล้อมที่

ไม่คุ้นเคย อาจเห็นการตายของผู้ป่วยรายอื่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจ อีกทั้งบางรายยังมีความวิตกกังวลในเรื่องอื่น ๆ ตามมา เช่น กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา การจัดการเกี่ยวกับครอบครัว เป็นต้น (นันท์วัน แซ่ซื่อ, 2551) การศึกษาของ ฉัฐชา พัฒนา (2555) พบว่า ในระยะ 12 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการรับรู้ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ความไม่แน่นอนและกลัวในสถานะเหตุการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ ทำให้เกิดความตึงเครียด ทำให้กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก มีการเพิ่มของระดับนอร์อิพิเนฟรินในกระแสเลือด ส่งผลต่อการเพิ่มระดับการตื่นตัวและวงจรของการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป (Pilkington, 2013)

นอกจากนี้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ ซึ่งเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่บุคคลสามารถควบคุมได้ โดยผ่านกระบวนการคิดทางระบบการทำงานของสมองที่เรียกว่า ระบบควบคุมความคิด (Cognitive control) ซึ่งสมองส่วนนี้จะทำหน้าที่คิดและแยกแยะข้อมูลที่ได้แล้วเปรียบเทียบกับประสบการณ์ในอดีตที่เก็บไว้ และส่งผ่านไขสันหลังขึ้นไปที่สมองเพื่อรับรู้และตอบสนองจึงเกิดการทำงานของระบบการทำงานของสมอง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบรับรู้และแยกแยะ ระบบเร้าทางอารมณ์ และระบบควบคุมส่วนกลาง ซึ่งจะทำงานประสานกันและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แล้วจึงส่งไปที่ระบบประสาทสั่งการ เพื่อให้วงจรการนอนหลับเกิดขึ้น (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ, 2555) ซึ่งการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นส่วนหนึ่งของความเชื่อที่จะชี้แนะให้บุคคลกระทำพฤติกรรมในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ไม่เพียงแต่การรับรู้ของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติได้หรือไม่ได้ (Ajzen, 1991) จากการศึกษาของ McKinley et al. (2012) พบว่า การรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจากเหตุการณ์ที่เผชิญมีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนหลังจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะหัวใจล้มเหลว และอัตราการเดินของหัวใจที่เร็วขึ้นในขณะนอนโรงพยาบาล ทำให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว พบว่าปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมา มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการนอนหลับในหอผู้ป่วยวิกฤตและในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่การศึกษาในระยะยาวยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ

เจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อบรรเทาความรุนแรงของอาการ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การกำเริบซ้ำของโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

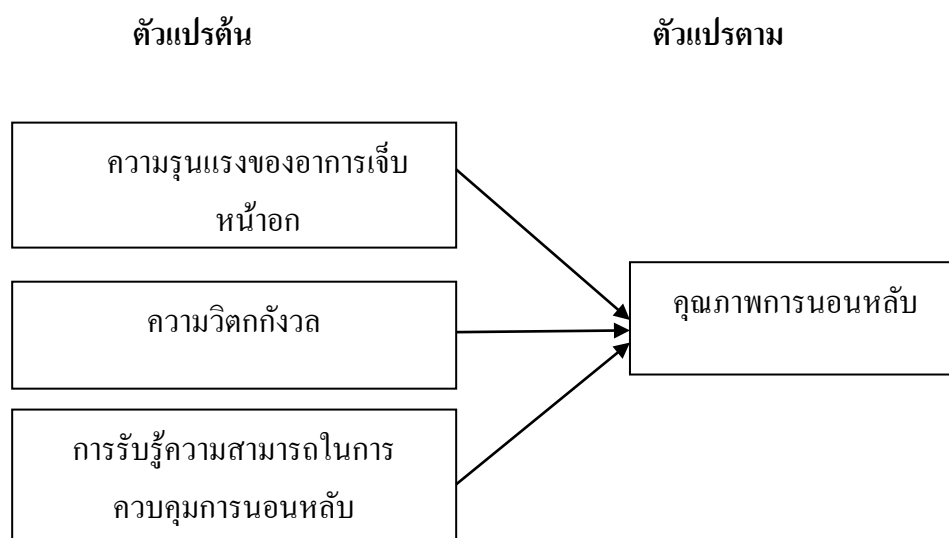
ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptoms) ของ Lenz, Pugh, Milligan, Gift, and Suppe (1997) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ อธิบายถึงประสบการณ์การเกิดอาการว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ปกติของร่างกายและส่งผลกระทบต่อบุคคล โดยอาการสามารถเกิดเพียงอาการเดียวหรือเกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น ก็อาจจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมา อาการมักเกิดขึ้นร่วมกันมากกว่าหนึ่งอาการเสมอ (Lenz et al., 1997) ซึ่งทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 คือ อาการ (Symptom) ซึ่งอาการจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ (Antecedence: Influencing factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic factors) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation factors) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการในทุกมิติ ส่วนองค์ประกอบที่ 3 คือ ผลที่ตามมาจากการเกิดอาการ (Consequences) ได้แก่ การทำหน้าที่ (Performance)

ประกอบด้วยความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional performance) และความสามารถในการแสดงความคิดวิเคราะห์ต่าง ๆ (Cognitive performance) ซึ่งผลที่ตามมาจากการเกิดอาการนั้น จะส่งผลย้อนกลับไปยังอาการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ ซึ่งอาการหรือระดับความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น มีแนวโน้มทำให้การปฏิบัติหน้าที่ลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่าอาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่พบได้บ่อยทั้งในระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล และหลังจากที่จำหน่ายกลับบ้าน (Freedman et al., 1999; Little et al., 2012) ซึ่งอาการดังกล่าวสามารถอธิบายได้โดยใช้แนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptoms) ของ (Lenz et al., 1997) โดยอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเป็นผลมาจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกซึ่งตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์อยู่ในองค์ประกอบปัจจัยด้านสรีรวิทยาเนื่องจากเป็นอาการที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ความวิตกกังวลอยู่ในองค์ประกอบปัจจัยทางจิตใจที่พบบ่อย เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเผชิญเนื่องจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ฉุกเฉินและมีความวิกฤติ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่คาดคิดขาดความรู้มาก่อน จึงทำให้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การดำเนินชีวิต รวมถึงครอบครัว แม้ว่าผู้ป่วยพ้นหายออกจากโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอาศัยที่บ้าน หากผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการเจ็บหน้าอกร่วมกับความวิตกกังวล จะส่งผลให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับและคุณภาพการนอนหลับที่อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่ การกำเริบซ้ำของโรค การกลับมารับการรักษาซ้ำ และการเสียชีวิต เป็นต้น นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถในควบคุมการนอนหลับเป็นกลไกที่ควบคุมโดยอัตโนมัติของร่างกายโดยมีแสงเป็นตัวกระตุ้น เป็นต้น ซึ่งอยู่ในองค์ประกอบปัจจัยทางจิตใจเกี่ยวกับกระบวนการทางสรีรวิทยาที่บุคคลสามารถควบคุมได้ โดยผ่านกระบวนการคิดทางระบบการทำงานของสมอง และสั่งการเพื่อให้วงจรการนอนหลับเกิดขึ้น จึงเป็นปัจจัย ๆ หนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับโดยตรงของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยสามารถสรุปเป็นกรอบในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มารับการตรวจตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 90 ราย ระยะเวลาในการศึกษางานวิจัยนี้ คือ ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึง เมษายน พ.ศ. 2559

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังจากได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ มารับการตรวจรักษาตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเกี่ยวกับลักษณะการนอนหลับตั้งแต่เข้านอนจนถึงตื่นนอนหลังจากออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความแปรปรวนของการนอนหลับ ประสิทธิภาพของการนอนหลับ และการงีบหลับในช่วงเวลากลางวัน ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของเวอร์แรนและสไนเดอร์-ฮาลเพิร์น (Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale: VSH Sleep Scale) (Verran & Snyder-Halpern, 1987) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ชนกพร จิตปัญญา (2543)

ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อความไม่สบายจากระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่สมดุลกับออกซิเจนที่ต้องการใช้ แต่ยังไม่มีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) ซึ่งประเมินโดยใช้มาตรวัดอาการเจ็บหน้าอก (Cardiac Pain Intensity) ประเมินค่าแบบตัวเลข (Pain Numeric Rating Scale [Pain NRS]) ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาของ McCathy (2013)

ความวิตกกังวล หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับความรู้สึกรังเกียจ สับสน กังวล วิตก ตื่นเต้น ไม่สบายใจ ไม่มีความสุข มีความรู้สึกหวาดหวั่น ความไม่แน่นอนต่อสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในขณะนั้น หรือการคาดการณ์ถึงอันตรายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือประเมินเป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวล (Thai hospital anxiety and depression scale [Thai HADS]) ของ Zigmond and Snaith (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัย โกวิทช์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเกี่ยวกับความยากหรือง่ายที่จะนอนหลับ ถ้าเชื่อว่ามี ความสามารถที่จะนอนหลับได้ในสภาพการณ์นั้น ๆ และสามารถควบคุมให้มีแนวโน้มที่จะนอนหลับได้ ซึ่งผู้วิจัยประเมินโดยแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายฉบับปรับปรุง (The Control Attitudes Scale-Revised [CAS-R]) ของ Moser et al. (2009)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดเฉียบพลัน
2. คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
3. แนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of the unpleasant symptoms)
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่พบได้บ่อยและจัดเป็น 1 ใน 4 ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งนำไปสู่อัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2008 มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิต 17.3 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็น 23.3 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2013) ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญทางภาวะสุขภาพ ทางสังคม และส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจในระดับประเทศ สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ โดยพบรองจากโรคมะเร็งและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ จากข้อมูลสถิติอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุ พ.ศ. 2552-2556 พบว่ามีสาเหตุจากโรคหัวใจ แนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ประชากรแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) และจากสถิติสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยใน พ.ศ. 2555 พบว่า อัตราผู้ป่วยในกลุ่มประชากรอายุ 50-59 ปี (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ด้วยโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในลำดับที่ 8 จำนวน 562.26 รายต่อประชากร 100,000 คน และกลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ในลำดับที่ 5 จำนวน 2581.11 รายต่อประชากร 100,000 คน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ประชากรแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นซึ่งทำให้ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่เกิดจากการแตกหรือสีกกร่อนของคราบไขมัน (Plaque) ทำให้มีการอุดตันของหลอดเลือดและนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย ST elevate myocardial infarction (STEMI), Non ST elevate myocardial infarction (NSTEMI) และ Unstable angina (UA) (Wood, Motzer & Bridges, 2010 อ้างถึงใน สิริวัทท์ วัฒนสินธุ์, 2553; ญัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์, 2556; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับลักษณะการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ (Coronary artery) (Overbaugh, 2009)

การแบ่งระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 2 ชนิดตามความรุนแรงของโรคและลักษณะการอุดตันของหลอดเลือด (วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงผกา กริทอง, 2551; ญัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์, 2556; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ดังนี้

1. Acute coronary syndrome ชนิด Non ST elevation เป็นกลุ่มอาการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงแต่ไม่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือตายบางส่วน กลุ่มอาการนี้ แบ่งออกเป็น

1.1 Unstable angina เป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน แต่ไม่มีอาการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่มี Biochemical marker ปกติ

1.2 Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) เป็นภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงจนกระทั่งมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมี Biochemical marker แสดงให้เห็นว่ามี myocardial necrosis

2. Acute coronary syndrome ที่มี ST elevation ซึ่งเกิดจากการปริแตกของรอยโรคที่หลอดเลือดโคโรนารีอย่างรุนแรงและทำให้มีลิ้มเลือดจำนวนมากมาเกาะตัวบริเวณรอยโรค เกิดการอุดตันอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างรุนแรง

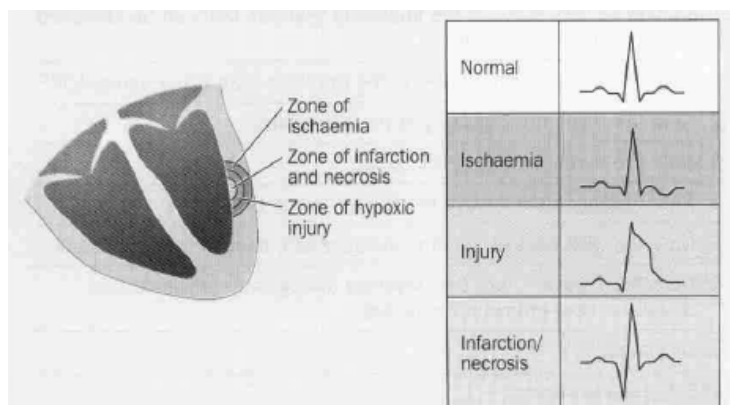
พยาธิสรีรวิทยากลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกิดจากความไม่สมดุลของการไหลเวียนของหลอดเลือดหัวใจกับความต้องการเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ อาจจะมีอาการหรือไม่มีอาการแสดงก็ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะการตีบแคบของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (สิริวัทท์ วัฒนสินธุ์, 2553) ซึ่งการตีบแคบของหลอดเลือดแดงโคโรนารีจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกที่เรียกว่า แอนไจนา เพคโทริส (Angina pectoris) กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเป็น

กลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจที่สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการแตกของคราบไขมัน (Plaque rupture) ที่สะสมอยู่ที่หลอดเลือด ซึ่งเป็นผลมาจากมีการกระตุ้น Macrophages, T cells และ Mast cells มีการสร้างกระบวนการอักเสบ ทำให้คราบไขมันหลอดเลือดแข็งไม่เสถียร จึงมีการทำลายคอลลาเจน (ไฟบูลย์ โซตินพรีดักชัน, สุรนันทน์ ทรองยุทธ และวิจิตร กุสุมภ์, 2556) กระตุ้นให้เกิดการสร้างลิ่มเลือด (Thrombus) มาอุดตันเนื้อเยื่อบริเวณพื้นผิวของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีลดลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เกิดความไม่สมดุลระหว่างการนำส่งออกซิเจนหรือเลือดกับความต้องการของการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน เกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ซึ่งถ้าหากขาดเลือดนานมากกว่า 20 นาที จะทำเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Necrosis) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึมและการทำหน้าที่ของเซลล์ ครอบคลุมการ Reploration ทำให้คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนทำให้มีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน เกิดการสะสมของกรดแลคติก ทำให้เซลล์มีสภาพเป็นกรด ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) การสร้างพลังงาน ATP ลดลง มีปัญหาการควบคุม Na-K pump ที่ผนังเซลล์ ทำให้ Na นอกเซลล์ที่มีความเข้มข้นมากกว่า กลับเข้าสู่เซลล์พร้อมคิงน้ำเข้าเซลล์ ทำให้เซลล์บวมและแตก ทำให้เอนไซม์ต่าง ๆ ออกมาอยู่ในกระแสเลือด เรียกว่า Cardiac enzyme ได้แก่ CK, CK-MB, Troponin T, I, LDH และAST นอกจากนี้ยังกระตุ้นปฏิกิริยากระบวนการอักเสบในการซ่อมแซมกล้ามเนื้อหัวใจที่ถูกทำลาย เมื่อเซลล์ถูกทำลายจะปล่อยสาร Histamine, Bradykinin, Prostaglandin และ Cytokine ออกมากระตุ้น Pain receptor ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก การหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวเอาเลือดออกได้ กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก หลั่งแคทีโคลามีน ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงและส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Infarction)

การตายของกล้ามเนื้อหัวใจหรือผนังเวเนตริเคิล อาจมีความลึกการตายอยู่เพียงชั้นใดชั้นหนึ่งหรือมีความลึกของการตายเกิดตลอดทุกชั้นของผนังหัวใจ เรียกว่า การตายทรานสมูรอล (Transmural infarction) บริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถแบ่งได้เป็นบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว (Zone of infarction and necrosis) หมายถึง เซลล์บริเวณที่ตายแล้วและจะอยู่ตรงกลางล้อมรอบด้วยบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจขาดเจ็บ (Zone of hypoxic injury) หมายถึง บริเวณกล้ามเนื้อที่อยู่รอบ ๆ บริเวณที่ตาย บริเวณนี้อาจทำให้กลับไปเป็นปกติได้ แต่ขณะเดียวกันก็สามารถตายได้ ถ้าหากมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ วงนอกสุด เรียกว่า บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

(Zone of ischemic) การทำลายที่เกิดขึ้นบริเวณนี้แก้ไขได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551; Edwards, 2002) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงบริเวณต่าง ๆ ของกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Edwards, 2002)

สาเหตุของการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและออกซิเจนที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งมีสาเหตุหลัก 4 ประการ (พรพิศ เดชยศดี, 2550) ดังนี้

1. Occlusive or Non-occlusive thrombus on pre-existing plaque

การมีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดโคโรนารีที่เลี้ยงหัวใจอย่างเฉียบพลันซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย โดยผู้ป่วยส่วนมากมักจะมีผนังหลอดเลือดแดงแข็งจากการสะสมของคราบไขมัน (Plaque) อยู่เดิมต่อมาเมื่อมีการแตกของ Plaque ที่ผนังหลอดเลือดส่งผลให้เกิดลิ่มเลือดมาอุดตันอย่างเฉียบพลัน

2. Dynamic obstruction (Coronary spasm)

เป็นกลไกที่อธิบายภาวะของ Prinzmetal's angina เกิดจากการที่เซลล์กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีหดเกร็ง ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกในขณะพัก

3. Progressive mechanical obstruction

การตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดที่เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ทำให้อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมากขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป

4. Secondary cause

ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหัวใจเดิมอยู่แล้วอาจมีปัจจัยกระตุ้นบางอย่างที่เป็นสาเหตุที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้นได้แก่ ไข้ หัวใจเต้นเร็ว โรคติดเชื้อ โรคคอกเป็นพิษ หรือการที่มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะโลหิตจาง

แนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

หลักการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรลดการทำงานของหัวใจ หลีกเลี้ยงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ดังนั้นแนวทางการรักษาที่เหมาะสม (ศิริวัชรวัฒน์สินธุ์, 2553; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) มีดังนี้

1. การรักษาทางยาชนิดต่าง ๆ เพื่อเพิ่มออกซิเจนที่มาเลี้ยงหัวใจที่ขาดเลือดโดยการให้ยาขยายหลอดเลือด ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

2. การสวนหัวใจเพื่อขยายเส้นเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งวิธีการรักษาที่นิยมใช้มาก ได้แก่

2.1 การทำหัตถการการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโดยใช้บอลลูนและ/หรือ ร่วมกับการใส่ขดลวด (Stent) (Percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA]) เป็นการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดตาข่าย โดยการสอดสายสวนผ่านท่อนำโดยผ่านทางผิวหนังเข้าหลอดเลือด Radial artery หรือ Femoral artery เพื่อขยายทางเดินหลอดเลือดที่ตีบหรือใส่ขดลวด โครงตาข่ายทำให้การไหลเวียนของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ Primary Percutaneous Coronary Intervention เป็นการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดภายหลังจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยยังไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมาก่อน ซึ่งให้ผลการรักษาดีกว่าการใช้ยาละลายลิ่มเลือด โดยเฉพาะถ้าสามารถให้การรักษาได้ภายใน 90 นาที สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดการอุดตันของหลอดเลือดซ้ำ การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัตราการเสียชีวิต (เกรียงไกร เสงรัมย์, 2554)

3. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงให้เลือดเดินทางอ้อมไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนปลาย (Coronary artery bypass graft [CABG]) ซึ่งจะทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ 50 มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้นอย่างรุนแรง (อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2553)

หลักการรักษาที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน คือ การเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยเร็วที่สุดภายใน 6 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการเจ็บหน้าอก หรืออย่างช้าไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมง เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามเดิม เพื่อที่จะรักษาเนื้อเยื่อที่อยู่บริเวณรอบ ๆ กล้ามเนื้อหัวใจไม่ให้ตายมากขึ้น

ผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

การเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้น มีหัวข้อดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย

1.1 อาการเจ็บหน้าอก เป็นผลกระทบที่สำคัญทางด้านร่างกายของกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มมากขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วและเพิ่มความต้องการในการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น (Moser, 2007) ส่งผลให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น และทำให้การทำงานของหัวใจล้มเหลว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้

1.2 การนอนหลับไม่เพียงพอ ซึ่งเกิดจากความเจ็บปวดและความไม่สบายที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับพักผ่อนในผู้ป่วย ทำให้มีการพักผ่อนไม่เพียงพอจะส่งผลกระทบต่อความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นและส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำขึ้นมาใหม่และมีการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติมากขึ้น (Roizenblatt, Rosa Neto, Tufik, & Roizenblatt, 2012)

1.3 อาการเหนื่อยล้า เป็นอาการที่พบบ่อย จากการศึกษาของ จิราพร ศิริรัตน์ (2543) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีอาการเหนื่อยล้าในระดับรุนแรง และเกิดอาการต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6-12 ชั่วโมงและมักเกิดในเวลาตอนกลางคืน และคงอยู่นานถึง 2 เดือนหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งอาการเหนื่อยล้าจะทำให้ผู้ป่วยมีการใช้พลังงานมากขึ้น และดึงพลังงานที่สะสมไว้มาใช้ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย หดแรง เหนื่อย ง่วงซึมและความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ การเกิดลิ้มเลือดอุดตัน ภาวะปอดแฟบ เป็นต้น

1.4 สติปัญญาและการรับรู้เปลี่ยนแปลง ซึ่งจากสภาวะของโรคการที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน ทำให้สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยสับสน ความจำและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ทำให้ทักษะในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ไม่มีประสิทธิภาพ

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ประกอบด้วย

2.1 ความวิตกกังวล ในภาวะวิกฤติหรือในระยะแรกของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความรู้สึกวิตกกังวลและความกลัวความตายเป็นผลกระทบด้านจิตใจที่พบได้บ่อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีชา พัฒนา พบว่า ในระยะ 12 ชั่วโมงแรก

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก

2.2 อาการซึมเศร้า เป็นอาการที่พบได้บ่อย ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นในรูปของ ความรู้สึกสะเทือนใจ ร้องไห้ ความสิ้นหวัง มีการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง มีความท้อแท้ใจ มีความกดดันทางอารมณ์และจิตใจ จากการศึกษาของ สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ ชนกพร จิตปัญญา และจรรยา นิมหลวง (2556) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งอาการซึมเศร้ามีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจตามมา

2.3 ความมีคุณค่าในตนเองและอัตตมโนทัศน์ลดลง จากภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนบทบาท เปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน เปลี่ยนจากผู้ดูแลผู้อื่น ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ความภูมิใจในตนเองลดลง (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552)

3. ผลกระทบด้านสังคม

การเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันอาจทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพเปลี่ยนแปลง บทบาทและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเปลี่ยนไป (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาจิตสังคมตามมา ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

จากผลกระทบของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผลกระทบที่ทำให้ทีมสุขภาพต้องตระหนัก เฝ้าระวังและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านร่างกาย อาการเจ็บหน้าอกซึ่งเป็นที่สามารถประเมินและวัดได้ นอกจากนี้ผลกระทบทางด้านจิตใจ ก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรละเลยตลอดจนการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการนี้เช่นกัน จากการศึกษาทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีปัญหาการนอนหลับ ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี อันเนื่องมาจากปัจจัยรบกวนต่าง ๆ (Schiza et al., 2010) ซึ่งนำไปสู่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เพื่อจะได้มีความเข้าใจ ตระหนักและให้ความสำคัญ อันจะนำไปสู่การสร้างแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ให้ลดลง

คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

การนอนหลับถือเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของสิ่งมีชีวิตเพื่อควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจ มีความซับซ้อนในแง่สรีรวิทยา (Physiology) และกลไกทางพฤติกรรม (Behavioral process) การนอนหลับเป็นสภาวะทางพฤติกรรมซึ่งมีการหลุดพ้นของการรับรู้และการไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมโดยที่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ โดยความสำคัญของการนอนหลับเป็นการสงวนพลังงาน ทำให้ร่างกายได้พัก ได้ซ่อมแซมส่วนต่าง ๆ รวมทั้งช่วยให้สมองได้เรียนรู้ ฟื้นฟูความจำ ตลอดจนการฟื้นฟูกลับคืนของร่างกายและจิตใจ

สรีรวิทยาการนอนหลับ

สรีรวิทยาการนอนหลับและการตื่นเป็นวงจรที่มีความซับซ้อน เป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับสมองส่วน Brain stem reticular formation ประกอบด้วย การทำงานของสมองส่วนเมดัลลา (Medulla) และส่วนล่างของพอนส์ (Pons) มีการหลั่งสารมากระตุ้นการหลับ และมีสารสื่อประสาทไปยับยั้งการตื่นที่เปลือกสมองใหญ่ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าที่สมองแตกต่างจากภาวะที่ตื่นตัว (Wakefulness)

วงจรการหลับตื่นเป็นวงจรกลางวัน-กลางคืน ตามจังหวะที่เกิดขึ้นเองภายในร่างกาย โดยมีแสงเป็นตัวควบคุมให้วงจรนี้มีความยาว 24 ชั่วโมง (อัญชลี ชุ่มบัวทอง, 2552) ส่วนของสมองซึ่งทำหน้าที่ควบคุมจังหวะวงจรชีวิต คือ Suprachiasmatic nucleus (SCN) ใน anterior hypothalamus จังหวะการทำงานของ SCN มีความสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมโดยแสงสว่างที่อยู่โดยรอบ และถ้า SCN ถูกทำลายจะทำให้ร่างกายสูญเสียจังหวะ Circadian (Circadian rhythm) ซึ่งเปรียบได้กับเป็นนาฬิกาชีวภาพของร่างกาย (Biological clock) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

การนอนหลับในแต่ละคืนสามารถแบ่งตามคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) จากการตรวจด้วย Polysomnography และการเคลื่อนไหวของลูกตา (Rapid eyes movement: REM) ซึ่งมี 2 ลักษณะคือ Rapid eye movement (REM) และ Non-rapid eye movement (NREM) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550, อัญชลี ชุ่มบัวทอง, 2552 และประพันธ์ กิตติวรวิทย์กุล, 2557) คือ

1. การนอนหลับแบบไม่มีการเคลื่อนไหวของลูกตารวดเร็ว (Non-rapid eye movement [NREM]) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะได้แก่

1.1 ระยะที่ 1 NREM sleep หมายถึง ช่วงเวลาจากตื่นเป็นหลับ ซึ่งเป็นเวลาประมาณร้อยละ 5 ของเวลาที่นอนหลับในผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี มีระยะเวลา 1-7 นาที ซึ่งจะพบช่วงคลื่นต่ำ (Low amplitude) และจังหวะไม่สม่ำเสมอคล้ายขณะตื่นอยู่ ซึ่งจะพบกล้ามเนื้อทั่วร่างกายผ่อนคลาย อุณหภูมิกายลดต่ำ การหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจช้าลงอย่างสม่ำเสมอ เป็นช่วงปลุกตื่นได้ง่าย

1.2 ระยะเวลาที่ 2 NREM sleep เป็นระยะการนอนหลับอย่างแท้จริง เป็นระยะเริ่มง่วง (Drowsy) ช่วงนี้คลื่นสมอง EEG มีลักษณะเฉพาะ คือ Slower, Higher amplitude waves with K-complexes and sleep spindles ซึ่งเป็นเวลาประมาณร้อยละ 50 ของเวลาหลับทั้งหมดร่างกายจะผ่อนคลายและลดความตึงตัวลง ผู้ที่นอนหลับในระยะนี้จะไม่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม ตามองไม่เห็น หูไม่ได้ยิน แต่ถ้ากระตุ้นอย่างแรง ยังคงปลุกตื่นได้ง่าย ซึ่งจะกินระยะเวลา 10-25 นาที

1.3 ระยะเวลาที่ 3 NREM sleep เป็นระยะหลับลึกที่สุด (Deep sleep) เป็นช่วงที่มีความถี่ของ EEG ต่ำสุด คือ เป็นคลื่นเดลต้า (Delta wave) ปลุกตื่นได้ยาก กล้ามเนื้อทั่วร่างกายมีการผ่อนคลายเต็มที่ การนอนในระยะนี้จะเป็นช่วงที่ร่างกายได้รับการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และกระตุ้นการสร้างโปรตีน ไจมัน คาร์โบไฮเดรต ซึ่งจะกินระยะเวลา 20-40 นาที

2. การนอนหลับแบบมีการเคลื่อนไหวของลูกตารวดเร็ว (Rapid eye movement [REM]) เป็นการนอนระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว เนื่องจากสมองบางส่วนได้รับการกระตุ้น บางส่วนถูกยับยั้งไว้ เป็นขั้นตอนของการนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ กล้ามเนื้อลูกตามีการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว หรือกลอกไปกลอกมาทั้งยังหลับอยู่ อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจจะเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีการฝันเกิดขึ้นแต่ไม่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ถ้าปลุกตื่นในระยะนี้พบร้อยละ 90 จะจำฝันได้

ระยะเวลาต่าง ๆ ของการหลับเกิดขึ้นต่อเนื่องกันตลอดคืน โดยมีลักษณะเฉพาะดังต่อไปนี้ ระยะ NREM ที่ 3 มักเกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งในสามของการนอนหลับช่วงแรก และระยะเวลาจะเพิ่มขึ้นเป็นการตอบสนองต่อภาวะขาดการนอน (Sleep deprivation) ส่วน REM sleep จะเกิดขึ้นเป็นวงจรตลอดคืนสลับกับ NREM sleep ทุก 90-110 นาที ระยะเวลาของ REM sleep ในช่วงแรกนี้เกิดขึ้นสั้น ๆ แต่กลับไปเกิดขึ้นมากในช่วงครึ่งหลังการนอน

ปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ปัญหาการนอนหลับเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด การลดลงของความสามารถในการหลับหรือเพิ่มการตื่น การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและรูปแบบการหลับเป็นผลให้การนอนหลับแบบไม่มีการกลอกตา (NREM) ลดลงและคลื่นการหลับสั้น (Pikington, 2013) ทำให้เพิ่มการใช้ออกซิเจนมากขึ้น มีผลทำให้เพิ่มการบีบตัวของหัวใจ (Neyse et al., 2011) ซึ่งผลของการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลที่เกี่ยวกับการรบกวนการนอนหลับมาจากปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยจะมีปัญหาการนอนหลับโดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ ซึ่งรูปแบบการนอนหลับที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ ประกอบด้วย การลดลง

ของระยะเวลาการหลับ การหลับยากขณะเริ่มนอนและการนอนแล้วตื่นกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (Mashayekhi et al., 2013) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ดังนั้น ปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด จึงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการศึกษาของ Freedman et al. (1999) พบว่า การรับรู้ถึงคุณภาพการนอนหลับโดยรวมของผู้ป่วยในขณะที่เข้าพักรักษาในแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤตรวมทั้งหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับเมื่ออยู่ที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ BaHammam (2006) ศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายระยะเฉียบพลันจำนวน 20 ราย ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศซาอุดีอาระเบีย โดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพการนอนหลับ Polysomnography (PSG) ประเมินคุณภาพการนอนหลับเมื่อเวลาผ่านไป 3 วันและหลังจากกลับบ้านนัดติดตามการรักษาอีก 6 เดือนจากกราฟ PSG ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายระยะเฉียบพลันใน 2 ช่วงเวลาพบว่าการเพิ่มของการรบกวนขณะหลับ (Arousal index), ระยะเวลาการตื่นนอนนานขึ้น (Wake time) และระยะเวลาของ REM เพิ่มขึ้น (REM latency) นอกจากนี้เมื่อนำ 2 ช่วงเวลามาเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ความแตกต่าง พบว่ามีความแตกต่างในประสิทธิภาพการนอนหลับ (Sleep efficiency) การนอนหลับในระยะ REM และการตื่นนอน (Wake) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) การศึกษาของ Elliott et al. (2011) โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับคุณภาพและระยะเวลาในการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกประเภทรวมทั้งหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1966 ถึง ค.ศ. 2010 พบว่าคุณภาพและระยะเวลาในการนอนหลับของผู้ป่วยลดลง มีการตื่นบ่อยในช่วงกลางคืน และมีอาการง่วงหลับในระหว่างวัน นอกจากนี้การศึกษานี้ของ Cicek et al. (2014) ศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคุณภาพการนอนหลับในคืนแรกของการนอนในโรงพยาบาลลดลง

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ช่อผกา พิษพันธ์ไพศาล (2544) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 120 คน พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง โดยร้อยละ 61.5 ผู้ป่วยรู้สึกง่วงในช่วงเช้าหลังจากตื่นนอน ร้อยละ 17.5 ผู้ป่วยใช้เวลาในการนอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ร้อยละ 71.7 ใช้เวลาในการนอนหลับ 6-9 ชั่วโมง ร้อยละ 50 ตื่นนอนในช่วงกลางคืน 2-3 ครั้ง และร้อยละ 41.7 ตื่นบ่อยมากกว่า 4 ครั้ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับ คือ การเข้านอนแล้วหลับยาก การตื่นบ่อยในช่วง

กลางคืน การตื่นนอนด้วยความรู้สึกไม่สดชื่นรวมไปถึงระยะเวลาการนอนหลับลดลง ซึ่งปัญหาการนอนหลับที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย

การนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน นอกจากมีปัญหการนอนหลับในระยะแรกที่พักอยู่ในโรงพยาบาล ปัญหาการนอนหลับยังคงมีอยู่หลังจากออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน จากการศึกษาของ Edell-Gustaffson (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ผลของการนอนไม่หลับต่อสุขภาพ การทำหน้าที่ระหว่างวันและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 38.6 มีปัญหาการนอนไม่หลับเข้านอนแล้วหลับยาก จากการศึกษาของ Yasuhara et al. (2013) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด หลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธีเปิดขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว กลับไปอยู่ที่บ้าน 7 วัน มีกิจกรรมในระหว่างวันเพิ่มมากขึ้น การตื่นนอนบ่อยในช่วงกลางคืน และ จากการศึกษาของ Alcantara et al. (2014) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน มีระยะการนอนหลับน้อยกว่าวันละ 7 ชั่วโมง และส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับและส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย

ผลกระทบจากปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล

ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะในระยะแรกจนถึง 1 สัปดาห์หลังจากนั้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยลดลง (Orwelius et al., 2008) และส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับโรคหัวใจตามมา จากการศึกษาของ Fernandes et al. (2014) พบว่า การนอนไม่หลับส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญเกี่ยวกับหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจตามนัดหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการกลับมาทำการถ่างขยายหลอดเลือดซ้ำ เนื่องจากการนอนไม่หลับสามารถเพิ่มความวิตกกังวล ความกลัว เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการในการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น (Neyse et al., 2011) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผลกระทบจากคุณภาพการนอนหลับอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่ การกำเริบซ้ำของโรค การกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ และการเสียชีวิต เป็นต้น

คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

Snyder-Halpern and Verran (1987) กล่าวว่า คุณภาพการนอนหลับเป็นลักษณะการนอนหลับของบุคคล เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เริ่มเข้านอนจนถึงตื่นนอน ซึ่งสามารถประเมินได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้น ๆ

Buysse, Reynolds, Monk, Yeager, and Kupfer (1989) กล่าวถึง คุณภาพการนอนหลับประกอบด้วย การนอนหลับในเชิงปริมาณ และการนอนหลับเชิงคุณภาพ โดยการนอนหลับเชิงปริมาณประกอบด้วย ระยะเวลาการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ และจำนวนครั้งในการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืน ส่วนการนอนหลับเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ความลึก ความเพียงพอ และความรู้สึกต่อการนอนหลับรวมทั้งผลกระทบต่อการทำงานที่ในตอนกลางวัน

สรุปได้ว่า ผู้วิจัยใช้ความหมายของคุณภาพการนอนหลับตามแนวคิดของ Snyder-Halpern and Verran (1987) คือ คุณภาพการนอนหลับเป็นลักษณะการนอนหลับของบุคคล เป็นพฤติกรรมความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เริ่มเข้านอนจนถึงตื่นนอนซึ่งสามารถประเมินได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้น ๆ คุณภาพการนอนหลับประกอบด้วย

1. ความแปรปรวนของการนอนหลับ (Sleep disturbance) ได้แก่ เวลาที่ใช้ก่อนหลับ ได้จริงหลังจากล้มตัวลงนอน ความถี่ของการตื่นระหว่างหลับ การพลิกตัวหรือการเคลื่อนไหวขณะหลับ ความสนิทของการนอนหลับ ระยะเวลารวมของการตื่นนอนตอนกลางคืนหลังจากหลับตั้งแต่ 0-10 ชั่วโมง ความรู้สึกเป็นปัญหาในการตื่นตอนกลางคืน ความรู้สึกถึงความยากง่ายของการนอนหลับเมื่อเข้านอน

2. ประสิทธิภาพของการนอนหลับ (Sleep effectiveness) ได้แก่ ความรู้สึกเมื่อตื่นนอนตอนเช้า ความรู้สึกต่อการนอนหลับในคืนที่ผ่านมา เวลาที่ใช้ในการนอนหลับโดยรวมใน 1 วัน ความรู้สึกถึงความเพียงพอของการนอนหลับ

3. การงีบหลับในช่วงเวลากลางวัน (Nap supplementation) ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการงีบหลับในตอนกลางวันของวันที่ผ่านมาตั้งแต่ 0-10 ชั่วโมง การงีบหลับในช่วงเช้าของวันที่ผ่านมา การงีบหลับในช่วงบ่ายของวันที่ผ่านมา และความรู้สึกเมื่อตื่นหลังจากงีบหลับ

การนอนหลับที่มีคุณภาพใช้เวลาก่อนการนอนหลับน้อย สามารถนอนหลับถึงหลับจริงภายในเวลา 20-30 นาที หลับสนิทได้อย่างต่อเนื่องและครบวงจรการหลับ ติดต่อกันอย่างน้อย 90 นาที เมื่อตื่นขึ้นมารู้สึกไม่ง่วง รู้สึกสดชื่นและพักผ่อนอย่างเพียงพอ สามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานได้อย่างกระฉับกระเฉง ซึ่งโดยทั่วไปบุคคลมีความต้องการการนอนหลับเฉลี่ย 6-8 ชั่วโมง แต่ไม่อาจจะบรรลุการนอนหลับของแต่ละบุคคลได้ บางคนหลับเพียง 3 ชั่วโมงก็รู้สึกพักผ่อนเพียงพอ ซึ่งสามารถประเมินได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้น ๆ (กนกทิพย์ ลาสุทธิ, 2550)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการประเมินปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วย ซึ่งคุณภาพการนอนหลับสามารถประเมินได้ทั้งการนอนหลับเชิงปริมาณและการนอนหลับเชิงคุณภาพ (Buysse et al., 1989) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ (Quantitative aspect of sleep)

ประกอบด้วย

1.1 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (Sleep latency) เป็นระยะตั้งแต่บุคคลตั้งใจจะหลับจนกระทั่งหลับได้ ซึ่งในบุคคลที่นอนหลับง่ายจะใช้เวลาน้อยกว่า 15 นาที ในการนอนหลับปกติจะใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ถ้าใช้เวลามากกว่า 30 นาที แสดงว่ามีอาการนอนหลับยาก

1.2 ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน (Sleep duration) เป็นระยะเวลาที่บุคคลเริ่มเข้าสู่การนอนหลับจนกระทั่งตื่นนอน โดยไม่รวมระยะเวลาที่ตื่นระหว่างการนอนหลับ ระยะเวลาที่แต่ละบุคคลต้องการในการนอนหลับจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรู้สึกเฉพาะของแต่ละบุคคล

1.3 จำนวนครั้งที่ถูกรบกวนขณะหลับ (Number of arousal) การถูกรบกวนขณะหลับจะทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง โดยการตื่น 1 ครั้ง หมายถึงการรู้สึกตัวระหว่างหลับนานกว่า 15 วินาที การตื่นมากกว่า 3 ครั้งต่อคืน หรือตื่นแล้วหลับต่อได้ยากจะทำให้การนอนหลับเกิดความไม่ต่อเนื่อง ซึ่งบุคคลที่มีระยะเวลาการนอนหลับต่อเนื่องจะมีคุณภาพการนอนหลับดี

1.4 ประสิทธิภาพการนอนหลับ (Sleep efficiency) เป็นอัตราส่วนระหว่างระยะเวลาเป็นชั่วโมงที่หลับได้จริงในแต่ละคืนต่อระยะเวลาเป็นชั่วโมงที่นอนบนเตียง โดยคิดหน่วยเป็นร้อยละ ถ้าค่าประสิทธิภาพการนอนหลับมากกว่าร้อยละ 75 ถือว่าเป็นการนอนหลับปกติ (Buysse et al., 1989)

2. การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ (Qualitative aspect of sleep) การนอนหลับเชิงคุณภาพหรือบางครั้งเรียกว่าคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ประกอบด้วยตัวแปรการนอนหลับดังนี้

2.1 ความรู้สึกต่อการนอนหลับ เป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั้น ๆ ว่ามีการนอนหลับดีหรือไม่ดีมีความเพียงพอหรือไม่เพียงพอ รวมทั้งเกิดความรู้สึกสดชื่นหรืออ่อนเพลียภายหลังการนอนหลับ ซึ่งบุคคลที่มีความรู้สึกพึงพอใจต่อการนอนหลับของตนเอง ถือได้ว่าการนอนหลับที่มีคุณภาพที่ดี

2.2 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวัน เป็นผลที่เกิดจากคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ทำให้มีอาการง่วงนอน (sleepiness) ขาดความกระตือรือร้น อ่อนเพลีย หรือขาดสมาธิในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

การเลือกวิธีการประเมินคุณภาพการนอนหลับขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการประเมิน สถานการณ์และความเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย การประเมินคุณภาพของการนอนหลับสามารถ ประเมินได้ 2 วิธี ได้แก่ การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย (Objective sleep quality) และ การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (Subjective sleep quality) มีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย (Objective sleep quality)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยวิธีนี้เป็นการพิจารณาองค์ประกอบเกี่ยวกับการเข้าสู่ ระยะเวลาของการนอนหลับและระยะเวลาในการนอนหลับของแต่ละวงจร โดยใช้เครื่องมือพิเศษทาง วิทยาศาสตร์ในห้องปฏิบัติการการนอนหลับ โดยใช้อุปกรณ์ในการตรวจการประเมินการนอนหลับ ดังนี้

1.1 เครื่องมือโพลีซอโนกราฟี (Polysomnography: PSG) เป็นเครื่องมือประเมินการ นอนหลับในห้องปฏิบัติการ เป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดในการวินิจฉัยและความแปรปรวนของการนอน หลับโดยใช้กราฟในการบันทึก เพราะแม่นยำ เทียบตรงและได้มาตรฐานกว่าเครื่องมืออื่น ๆ ที่ใช้ในการ ประเมินการนอนหลับ (Schiza, et.al., 2010) ประกอบด้วยลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalogram: EEG) ที่เปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนของการหลับ สามารถบันทึกวงจรการ นอนหลับอย่างต่อเนื่องตามลักษณะทางชีวภาพของการหลับและการตื่น, Electromyography และ Electrooculography (Edell-Gustaffson, 2002)

1.2 ไนท์แคป (Night cap) เป็นเครื่องมือการนอนหลับขนาดเล็กที่สามารถพกพาได้ ใช้หลักการวัดการเคลื่อนไหวของร่างกายเพื่อแยกแยะระยะตื่น การนอนหลับระยะ REM และ NREM โดยอาศัยการเคลื่อนไหวของหน้าตาและศีรษะ เครื่องมือนี้สามารถวัดระยะเวลาการนอน หลับที่แท้จริงได้แต่ไม่สามารถแยกแยะการนอนหลับระยะที่ 1-4 ของการนอนหลับแบบ NREM ได้ (ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

1.3 แอคติกราฟ (Wrist actigraph) เป็นเครื่องมือประเมินการนอนหลับที่มีขนาดเล็ก มีลักษณะคล้ายนาฬิกาข้อมือใช้ประเมินความถี่และความแรงของการเคลื่อนไหวของร่างกายใน ระยะ 24 ชั่วโมง สามารถวัดระยะเวลาการนอนหลับและระยะตื่นได้ มีราคาถูก (ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

2. การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (Subjective sleep quality)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย เป็นวิธีการประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยเองโดยตรงที่เกี่ยวกับความรู้สึกและ ประสบการณ์การนอนหลับของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสามารถประเมินได้ทั้งปริมาณและคุณภาพ

ของการนอนหลับ เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากกระทำได้ง่ายและรบกวนผู้ป่วยน้อย แต่อาจไม่เที่ยงตรงเท่ากับการใช้เครื่อง Polysomography โดยมีรูปแบบการประเมินดังต่อไปนี้

2.1 การประเมินการนอนหลับด้วยตนเอง (Self-report sleep quality) เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด โดยใช้แบบวัดต่าง ๆ ที่ได้จากมีผู้พัฒนาขึ้น เช่น การประมาณค่าด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scale) หรือมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) (Mashayekhi et al., 2013) การประเมินการนอนหลับด้วยตนเองมีหลายรูปแบบ ได้แก่

2.1.1 แบบบันทึกการนอนหลับประจำวัน (Daily sleep diary) เป็นแบบบันทึกการนอนหลับประจำวัน หลังจากตื่นนอนตอนเช้า เกี่ยวกับเวลาเข้านอน จุดเริ่มต้นของการนอนหลับ การตื่นหลังจากหลับ การรับประทานยานอนหลับ การนอนหลับกลางวัน จำนวนครั้งที่ตื่นเวลากลางคืน เวลาที่ตื่น และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการนอนหลับ เหมาะสมกับผู้ใช้แบบบันทึกที่สามารถอ่านออกเขียนได้จึงไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน (วรรณศิริ อ๋ม, สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, พัชรียา ไชยลังกา, และศิวศักดิ์ จุทอง, 2549)

2.1.2 การใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยใช้การกรอกข้อมูลและคำตอบเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเอง คำถามขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย ความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและสถานที่ (Freedman et al., 1999; วรรณศิริ อ๋ม และคณะ, 2549) ซึ่งมีรูปแบบ ดังนี้

2.1.2.1 แบบสัมภาษณ์ประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทท์สเบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพการนอนหลับ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มนอนหลับจนกระทั่งหลับ (Sleep latency) ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน (Sleep duration) และประสิทธิผลของการนอนหลับโดยอุปนิสัย (Habitual sleep efficiency) และการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ 4 องค์ประกอบ ได้แก่คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (Subjective sleep quality) เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยรวมที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั้น ๆ ว่าดีมาก หรือไม่ดีเลยการรบกวนการนอนหลับ (Sleep disturbance) การใช้นอนหลับ และผลกระทบต่อการทำงานประจำวันจากปัญหาการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (พงษ์พันธ์ จันททีโร, 2552; Assari, Lankarani, Saleh, & Ahmadi, 2013)

2.1.2.2 มาตรวัดการนอนหลับของเวอร์เรน และสไนเดอร์-ฮาลเพิร์น (The Verran Snyder-Halpern Sleep Scale: VSH Sleep Scale) เป็นมาตรวัดการนอนหลับโดยการประเมินค่าบนเส้นตรงโดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scale) ซึ่งวัดคุณภาพการนอนหลับเป็น 3 มิติ คือ มิตินอนหลับ (Sleep quality) มิตินอนหลับ (Sleep quantity) และมิตินอนหลับ (Sleep disturbance) ได้แก่ เวลาที่ใช้

ก่อนหลับได้จริงหลังจากล้มตัวลงนอน ความถี่ของการตื่นระหว่างหลับ การพลิกตัวหรือการเคลื่อนไหวขณะหลับ ความสนิทของการนอนหลับ ระยะเวลาของการตื่นนอนตอนกลางคืน หลังจากหลับตั้งแต่ 0-10 ชั่วโมง ความรู้สึกเป็นปัญหาในการตื่นตอนกลางคืน ความรู้สึกถึงความยากง่ายของการนอนหลับเมื่อเข้านอน มิติประสิทธิภาพของการนอนหลับ (Sleep effectiveness) ได้แก่ ความรู้สึกเมื่อตื่นนอนตอนเช้า ความรู้สึกต่อการนอนหลับในคืนที่ผ่านมา เวลาที่ใช้ในการนอนหลับโดยรวมใน 1 วัน ความรู้สึกถึงความเพียงพอของการนอนหลับ และมิติการงีบหลับในช่วงเวลากลางวัน (Nap supplementation) ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการงีบหลับในตอนกลางวันของวันที่ผ่านมาตั้งแต่ 0-10 ชั่วโมง การงีบหลับในช่วงเช้าของวันที่ผ่านมา การงีบหลับในช่วงบ่ายของวันที่ผ่านมา และความรู้สึกเมื่อตื่นหลังจากงีบหลับ รวมข้อคำถามแต่ละมิติจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามในมิติประสิทธิภาพของการนอนหลับ คำถามด้านลบ 11 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามในมิติความแปรปรวนของการนอนหลับ 7 ข้อ และมิติการงีบหลับในช่วงกลางวัน 4 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อคำถามใช้การวัดโดยการเปรียบเทียบกับสายตา (Visual analogue scale) ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยวลีที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการวัดโดยมีความหมายที่ตรงข้ามกัน ให้คะแนนเป็น 0 ถึง 10 คะแนน 0 หมายถึง ลักษณะการนอนหลับไม่ดีมากที่สุดจนถึงคะแนน 10 หมายถึงลักษณะการนอนหลับดีมากที่สุด (ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

2.1.2.3 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับในหอผู้ป่วยวิกฤตของ

Bihari et al. (2012) ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของ Freedman et al. (1999) เป็นแบบสอบถามเพื่อใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ และดัดแปลงแบบสอบถามโดยเพิ่มเรื่องการประเมินความปวด ซึ่งอาการปวดส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยแบบสอบถามจะใช้ถามผู้ป่วยย้อนหลังถึงคุณภาพการนอนหลับโดยรวม เป็นแบบมาตราส่วน 1 ถึง 10 คะแนน คะแนน 1 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับแย่มาก คะแนน 10 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดีมาก ประเมินการง่วงนอนในระหว่างวันเฉลี่ยตั้งแต่วันแรกจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นแบบมาตราส่วน 1 ถึง 10 คะแนน คะแนน 1 หมายถึง ง่วงนอนมากที่สุด คะแนน 10 หมายถึง ตื่นปกติ ไม่มีอาการง่วงนอนระหว่างวัน ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วย เป็นแบบมาตราส่วน 1 ถึง 10 คะแนน คะแนน 1 หมายถึง รบกวนน้อยที่สุด คะแนน 10 หมายถึง รบกวนมากที่สุด ซึ่งแบบสอบถามนี้ใช้เวลาประเมิน 10 นาที และสามารถใช้ได้ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง มีปัญหาเรื่องการมองเห็น สามารถอ่านให้ผู้ป่วยฟังและบันทึกคำตอบแทนผู้ป่วยได้

2.2 การสังเกต (Observation) เป็นวิธีที่ใช้กันมานานและใช้บ่อยในการประเมินทางคลินิกของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพและระยะเวลาของการนอนหลับแยกได้เพียง 2 ระยะ คือ การตื่นและหลับ โดยสังเกตพฤติกรรมกรนอนหลับ เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายขณะหลับ การปิดตา แบบแผนการหายใจ การตอบสนองต่อสิ่งเร้าขณะกรนอนหลับ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ วิธีการนี้ไม่สะดวกในการใช้เนื่องจากใช้เวลาในการประเมินนานประมาณ 15-30 นาที ในการสังเกตการนอนหลับ (ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

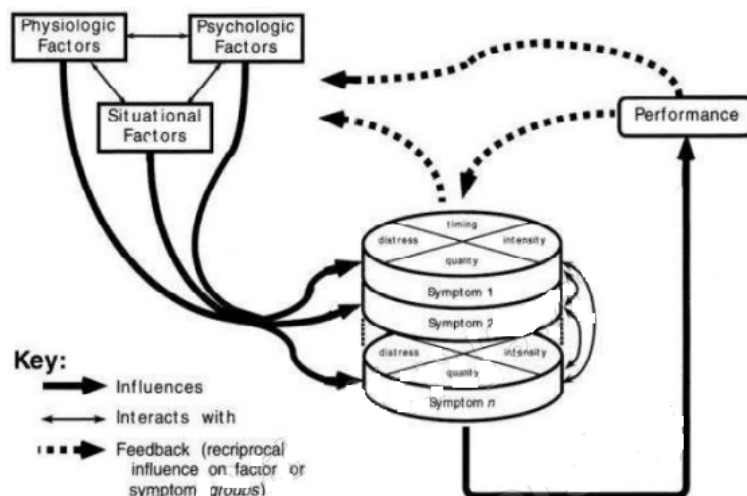
ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการใช้มาตรวัดการนอนหลับของเวอร์เรนและสไนเดอร์-ฮาลเพิร์น (The Verran Snyder-Halpern Sleep Scale: VSH Sleep Scale) ซึ่งแปลโดย ชนกพร จิตปัญญา เพื่อประเมินพฤติกรรมและความรู้สึกของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเกี่ยวกับการนอนตั้งแต่เข้านอนจนถึงตื่นนอน โดยการประเมินค่าบนเส้นตรงโดยการเปรียบเทียบกับสายตา (Visual analogue scale) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินคุณภาพการนอนหลับ 3 มิติ ได้แก่ มิติตามแปรปรวนของการนอนหลับ (Sleep disturbance) มิติประสิทธิภาพของการนอนหลับ (Sleep effectiveness) และมิตินอนหลับในระหว่างวัน (Nap supplement)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน สรุปได้ว่ามีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายใน ได้แก่ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล พยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถจำแนกและอธิบายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องต่ออาการไม่พึงประสงค์ต่อคุณภาพการนอนหลับ อันเกิดจากการเจ็บป่วยได้ด้วยทฤษฎีทางการพยาบาล คือ ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997)

แนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of the unpleasant symptoms)

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์เป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลาง (Middle range theory) ถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1995 โดย Lenz et al. และถูกนำมาปรับปรุงครั้งล่าสุดในปี ค.ศ. 1997 ซึ่งทฤษฎีประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ อาการ (Symptom) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ (Influencing factors) และผลลัพธ์จากการเกิดอาการ (Consequences of symptom experiences)

ดั่งภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997)

องค์ประกอบของอาการไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย

1. อาการ (Symptom) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย ซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ อาการอาจเกิดขึ้นอาการเดียวหรือพร้อมกันหลายอาการ แต่เมื่อเกิดอาการหนึ่งเกิดขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมา และหากมีอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันสองอาการหรือมากกว่าก็จะส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน อาการที่เกิดขึ้นแต่ละอาการประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความรุนแรง (Intensity: strength or severity) เวลา (Timing: duration and frequency of occurrence) ระดับความทุกข์ทรมาน (Level of distress perceived: degree of discomfort or bothersomeness) และคุณภาพ (Quality) (Lenz & Pugh, 2014; Lenz et al., 1997)

1.1 ความรุนแรง (Intensity: strength or severity) หมายถึงปริมาณหรือระดับของความรุนแรงในการเกิดอาการ มักใช้ในการประเมินความรุนแรงในคลินิกและงานวิจัย เพื่อบอกถึงปริมาณหรือระดับความรุนแรง เช่น ระดับความรุนแรงความปวด ปริมาณการถูกรบกวนการนอนหลับ หรือระดับความรุนแรงอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น

1.2 เวลา (Timing: duration and frequency of occurrence) หมายถึงระยะเวลาของการปรากฏอาการ ประกอบด้วยความถี่และระยะเวลาของอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวหรือเกิดขึ้นเรื้อรังแต่มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันไป

1.3 ระดับความทุกข์ทรมาน (Level of distress perceived: degree of discomfort or bothersomeness) เป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (Level of the perceived reaction) ที่รับรู้ถึงระดับการถูกรบกวน ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละบุคคลจะรับรู้ระดับความทุกข์ทรมานแตกต่างกันได้ถึงแม้ว่าจะมีระดับความรุนแรงที่เท่ากัน

1.4 คุณภาพ (Quality) หมายถึงลักษณะความรู้สึก หรือประสบการณ์ของการเกิดอาการ ที่สามารถบอกตำแหน่งได้ คุณภาพใช้ในการจำแนกความแตกต่างของพยาธิสภาพ หรือบ่งชี้ความรุนแรงของปัญหา คุณภาพของอาการนี้แสดงให้เห็นว่าในแต่ละอาการมีลักษณะเฉพาะการประเมินแต่ละอาการจึงมีลักษณะเฉพาะเช่นกัน การอธิบายคุณภาพของอาการยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการอธิบายอาการให้มีความเฉพาะเจาะจงกับอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจต้องอาศัยความรู้ ทักษะการใช้ภาษา การรับรู้ความคิดปกติ ซึ่งสะท้อนถึงประสบการณ์ของอาการ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ (Influencing factors) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic factors) ด้านจิตใจ (Psychological factors) และด้านสถานการณ์ (Situational factors) ปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และปัจจัยในแต่ละด้านยังมีอิทธิพลต่ออาการ (Lenz & Pugh, 2014; Lenz et al., 1997)

2.1 ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic factors) ประกอบด้วยโครงสร้างร่างกายทั้งทางสรีรวิทยา พันธุกรรม และการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกายทั้งภาวะที่ร่างกายปกติและภาวะที่เกิดพยาธิสภาพ (Pathology) ผิดปกติ รวมทั้งการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น ความผิดปกติโครงสร้างของร่างกาย ระยะเวลาของความเจ็บป่วย สภาวะการอักเสบติดเชื้อ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนหรือระดับพลังงาน ความเพียงพอของสารน้ำและสารอาหาร ระดับความรู้สึกตัว อายุ ชนิด และระยะเวลาในการรักษา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจร่วมกันมีอิทธิพลต่อการเกิดอาการและประสบการณ์อาการ อีกทั้งปัจจัยต่าง ๆ ภายในด้านสรีรวิทยานี้ยังมีอิทธิพลต่อกันอีกด้วย

2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) ประกอบด้วยความคิด อารมณ์ความรู้สึกของแต่ละบุคคล เช่น อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ซึ่งสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยหรืออาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย เช่น ความโกรธ ความกลัว ส่วนด้านความคิดที่มีผลต่อประสบการณ์อาการ ประกอบด้วย ระดับความไม่แน่นอน การให้ความหมายจากประสบการณ์ส่วนบุคคล ความรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย และอาการที่เกิดขึ้น

2.3 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพ (Physical) และสังคม (Social) ของแต่ละบุคคลที่อาจมีผลต่อประสบการณ์ รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ความร้อน ความชื้น เสียง แสงสว่าง คุณภาพของอากาศ และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

สถานภาพสมรส แหล่งสนับสนุนทางสังคม และวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น

ตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์กัน และมีผลต่อประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้น มีหลักฐานมากมายที่พบว่าร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ก็มีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ถ้ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการในด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นก็จะมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่น อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการเจ็บหน้าอก ร่วมกับวิตกกังวลจะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหานอนไม่หลับรุนแรงเพิ่มมากขึ้นได้ นอกจากนี้ประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นยังมีผลต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน โดยอาการที่เกิดขึ้นสามารถทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์อาการ และการเรียนรู้ในการที่จะดูแลตนเอง แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นก็มีผลย้อนกลับไปยังปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการทั้ง 3 ด้านดังกล่าวเช่นกัน

3. ผลลัพธ์จากการเกิดอาการ (Performance outcomes, Consequences of symptom experience) เป็นผลลัพธ์จากการมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการต่าง ๆ ซึ่ง Lenz et al. (1997) ได้อธิบายถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากอาการ ประกอบด้วยความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ (Functional) และความสามารถในการแสดงความคิดวิเคราะห์ต่าง ๆ (Cognitive activities) โดยความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ (Functional) ได้แก่ กิจกรรมทางร่างกาย (Physical activities) ได้แก่ การมีสมาธิ (Concentration) การคิด (Thinking) หรือการแก้ปัญหา (Problem-solving) หากอาการมีจำนวนหรือระดับความรุนแรงมากขึ้น จะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ ของบุคคลลดลง คุณภาพชีวิตลดลง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นข้อมูลย้อนกลับไปที่ประสบการณ์อาการ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการด้วย

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่ ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว โดยปัจจัยที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อการนอนหลับและส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ เฉียบพลัน

คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มักถูกรบกวนการนอนหลับจากปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนหลับในระยะแรก ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน (Intrinsic factors) และปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors) (Elliott et al., 2011) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยภายในที่ทำให้คุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก อาการใจสั่น ความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย ความกลัวโรคจะกำเริบมากขึ้น (นันทิวัน แซ่ซื่อ, 2551) ความเหนื่อยล้า ความซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก และคุณภาพการนอนหลับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (กันตพร ยอดไชย, 2547; Elliott et al., 2011) ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย เสียงจากการพูดคุยกันของผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย เสียงจากการดูดเสมหะ เสียงจากเครื่องช่วยหายใจและเครื่องมอร์นิเตอร์ แสง ซึ่งส่งผลรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย (Ehlers et al., 2013; Neyse et al., 2011) รวมทั้งยังพบว่า กิจกรรมให้การรักษาและการตรวจวินิจฉัยของเจ้าหน้าที่ทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยลดลง (Freedman et al., 1999) นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันลดลง (สุภารัตน์ ชัยอาจ และพวงพะยอม ปัญญา, 2548) ซึ่งจะเห็นได้ว่า คุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในระยะวิกฤต ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่ส่งผลให้วงจรการนอนหลับเปลี่ยนแปลง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ มีคุณภาพการนอนหลับที่ต่ำกว่าปกติ เนื่องจาก การหลั่งของอิพิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน (Nor epinephrine) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น อัตราการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง และเพิ่มความต้องการการใช้ออกซิเจนของหัวใจ ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ถึงความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้น ความไม่สุขสบาย อาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล (Neyse et al., 2011) จากแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptoms) ของ Lenz et al. (1997) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านสรีรวิทยา ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสถานการณ์ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดย ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยศึกษาปัจจัยด้านสรีรวิทยา ประกอบด้วย อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ส่วนปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความวิตกกังวลเป็นอาการทางด้านจิตใจที่พบบ่อยใน

ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เมื่อเกิดอาการหนึ่งเกิดขึ้นอาจทำให้เกิดอาการอื่นตามมา เช่น ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ เป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ จากการศึกษาของ McKinley et al. (2012) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ดังนั้น การนอนหลับเป็นพฤติกรรมของคนเราตามธรรมชาติ ซึ่งสามารถควบคุมได้โดยผ่านการควบคุมของสมอง หากบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ ในสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ได้ ก็จะคงไว้ซึ่งสมดุลของร่างกายและจิตใจ และการปฏิบัติหน้าที่ได้ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มีรายละเอียดดังนี้

ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก (Cardiac pain intensity)

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2557) ได้ให้คำจำกัดความของกลุ่มอาการเจ็บแน่นอก (Angina pectoris) ประกอบด้วย อาการเจ็บแน่นหรืออึดอัดบริเวณหน้าอกหรือปวดเมื่อยหัวใจหรือปวดกรามหรืออุกบริเวณลิ้นปี่เป็นมาขณะออกกำลังซึ่งอาการเจ็บแน่นอกที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคหัวใจขาดเลือดคืออาการเจ็บหนักๆเหมือนมีอะไรมาทับหรือรัดบริเวณกลางหน้าอกใต้กระดูก Sternum อาจมีร้าวไปบริเวณคอกรามไหล่และแขนทั้ง 2 ข้าง โดยเฉพาะข้างซ้ายเป็นมาขณะออกกำลังเป็นนานครั้งละ 2-3 นาทีเมื่อนั่งพักหรืออมยาในโตรกลีเซอรินอาการจะทุเลา

อาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) เป็นอาการที่เกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่สมดุลกับออกซิเจนที่ต้องการใช้ แต่ยังไม่มีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจอาการเจ็บหน้าอกสามารถกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ และเพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลเวียนกลับสู่หัวใจ ซึ่งทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น สามารถส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายเพิ่มขึ้น ภาวะหัวใจวาย การเต้นผิดจังหวะของหัวใจ อาจถึงแก่ความตาย (Herlitz, Bang, Omerovic, & Sundstrom, 2011)

อาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากหัวใจขาดเลือด (Angina pectoris) มีลักษณะสำคัญดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

1. ลักษณะการเจ็บปวด (Character) เป็นลักษณะถูกบีบรัด อึดอัดในหน้าอก อาการปวดจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากอาการเมื่อเริ่มต้นจนถึงเจ็บปวดมากที่สุด

2. ตำแหน่ง (Location) มักเกิดบริเวณใต้กระดูกอก (Substernal area) ค่อนมาทางซ้าย บริเวณที่เจ็บจะกว้าง ไม่สามารถชี้จุดได้ และส่วนใหญ่มีอาการร้าวไปยังบริเวณซ้ายด้านใน อาจร้าว เฉพาะต้นแขน หรือร้าวตลอดแขนจนถึงข้อมือ โดยทั่วไปอาการมักไม่เกินกรามและไม่ต่ำกว่าสะดือ

3. ระยะเวลา (Duration) อาการเจ็บหน้าอกมักนานกว่า 20 นาที โดยทั่วไปอาการแอนไจ นา เพคทอริสที่ยังไม่มีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ มักเกิดไม่น้อยกว่า 1 นาทีและนานไม่เกิน 15 นาที

4. ปัจจัยที่ทำให้เป็นมากขึ้น (Precipitate or aggravating factors) ได้แก่ การออกกำลังกาย ความเครียด หลังจากรับประทานอาหารเสร็จ อากาศเย็น การสูบบุหรี่ การมีเพศสัมพันธ์ การเบ่งถ่าย และการนอนหลับลึก

5. ปัจจัยที่ทำให้อาการดีขึ้น (Relieving factors) ซึ่งอาการจะดีขึ้นภายหลังการพัก และหายเมื่อได้รับยาไนโตรกลีเซอริน ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 76 อาการมักจะหายภายใน 3 นาทีหลังจาก การได้รับยา

6. อาการร่วม (Associated symptoms) อาการร่วมที่พบได้แก่ หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ซีด และเป็นลมหมดสติ

สรุปผู้วิจัยได้ให้ความหมาย ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก คือ การรับรู้ของบุคคล ต่อการตอบสนองของระดับความเจ็บปวดที่เกิดจากอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดจากการที่กล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกเป็นแบบแน่น ๆ เหมือนมีอะไรมากดทับ และอาจ ปวดร้าวไปที่ไหล่ หรือบริเวณต้นแขน ในผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกแบบเรื้อรัง อาการจะเป็นมาก กว่าเดิม หรือเป็นถี่ขึ้น นานขึ้น เช่น นานมากกว่า 20-30 นาที รวมทั้งจะมีอาการในขณะที่พักหรือ ทำงานเพียงเล็กน้อย อาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ได้แก่ อาการเหงื่อออก ใจสั่น

ผลกระทบจากความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อ หัวใจเฉียบพลัน ได้แก่ การนอนหลับหรือคุณภาพการนอนหลับ จากการศึกษาของ นันทิวัน แซ่ซื่อ (2551) พบว่า อาการเจ็บหน้าอกเป็นปัจจัยรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงโคโร นารี ส่งผลให้ผู้ป่วยหลับได้น้อยลง การศึกษาของ McCathy (2013) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกใน 2 ชั่วโมงแรก อยู่ในระดับ มากและเมื่อเวลาผ่านไปอาการเจ็บหน้าอกค่อย ๆ ลดลงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งทำให้ความต้องการ ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น อาการเจ็บหน้าอกมักเกิดในช่วงกลางคืนเกิดจากการขาด เลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยพบว่าอาการเจ็บหน้าอกจะเกิดขึ้นในระยะการนอนหลับ REM มีผล ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น จากการกระตุ้นจากระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการหลั่งของ Norepinephrine เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกอยู่เป็นระยะเวลามากกว่า 30 นาที จะทำให้ลดระยะเวลาการ

หลับสนิทและทำให้ตื่นบ่อยครั้ง ทำให้เวลาที่ใช้ทั้งหมดในการนอนหลับไม่เพียงพอ ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

ความวิตกกังวล (Anxiety)

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งของบุคคลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและส่งผลให้อาการของโรครุนแรงขึ้นและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ ดังนี้

Spielberger and Diaz-Guerrero (1976) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัว และกังวลของบุคคล ส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติ ทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยความวิตกกังวลเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณคามหรือทำให้เกิดอันตรายต่อการดำรงชีวิต โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรือเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า

McKinley, Parbury, Chehelnabi, and Lovas (2004) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดจากความกดดัน ความกลัว ความหวาดหวั่น หรือความไม่สบายใจ หงุดหงิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ในขณะนั้น ซึ่งไม่สามารถบอกสาเหตุของความวิตกกังวลได้แน่ชัด

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึกถึงความที่ไม่สบาย ความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัว และวิตกกังวลของบุคคล ซึ่งร่างกายจะตอบสนองต่อความวิตกกังวลโดยการเพิ่มอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและเมตาบอลิซึมของร่างกาย ความวิตกกังวลจะเพิ่มแรงขับในการหายใจ กล้ามเนื้อหายใจทำงานหนัก และมีความต้องการของออกซิเจนมากขึ้น โดยความวิตกกังวลเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณคามหรือทำให้เกิดอันตรายต่อการดำรงชีวิต โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรือเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นหนึ่งในผลกระทบที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะ 48 ชั่วโมงแรกหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (De Jong, Chung, and Roser, 2004) จากพยาธิสภาพและอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขึ้น ซึ่งความวิตกกังวลจะเพิ่มสูงขึ้นแบ่งเป็นช่วงเวลา 3 ระยะ คือ เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และในระยะที่ออกจากโรงพยาบาล (Oka et al. 1995 อ้างถึงใน ณิชูชา พัฒนา, 2555) การศึกษาของ ณิชูชา พัฒนา (2555) พบว่า ในระยะ 12 ชั่วโมงแรกผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการรับรู้

ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ความไม่แน่นอนและกลัวในสภาวะเหตุการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ ทำให้เกิดความตึงเครียด ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะที่ออกจากโรงพยาบาลเกิดจากการที่ผู้ป่วยคาดคะเนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปดำรงชีวิตต่อที่บ้าน

(พรพิศ เศษยศติ, 2550) ซึ่งความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลและกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เป็นผลเชิงลบต่อการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ความวิตกกังวล มีความเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อกระบวนการนอนหลับในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากการเจ็บป่วย การวินิจฉัย การรักษาและความกลัวต่ออาการกำเริบขึ้นอีก เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้คาดคิดมาก่อน การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในหอภิบาลในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดความวิตกกังวล (นันทิวัน แซ่ซื่อ, 2551) ในผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้ร่างกายตื่นตัวตลอดเวลาเป็นผลให้นอนหลับได้น้อยลง โดยความวิตกกังวลจะเพิ่มการรับรู้ของอาการเจ็บ และลดความทนต่อความเจ็บปวด กลไกการเชื่อมโยงระหว่างความวิตกกังวลและอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยกลุ่มอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นความซับซ้อนและเข้าใจว่าเกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติและการหลั่งของระดับกลูโคคอร์ติคอยด์ที่เพิ่มขึ้น (Foreman & Qin, 2009 cite in McCathy, 2013) ซึ่งความวิตกกังวลทำให้เกิดความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ให้มีการหลั่งของนอร์อิพิเนฟรินเพิ่มขึ้นแล้วไปกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัวมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อกระบวนการนอนหลับ (George & Bayliff, 2003)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ (Perceived control of sleep)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ ซึ่งเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่บุคคลสามารถควบคุมได้ โดยผ่านกระบวนการคิดทางระบบการทำงานของสมองที่เรียกว่า ระบบควบคุมความคิด (Cognitive control) ซึ่งสมองส่วนนี้จะทำหน้าที่คิดและแยกแยะข้อมูลที่ได้แล้วเปรียบเทียบกับประสบการณ์ในอดีตที่เก็บไว้ และผ่านไขสันหลังขึ้นไปที่สมองเพื่อรับรู้และตอบสนองจะเกิดการ ทำงานของระบบการทำงานของสมอง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบรับรู้และแยกแยะระบบเร้าทางอารมณ์ และระบบควบคุมส่วนกลาง ซึ่งจะทำงานประสานกันและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แล้วจึงส่งไปที่ระบบประสาทสั่งการ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2555) เพื่อให้วงจรการนอนหลับเกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นส่วนหนึ่งของความเชื่อที่จะชี้แนะให้บุคคลกระทำพฤติกรรมในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ไม่เพียงแต่การรับรู้ของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติได้หรือไม่ได้ แต่บุคคลก็ต้องเผชิญปัญหาและควบคุมตนเองในเหตุการณ์นั้น ๆ

ดังนั้น การแก้ไขเหตุการณ์เจ็บป่วยของผู้ป่วยก็ต้องมีกระบวนการการคงไว้ (Maintaining) การพลิกฟื้น (Gaining) และการรับรู้การควบคุมเพื่อให้บุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมนั้น (Ajzen, 1991)

จากการศึกษาของ Vollman, LaMontagne, and Wallston (2009) พบว่าภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์และร่วมกันทำนายการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว การศึกษาของ Gallagher and McKinley (2009) พบว่าผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด CABG มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมระดับต่ำ และเมื่อมีเวลาผ่านไปจะเพิ่มขึ้น ($F= 25.51, p < 0.001$) ซึ่งมีผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด และการศึกษาของ McKinley et al. (2012) พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนหลังจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะหัวใจล้มเหลว และอัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วขึ้น ในขณะที่นอนโรงพยาบาลจากการควบคุมการรับรู้ต่ำและมีความวิตกกังวลสูง ทำให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งความรุนแรงและผลของพยาธิสภาพของโรคในระยะแรก ทำให้เกิดความไม่สบายต่าง ๆ เช่น อาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล และการรับรู้ในการตัดสินใจต่าง ๆ เปลี่ยนแปลง ทำให้วงจรการนอนหลับเปลี่ยนแปลง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งนอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น เป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาควบคุมการนอนหลับได้ โดยผ่านการควบคุมของสมอง การนอนหลับที่มีคุณภาพจะช่วยลดความรุนแรงของอาการที่เกิดจากโรคและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เคยพักรักษาในโรงพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้าน ยังมีปัญหาเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล และการรับรู้ในการตัดสินใจต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจส่งผลทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมา มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการนอนหลับในหอผู้ป่วยวิกฤตและในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่การศึกษาในระยะยาวยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เพื่อให้มีความเข้าใจและเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคนี้ให้ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มารับการตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 จากสถิติย้อนหลังของผู้ป่วยในกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันของโรงพยาบาลชลบุรีในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ามาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนโดยเฉลี่ย 75 - 122 รายต่อเดือน (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลชลบุรี, 2557) และเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ จำนวนโดยเฉลี่ย 15 - 20 รายต่อเดือน (เวชระเบียนหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลชลบุรี, 2557)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มารับการตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เคยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ
2. หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 2 สัปดาห์
3. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
4. เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการเปิดทางเดินหลอดเลือดด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนและ/หรือร่วมกับการใส่ขดลวด

5. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหายใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยของแพทย์
6. มีสติสัมปชัญญะดี มีความสามารถในการสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี
7. ไม่มี ความบกพร่องในการได้ยินและการมองเห็น

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตัวแปรในงานวิจัยจากสูตรของ Thorndike (อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ คือ

$$n = 10k + 50$$

โดยที่

n คือ ขนาดของตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

แทนค่าสูตร $k = 4$

จากสูตร หา $n = (10 \times 4) + 50 = 90$

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 90 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการสำรวจจำนวนผู้ป่วยและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ณ หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลชลบุรี และตรวจสอบการนัดหมายเพื่อติดตามการรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจ หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 2 สัปดาห์
2. เมื่อถึงวันนัด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจากแฟ้มประวัติ ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จากนั้นเข้าพบผู้ป่วยทุกรายเพื่อซักประวัติและประเมินสัญญาณชีพก่อนผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์
3. หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด มี ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะ

ข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย ของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการรับประทานยานอนหลับที่ผ่านมา

2. ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคครั้งนี้ ได้แก่ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ การวินิจฉัยโรค วิธีการรักษาที่ได้รับครั้งล่าสุด โรคร่วม

ชุดที่ 2 ความรุนแรงอาการเจ็บหน้าอก วัดโดยใช้แบบประเมินระดับอาการเจ็บหน้าอก (Cardiac Pain Intensity) ที่ผู้วิจัยได้นำมาจากการศึกษาของ McCarthy (2013) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีทดสอบซ้ำ (Retest reliability) ได้เท่ากับ .96 มีลักษณะเป็นมาตรวัดอาการเจ็บหน้าอกประมาณค่าแบบตัวเลข (Pain Numeric Rating Scale [Pain NRS]) โดยแบ่งระดับความปวดเป็นตัวเลข ข้อคำถามมีเพียงข้อเดียว วัดโดยเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าเท่ากับ 0 และมีคำกำกับว่า “ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลย” ปลายด้านขวาสุดมีค่าเท่ากับ 10 และมีคำกำกับว่า “เจ็บหน้าอกมากที่สุด”

ชุดที่ 3 ความวิตกกังวล วัดโดยผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Thai hospital anxiety and depression Scale: Thai HADS ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมิน Hospital anxiety and depression Scale (HADS) ของ Zigmond and Snaith (1983) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) แบบประเมินนี้เริ่มพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล ต่อมาพบว่าสามารถสำรวจปัญหาอาการวิตกกังวลในกลุ่มประชากรทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวชได้ดีเช่นกัน โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ได้ทำการศึกษาหาค่าความเชื่อมั่นและความตรงของแบบวัดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 60 ราย พบว่าสามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ดี โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยใช้การหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient's cronbach alpha) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .86 และนอกจากนี้ ปภพสวีร์ เจริญพัฒนาก็ค (2556) ได้นำแบบวัดอาการวิตกกังวลใช้วัดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 100 ราย พร้อมกับตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยใช้การหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient's cronbach alpha) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .88

แบบประเมินอาการวิตกกังวล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน ซึ่งในแต่ละข้อเป็นมาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert type scale) มีระดับคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน

ซึ่งเกณฑ์ในการแปลความหมายของแบบประเมินอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มอาการ
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (ธนา นิลชัยโกวิทช์ และคณะ, 2539)

คะแนนช่วง 0-7 หมายถึง อาการวิตกกังวลระดับต่ำ

คะแนนช่วง 8-10 หมายถึง อาการวิตกกังวลระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 11-21 หมายถึง อาการวิตกกังวลระดับสูง

ชุดที่ 4 การรับรู้ความสามารถการควบคุมการนอนหลับ วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัย
ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตาย (The Control Attitude Scale-Revised: The CAS-R) ของมอสเซอร์และคณะ
(Moser et al., 2009) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ซึ่งลักษณะคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้
ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเกี่ยวโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งแบบสอบถามนี้ Moser et al. (2009)
เคยนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 513 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่นของ
เครื่องมือโดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient's cronbach alpha)
เท่ากับ .72

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือด
หัวใจเฉียบพลัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7 และ
ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 5, 8 โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 8 ถึง 40 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็น
แบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert type scale) 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนน 1) หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก
ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองเลย

ไม่เห็นด้วย (คะแนน 2) หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก
ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองเล็กน้อย

ไม่แน่ใจ (คะแนน 3) หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นทำให้ลังเล ไม่มั่นใจ
กับความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเอง

เห็นด้วยมาก (คะแนน 4) หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก
ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองมาก

เห็นด้วยมากที่สุด (คะแนน 5) หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก
ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองทุกประการ

การปรับปรุงเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ
ในการควบคุมการนอนหลับ โดยตัดข้อคำถามเชิงลบออก ได้แก่ ข้อ 5, 8 และปรับข้อคำถามในข้อที่
6 เกี่ยวกับการดูแลเรื่องการนอนหลับ โดยแยกเป็น 2 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแล

ด้านจิตใจ และข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการนอนหลับ ซึ่งจะเหลือข้อคำถามทั้งหมดรวม 7 ข้อ

ซึ่งคะแนนแบบประเมินมีคะแนนตั้งแต่ 7 ถึง 35 คะแนน โดยคะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับอยู่ในระดับสูง

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ต่ำ และสูง โดยใช้เกณฑ์ของ Moser et al. (2009)

ระดับคะแนน	การแปลผล
คะแนน 7-21 หมายถึง	การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 22-35 หมายถึง	การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับอยู่ในระดับสูง

ชุดที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ วัดโดยผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดคุณภาพการนอนหลับซึ่ง ชนกวพร จิตปัญญา แปลย้อนกลับมาจากของเวอร์เรนและสไนเดอร์-ฮาลเพิร์น (Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale: VSH Sleep Scale) (Snyder-Halpern, & Verran 1987) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 การรบกวนการนอนหลับ (Sleep disturbance) มิติที่ 2 ประสิทธิภาพของการนอนหลับ (Sleep effectiveness) และมิติที่ 3 การงีบหลับในระหว่างวัน (Nap supplementation) ซึ่งแบบสอบถามนี้เคยนำไปใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวน 110 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient's cronbach alpha) เท่ากับ .82

ข้อคำถามมีจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามในมิติประสิทธิภาพของการนอนหลับ คำถามด้านลบ 11 ข้อ ได้แก่ คำถามในมิติความแปรปรวนของการนอนหลับ 7 ข้อ และมิติการงีบหลับในช่วงกลางวัน 4 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อคำถามใช้การวัดโดยการเปรียบเทียบกับสายตา (Visual analogue scale) ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยวลีที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการวัด โดยมีความหมายที่ตรงข้ามกัน

เกณฑ์การให้คะแนนเป็น 0 ถึง 10 คะแนน 0 หมายถึง ลักษณะการนอนหลับไม่ดีมากที่สุดจนถึงคะแนน 10 หมายถึงลักษณะการนอนหลับดีมากที่สุด ระดับคำถามที่เป็นด้านลบมีการกลับคะแนนก่อนนำมาคำนวณ คะแนนรวมทั้งหมด 0 ถึง 150 คะแนน โดยคะแนนยิ่งมากแสดงว่าการนอนหลับยิ่งมีคุณภาพดี กำหนดความหมายระดับคะแนนของคุณภาพการนอนหลับโดยรวม

3 ระดับ ดังนี้ (Snyder-Halpern, & Verran 1987)

ระดับคุณภาพการนอนหลับโดยรวม	ระดับคะแนน
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	0-49
คุณภาพการนอนหลับปานกลาง	50-99
คุณภาพการนอนหลับดี	100-150

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยคำนวณหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ Moser et al. (2009) ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการนอนหลับ 2 ท่าน หลังจากนั้นจะนำผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อคำถามมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ เพื่อให้มีความชัดเจนและครอบคลุมด้านเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ ซึ่งได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.86

สำหรับแบบประเมินอาการเจ็บหน้าอก แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว และพบว่ามีคุณภาพดี (CVI > .80) (Polit & Beck, 2004) จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มาทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่โรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.70, 0.88 และ 0.81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนเริ่มทำการวิจัย ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ แล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้สิทธิผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย คำชี้แจงในการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามจนมีความเข้าใจและให้อิสระผู้ป่วยในการตัดสินใจโดยไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ก่อนการศึกษาสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลอย่างไรต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขณะเก็บข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อย ผู้วิจัยจะหยุดการเก็บข้อมูล และให้การช่วยเหลือตามสถานการณ์ โดยรายงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือต่อไป และกรณีผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง ภายหลังเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะแจ้งให้เจ้าหน้าที่พยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อประสานให้พบแพทย์ให้คำแนะนำต่อไป โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่ผลต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การศึกษาเท่านั้น ผลการศึกษาจะเสนอเป็นภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายลงหลังจากการเผยแพร่งานวิจัยเรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยนำหนังสือการอนุมัติจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พร้อมเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรี
3. ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลต่อหัวหน้าแพทย์ด้านอายุรกรรมโรคหัวใจ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจ

4. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้

4.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจในการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยและเลขประจำตัวผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนดในตอนเช้าของทุกวันที่มีการตรวจ

4.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเข้าพบและแนะนำตนเองพร้อมบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งแจ้งรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย โดยการตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับและคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้ โดยความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะต้องได้รับการยืนยันจากแพทย์เจ้าของไข้

4.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4.4 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยบันทึกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและสัมภาษณ์เพิ่มเติมในบางข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยเริ่มจากการสอบถามระดับความเจ็บปวดที่เกิดจากอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาขณะอยู่ที่บ้านโดยใช้แบบประเมินอาการเจ็บหน้าอก ประเมินอาการวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดอาการวิตกกังวล จากนั้นประเมินการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์นานประมาณ 40 นาที ขณะสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประเมินอาการของกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อย จะยุติการสัมภาษณ์ทันที และให้กลุ่มตัวอย่างได้พัก ถ้าไม่ดีขึ้นแจ้งเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือจนผู้ป่วยปลอดภัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนของความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยใช้สถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มารับการตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 90 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 ผลการวิจัยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการรับประทานยานอนหลับ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	71	78.9
หญิง	19	21.1
อายุ (ปี) (Min = 28, Max = 89, M = 59.46, SD = 12.21)		
20 – 29	1	1.1
30 – 39	4	4.4
40 – 49	13	14.5
50 – 59	26	28.9
≥ 60	46	51.1
สถานภาพ		
โสด	11	12.2
คู่	59	65.6
หม้าย	17	18.9
หย่า, แยกกันอยู่	3	3.3
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	32	35.6
รับจ้าง	28	31.1
ค้าขาย	14	15.6
เกษตรกรกรรม	11	12.2
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	4	4.4
นักธุรกิจ	1	1.1

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	14	15.6
5,000 – 10,000	19	21.6
10,001 – 15,000	26	28.9
15,001 – 20,000	10	11.1
มากกว่า 20,000	19	21.1
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	15	16.7
มีเพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีเงินเหลือเก็บ	41	45.6
มีเพียงพอกับรายจ่าย มีเงินเก็บ	34	37.7
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรประกันสุขภาพ	64	71.1
จ่ายเอง	11	12.2
เบิกได้จากราชการ	10	11.1
ประกันสังคม	5	5.6

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 78.9 เพศหญิง ร้อยละ 21.1 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.1 ($M = 59.46$, $SD = 12.21$) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.6 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ (พ่อบ้าน, แม่บ้าน) ร้อยละ 35.6 รองลงมาคือประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.1 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 28.9 รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท และรายได้มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 21.1 ซึ่งส่วนใหญ่ความเพียงพอของรายได้ มีความเพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 45.6 สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 71.1 รองลงมาคือจ่ายเงินเอง ร้อยละ 12.2 และเบิกได้จากราชการ ร้อยละ 11.1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (n = 90)

ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน		
ครั้งแรก	81	90.0
มากกว่า 1 ครั้ง	9	10.0
จำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (วัน)		
1 วัน	8	8.9
2 วัน	32	35.6
3 วัน	37	41.1
4 วัน	9	10.0
5 วัน	3	3.3
6 วัน	1	1.1
การวินิจฉัยโรคครั้งล่าสุด		
Non ST elevate myocardial infarction	15	16.7
ST elevate myocardial infarction	73	81.1
Unstable angina	2	2.2
วิธีการรักษาที่ได้รับครั้งล่าสุด		
ยาละลายลิ่มเลือด	6	6.6
การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/ หรือขดลวด	70	77.8
ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/ หรือขดลวด	14	15.6
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	30	33.3
มีโรคร่วม	60	66.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	40	66.7
โรคเบาหวาน	25	41.6
โรคไขมันในเลือดสูง	20	33.3
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	9	15.0
อื่น ๆ (เส้นเลือดในสมองตีบ หอบหืด ถุงลมโป่งพอง)	6	10.0
หมายเหตุ: กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค		
ประวัติการรับประทานยานอนหลับในปัจจุบัน		
ได้รับ	58	64.4
ไม่ได้รับ	32	35.6
หมายเหตุ: ยานอนหลับกลุ่ม benzodiazepine		

จากตารางที่ 2 พบว่า ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นการเข้ารับการรักษาครั้งแรก ร้อยละ 90.0 จำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ 3 วัน ร้อยละ 41.1 รองลงมา 2 วัน ร้อยละ 35.6 และ 4 วัน ร้อยละ 10.0 การวินิจฉัยโรคครั้งล่าสุดด้วยกลุ่มอาการ ST elevate myocardial infarction (STEMI) เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.1 รองลงมา คือ Non ST elevate myocardial infarction (NSTEMI) ร้อยละ 16.7 และ Unstable angina (UA) ร้อยละ 2.2 วิธีการรักษาที่ได้รับครั้งล่าสุดคือ การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/หรือขดลวด ร้อยละ 77.8 รองลงมาคือ ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/หรือขดลวด ร้อยละ 15.6 และยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 6.6 ผู้ป่วยมีโรคร่วม ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 41.6 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีประวัติได้รับยานอนหลับในปัจจุบัน ร้อยละ 64.4

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับ ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุม การนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจ เฉียบพลัน (n = 90)

ตัวแปร	M	SD	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก	.46	1.19		
ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก			76	84.4
มีอาการเจ็บหน้าอก				
ระดับน้อย			12	13.4
ระดับปานกลาง			1	1.1
ระดับสูง			1	1.1
ความวิตกกังวล	4.91	2.63		
มีความวิตกกังวล				
ระดับต่ำ			77	85.6
ระดับปานกลาง			10	11.1
ระดับสูง			3	3.3
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ	27.61	2.74		
ระดับต่ำ			1	1.1
ระดับสูง			89	98.9
ระดับคุณภาพการนอนหลับ	101.52	17.99		
ไม่ดี			1	1.1
ปานกลาง			38	42.2
ดี			51	56.7

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก โดยรวม ($M = .46, SD = 1.19$) ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 84.4 คะแนนความวิตกกังวล โดยรวม ($M = 4.91, SD = 2.63$) อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 85.6 คะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ โดยรวม ($M = 27.61, SD = 2.74$) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.9 และคะแนนคุณภาพการนอนหลับ โดยรวม ($M = 101.51, SD = 17.99$) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.7

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ก่อนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ Pearson's product moment correlation coefficient การกระจายของข้อมูลเป็นปกติ โดยพบว่าคุณภาพการนอนหลับไม่อยู่ในช่วง ± 1.96 จึงทำการหา Outlier พบว่า มีจำนวน 2 ราย จึงทำการตัด Outlier ออกจากการวิเคราะห์ แล้วทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลซ้ำ พบว่า คุณภาพการนอนหลับอยู่ในช่วง ± 1.96 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์โดยใช้ Pearson's product moment correlation coefficient (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ($n = 88$)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน	P - value
ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก	-.217	.042
ความวิตกกังวล	.047	.661
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ	.286	.007

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่ ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ($r = -.217, p < .05$) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ($r = .286, p = .007$) ส่วนความวิตกกังวล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ($r = .047, p = .661$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มารับการตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 90 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการเจ็บหน้าอก แบบประเมินอาการวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินอาการวิตกกังวล เท่ากับ 0.70 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับเท่ากับ 0.88 และแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเท่ากับ 0.81 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 78.9 เพศหญิง ร้อยละ 21.6 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.1 ($M = 59.46$, $SD = 12.21$) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.6 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ (พ่อบ้าน, แม่บ้าน) ร้อยละ 35.6 รองลงมาคือประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.1 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 28.9 รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท และรายได้มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 21.1 ซึ่งส่วนใหญ่ความเพียงพอของรายได้ มีความเพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 45.6 สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 71.1 รองลงมาคือจ่ายเงินเอง ร้อยละ 12.2 และเบิกได้จากราชการ ร้อยละ 11.1

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพบว่า ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นการเข้ารับการรักษาครั้งแรก ร้อยละ 90.0 จำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ 3 วัน ร้อยละ 41.1 รองลงมา 2 วัน ร้อยละ 35.6 และ 4 วัน ร้อยละ 10.0 การวินิจฉัยโรคครั้งล่าสุดด้วยกลุ่มอาการ ST elevate myocardial infarction (STEMI) เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.1 รองลงมา คือ Non ST elevate myocardial infarction (NSTEMI) ร้อยละ 16.7 และ Unstable angina ร้อยละ 2.2 วิธีการรักษาที่ได้รับครั้งล่าสุดคือ การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/หรือขดลวด ร้อยละ 77.8 รองลงมาคือ ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/หรือขดลวด ร้อยละ 15.6 และยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 6.7 ผู้ป่วยมีโรคร่วม ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 41.6 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีประวัติได้รับยานอนหลับในปัจจุบัน ร้อยละ 64.4

3. คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 101.51, SD = 17.99$) ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่ไม่พบความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ($M = .46, SD = 1.19$) ร้อยละ 84.4 มีความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($M = 4.91, SD = 2.63$) ร้อยละ 85.6 และมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 27.61, SD = 2.74$) ร้อยละ 98.9

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่ ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ($r = -.217, p < .05$) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ ($r = .286, p = .007$) ส่วนความวิตกกังวล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ($r = .047, p = .661$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานำมาอภิปรายผล ได้ ดังนี้

1. คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 101.51, SD = 17.99$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการต่างขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/หรือขดลวด ร้อยละ 77.8 จนกระทั่งอาการทุเลาจำหน่ายกลับบ้านเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และแพทย์นัด

มาตรฐานติดตามอาการ มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ทั้งนี้อาจเกิดจากแนวทางการรักษาของแพทย์ด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดโคโรนารีโดยใช้บอลูนและ/ หรือขดลวด (PCI) เพื่อขยายทางเดินหลอดเลือดที่ตีบหรือใส่ขดลวดโครงตาข่าย ทำให้การไหลเวียนของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น การใช้วิธีการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือด (PCI) สามารถเปิดหลอดเลือดได้ดี เลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดี (เกรียงไกร เสงร์ศมิ, 2554) ทำให้อาการเจ็บหน้าอกทุเลา สอดคล้องกับการศึกษาของ Weintraub et al. (2008) ศึกษาถึงประสิทธิผลของการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการถ่างขยายหลอดเลือด (PCI) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่า หลังได้รับการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 53 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine ยากลุ่มนี้มีผลต่อปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ โดยอิทธิพลและกลไกการออกฤทธิ์ของยาในกลุ่มนี้จะกดการทำงานของสมอง ทำให้มีความรู้สึกคลายความกังวล ช่วยสงบประสาท ช่วยทำให้นอนหลับ (อภัย ราษฎร์วิจิตร, ม.ป.ป.) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มนี้ ร้อยละ 64.4 ซึ่งอาจมีผลทำให้วงจรการนอนหลับเปลี่ยนไป (กันตพร ยอดไชย, 2547) แผนการรักษาโดยการให้ยานี้เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและช่วยหลับ เพื่อลดผลกระทบไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญเกี่ยวกับหัวใจตามมา ได้แก่ การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย การกลับมาทำการถ่างขยายหลอดเลือดซ้ำ และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เป็นต้น (Fernandes et al., 2014) ผู้ป่วยจึงมีอาการดีขึ้น ส่งผลทำให้คุณภาพการนอนหลับดี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.217$, $p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกลดลงจะส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ โดยพบว่าอาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการที่เกิดเนื่องจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บจากการขาดออกซิเจน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) ทำให้เนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บจะปล่อยสารเคมีออกมากระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด กระตุ้นการทำงานระบบประสาทอัตโนมัติโดยเฉพาะระบบซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนแคทีโกลามีนและฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ออกมามากกว่าปกติ และทำให้ยับยั้งการหลั่งของ Serotonin ส่งผลให้วงจรการนอนหลับของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความเจ็บปวด (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์

และคณะ, 2555) การขยายหลอดเลือดด้วยบอลูนและ/หรือขดลวด และยาละลายลิ่มเลือด ทำให้เพิ่มการไหลเวียนของออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจ จึงทำให้ระดับความเจ็บปวดที่เกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลดลง (เกรียงไกร เสงวีรัมย์, 2554) ตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz & Pugh, 2014; Lenz et al., 1997) ประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นก็จะมีเปลี่ยนแปลงไปด้วย ถ้าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเป็นผลมาอาการเจ็บหน้าอก ดังนั้นเมื่อความเจ็บปวดลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีปัญหาการนอนหลับ ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 84.4 ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงให้คะแนนคุณภาพการนอนหลับสูง

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .286, p = .007$) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับเพิ่มขึ้น จะสามารถทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างมีคุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากสรีรวิทยาการนอนหลับและการตื่นเป็นวงจรที่มีความซับซ้อน เป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับสมองส่วน Brain stem reticular formation ประกอบด้วยการทำงานของสมองส่วนเมดัลลา (Medulla) และส่วนล่างของพอนส์ (Pons) มีการหลั่งสารมากระตุ้นการหลับและมีสารสื่อประสาทไปยับยั้งการตื่นที่เปลือกสมองใหญ่ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าที่สมอง วงจรการหลับตื่นเป็นวงจรกลางวัน-กลางคืน ตามจังหวะที่เกิดขึ้นเองภายในร่างกาย และร่างกายสามารถควบคุมได้โดยอัตโนมัติ (อัญชลี ชุ่มบัวทอง, 2552) จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ร้อยละ 98.9 มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับในระดับสูง ($M = 27.7, SD = 2.70$) ซึ่งแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz & Pugh, 2014; Lenz et al., 1997) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับเป็นองค์ประกอบทางด้านจิตใจผ่านกระบวนการคิดทางระบบการทำงานของสมอง และสั่งการ เพื่อให้วงจรการนอนหลับเกิดขึ้น เช่น เมื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเชื่อว่าการนอนหลับเป็นสิ่งที่ดี มีความรู้และประสบการณ์ที่ดีในการควบคุมการนอนหลับ เข้าใจเกี่ยวกับโรคและผลกระทบและการวางแผนชีวิตที่ดี ก็ทำให้ควบคุมการนอนหลับได้ โดยมีวิธีการในการทำให้นอนหลับแตกต่างกัน เช่น การทำจิตใจให้สบาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เป็นต้น แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก แต่เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าการนอนหลับเป็นสิ่งที่ดี และสามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยจึงสามารถนอนหลับได้ และมีคุณภาพการนอนหลับดี

ความวิตกกังวล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .047, p = .661$) ในผู้ป่วยกลุ่มอาการ

โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้ร่างกายตื่นตัวตลอดเวลาเป็นผลให้นอนไม่หลับ รวมทั้งจะเพิ่มการรับรู้ของอาการเจ็บ และลดความทนต่อความเจ็บปวด (Foreman & Qin, 2009 Cited in McCathy, 2013) ส่งผลรบกวนต่อการนอนหลับ (George & Bayliff, 2003) แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ($M = 4.84, SD = 2.62$) ร้อยละ 75 ถึงแม้ว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันส่วนใหญ่เกิดจากความรุนแรงของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมาด้วยกลุ่มอาการ ST elevate myocardial infarction (STEMI) ร้อยละ 80.7 แต่ในนโยบายและแนวปฏิบัติในปัจจุบันแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพจะให้การดูแลในระยะเฉียบพลันที่มีมาตรฐานสูง และรวดเร็ว ที่เรียกว่า STEMI FAST TRACK ให้ข้อมูลก่อนและหลังการเปิดเส้นเลือด (Reperfusion Therapy) อย่างชัดเจนจนผู้ป่วยและญาติสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจรักษาและดูแลตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจภายในระยะเวลาตามมาตรฐาน อาการของผู้ป่วยบรรเทาลง ผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังมีแนวทางในการดูแลติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยจึงมีความวิตกกังวลลดลง และจากการพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นข้อมูลที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาความวิตกกังวล เช่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 35.6 อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตร ร้อยละ 65.6 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 71.1 จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวล และสามารถนอนหลับได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและบุคลากรควรมีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันตั้งแต่วะการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีการประเมินความรุนแรงของคุณภาพการนอนหลับในระยะแรกและประเมินการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับก่อนการจำหน่ายกลับบ้านมีระดับมากหรือน้อย

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยเน้นการประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ตลอดจนส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

นำผลการวิจัยที่ได้เป็นตัวอย่างในการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

4. ด้านการวิจัยการพยาบาล

พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำผลวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาครั้งต่อไป เช่น ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายโดยใช้ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก เป็นตัวแปรในการทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้ปัจจัยการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี

ข้อจำกัดของการวิจัย

มีข้อจำกัด ได้แก่

1. การได้รับยานอนหลับขณะได้รับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ดังนั้นข้อเสนอในการศึกษาครั้งต่อไปควรกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการได้รับยานอนหลับ
2. เพื่อให้การศึกษาเป็นที่น่าเชื่อถือ จึงควรต้องเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ใหญ่ขึ้น

บรรณานุกรม

- กนกทิพย์ ลาสุทธิ. (2550). คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัณฑพร ยอดไชย. (2547). ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกรียงไกร เสงร์สมิ. (2554). มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์.
- จิราพร ศิริรัตน์. (2543). การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนกพร จิตปัญญา. (2543). มโนคติและการวัดการนอนหลับ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 12(1), 1-9.
- ช่อผกา พิษพันธ์ไพศาล. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนนอนในความเจ็บป่วยเหตุการณ์ที่คุ้นเคยและคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยหัวใจวายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐชา พัฒนา. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์. (2556). การตรวจวัดสสารเพื่อวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ใน พูลชัย จรัสจรัญวิทยา, วันรัชดา คัชมาตย์ และพจมาน พิศาลประภา (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ทันยุค 2556* (หน้า 469-481). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ดารัสณี โปธารส. (2538). คุณภาพการนอนหลับและสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2552). ปัญหาทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจและปอดและการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(2), 22-31.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.
- นันทิวัน แซ่ซ้อ. (2551). *ปัจจัยรบกวนการนอนหลับของโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปภาพสวีร์ เจริญพัฒนากัก. (2556). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประพันธ์ กิตติวรวิทย์กุล. (2557). Smart Respiratory Care: Promoting Good Sleep in ICU. ใน *คู่มือ สถาวรและครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์ (บรรณาธิการ), The Smart ICU* (หน้า 261-273). กรุงเทพฯ: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ปราณี กาญจนรวงศ์. (2550). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25(1), 24-34.
- ปรีชา เอื้อโรจน์อังกูร. (2553). *ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด*. กรุงเทพฯ: มิตรสัมพันธ์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- พงษ์พันธ์ จันททีโร. (2552). *คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชลบุรี*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(2), 65-80.

- พรพิศ เดชยศดี. (2550). ผลของการให้ข้อมูลในระยะเปลี่ยนผ่านออกจากหออภิบาลผู้ป่วยต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดิวรรณ อุณาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลีพหกุล และพัสมณท์ คุ่มทวีพร. (2555). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ไพบุลย์ โชตินพรัตน์ภัทร, สุนันทา ครองยุทธ และวิจิตรา กุสุมภ์. (2556). กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม* (หน้า 250-267). กรุงเทพฯ: สามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงผกา กรีทอง. (2551). ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม* (หน้า 189-237). กรุงเทพฯ: สามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.
- วรรดี รักอิม, สุนุดตรา ตะบูนพงส์, พัชรียา ไชยลังกา และศิวศักดิ์ จุทอง. (2549). คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยรบกวนการนอนหลับ และกิจกรรมการดูแลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(4), 289-298.
- ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 9). ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์, ชนกพร จิตปัญญา และจรรยา นิมหลวง. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการกับภาวะความซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 5(1), 1-15.
- สุภารัตน์ ชัยอาจ และพวงพะยอม ปัญญา. (2548). การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(2), 1-12.

- สุคาร์ตัน ชัยอาจ, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, พิภูต บุญช่วง และวิจิตร ศรีสุพรรณ. (2550). คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(4), 50-63.
- สุวรรณา วิริยะประยูร. (2548) *พฤติกรรมกรรมการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน*. เข้าถึงได้จาก http://www.hss.moph.go.th/KM/upload_file/data1/hdd1.pdf
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ประชากรแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติจำนวนผู้ป่วยในกับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน รายจังหวัด ปี 2555*. เข้าถึงได้จาก <http://www.bps.ops.moph.go.th>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ประชากรแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถิติอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุ พ.ศ. 2551-2555*. เข้าถึงได้จาก <http://www.bps.ops.moph.go.th>
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2550). *ความคิดปกคติกของการนอนหลับ: การประเมินและการรักษา*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลชลบุรี. (2557). *สถิติจำนวนผู้ป่วยในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. ชลบุรี: โรงพยาบาลชลบุรี.
- เวชระเบียนหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลชลบุรี. (2557). *สถิติผู้ป่วยย้อนหลัง 4 เดือนแยกแต่ละโรค*. ชลบุรี: โรงพยาบาลชลบุรี.
- อภัย ราษฎรวิจิตร. (ม.ป.ป.). *เบนโซไดอะซีปีน*. เข้าถึงได้จาก <http://haamor.com/th>
- อภิชาติ สุนทรสรรพ. (2553). *Coronary Artery Disease: The New Frontier*. เชียงใหม่: ทรินิตี้. ชิงค์.
- อัญชลี ชุ่มบัวทอง. (2552). วงจรการนอนหลับ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 18(2), 294-303.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organization Behavior and Human Decision Process*, 50, 179-211.
- Alcantara, C., Peacock, J., Davidson, K. W., Hiti, D., & Edmondson, D. (2014). The association of short sleep after acute coronary syndrome with recurrent cardiac events and mortality. *Internal Journal of Cardiology*, 171, 11-12.
- Asplund, R. (1994). Sleep and cardiac diseases amongst elderly people. *Journal of Internal Medicine*, 236, 65-71.
- Assari, S., Lankarani, M., Saleh, D., & Ahmadi, K. (2013). Gender Modifies the Effects of Education and Income on Sleep Quality of the Patient with Coronary Artery Disease. *International Cardiovascular Research Journal*, 7(4), 141-146.

- BaHamman, A. (2006). Sleep quality of patients with acute myocardial infarction outside the CCU environment: a preliminary study. *Med Sci Monit*, 12(4), 68-72.
- Bergamasco, E., & Cruz, D. (2007). Adaptation of the Visual Analog sleep Scales to Portuguese. *Setembro-outubro*, 15(5), 998-1004.
- Bihari, S., McEvoy, R. D., Matheson, E., Kim, S., Woodman, R. J., & Bersten, A. D. (2012). Factor affecting sleep quality of patients in intensive care unit. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 8(3), 301-307.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Yeager, A. L., & Kupfer, D. J. (1989). The pittsburgh sleep quality index: New instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Cicek, H. S., Armutcu, B., Dizer, B., Yava, A., Tosun, N., & Celik, T. (2014). Sleep quality of patients hospitalized in coronary intensive care unit and the affecting factors. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), 324-332.
- De Jong, M. J., Chung, M. L., Roser, L. P. (2004). A five-country comparison of anxiety early after acute myocardial infarction. *European Journal Cardiovascular Nursing*, 3, 129-134.
- Edell-Gustaffson, U. (2002). Insufficient sleep, cognitive anxiety and health transition in men with coronary artery disease: a self-report and polysomnographic study. *Journal of advanced Nursing*, 37(5), 414-422.
- Edward, S. (2002). Myocardial infarction: nursing responsibilities in the first hour. *British Journal of Nursing*, 11(7), 454-468.
- Ehlers, V., Watson, H., & Moleki, M. (2013). Factors contributing to sleep deprivation in a multi-disciplinary intensive care unit in South Africa. *Curationis*, 36(1), 1-8.
- Elliott, R., McKinley, S., & Cistulli, P. (2011). The quality and duration of sleep in the intensive care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 384-400.
- Fernandes, N. M., Nield, L. E., Popel, N., Cantor, W. J., Plante, S., Goldman, L., Prabhakar, M., Manlhiot, C., McCrindle, B. W., & Miner, S. E. (2014). Symptoms of Disturbed Sleep Predict Major Adverse Cardiac Events After Percutaneous Coronary Intervention. *Canadian Journal of Cardiology*, 30, 118-124.

- Freedman, N. S., Kotzer, N., & Schwab, R. J. (1999). Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 159, 1155-1162.
- Gallagher, R., & McKinley, S. (2009). Anxiety, depression and perceived control in patients having coronary artery bypass grafts. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11) 2386-2396.
- George, C. F., & Bayliff, C. D. (2003). Management of insomnia in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs*, 63(4), 379-387.
- Herlitz, J., Bang, A., Omerovic, E., & Sundstrom, B. (2011). Is pre-hospital treatment of chest pain optimal in acute coronary syndrome?The relief of both pain and anxiety is needed. *International Journal of Cardiology*, 149, 147–151.
- Johansson, A., Svanborg, E., & Edell-Gustafsson, U. (2013). Sleep-wake activity rhythm and health-related quality of life among patients with coronary artery disease and population-based sample-An actigraphy and questionnaire study. *International Journal of Nursing Practice*, 19, 390-401.
- Lenz, E. R., & Pugh, L. C. (2014). The theory of unpleasant symptoms. In Smith, M. J., & Liehr, P. R. (Eds.), *Middle-range for nursing* (pp.165-195). Philadelphia: Springer.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle- range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Little, A., Ethier, C., Ayas, N., Thanachayanont, T., Jiang, D., & Mehta, A. (2012). *A patient survey of sleep quality in the Intensive Care Unit*. Retrieved from <http://www.minervamedica.it>.
- Mashall, K. (2011). Acute coronary syndrome: Diagnosis, risk assessment and management. *Nursing Standrad*, 25(23), 47-57.
- Mashayekhi, F., Arab, M., Pilevarzadeh, M., Amiri, M., & Rafiei, H. (2013). The effect of eye mask on sleep quality in patients of coronary care unit. *Sleep Science*, 6(3), 108-111.
- McCarthy, S. (2013). *Pain and Anxiety in Acute Coronary Syndrome Patients A waiting Transfer for Diagnostic Cardiac Catheterization*. Master's thesis, Doctor of Philosophy, Department of Nursing Science, Toronto University.

- McKinley, S., Fien, M., Riegel, B., Meischke, M., AbuRuz, M., Lennie, T., & Moser, D. (2012). Complications after acute coronary syndrome are reduced by perceived control of cardiac illness. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2320-2330.
- McKinley, S., Parbury, J. S., Chehelabi, A., & Lovas. (2004). Assessment of anxiety in intensive care patients by using the faces anxiety scale. *American Journal of Critical Care*, 13(2), 146-152.
- Miller, C. (1999). *Nursing care of older adults: Theory and practice* (3rd ed). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Miller, C. (2009). *Nursing for wellness in older adults* (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Moser, D. K., Chung, M. L., Mckinley, S., Riegel, B., An, K., & Cherington, C. C. (2003). Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment management. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19, 276-288.
- Moser, D. K. (2007). The rust of life: Impact of anxiety on cardiac patients. *American Journal of Critical Care*, 16(4), 361-369.
- Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L., Meischke, H., Heo, S., Lennie, T., & Dracup, K. (2009). The control attitudes scale-revised: Psychometric evaluation in three groups of cardiac patients. *Nurs Res*, 58(1), 42-51.
- Neyse, F., Daneshmandi, M., Sharame, M. S., & Ebadi, A. (2011). The effect of earplugs on sleep quality in patients with acute coronary syndrome. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 4(3), 127-134.
- Orwelius, L., Nordlund, A., Nordlund, P., Edell-Gustafsson, U., & Sjoberg, F. (2008). Prevalence of sleep disturbances and long-term reduced health-related quality of life after critical care: A prospective multicenter cohort study. *Critical Care*, 12(4), 1-11.
- Overbaugh, K. (2009). Acute coronary syndrome. *AJN*, 109(5), 42-52.
- Petrie, K., Jago, L., & Devcich, D. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 163-167.
- Pilkington, S. (2013). Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalized patients. *Nursing Standard*, 27(49), 35-42.

- Polit, D., & Beck, C. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Redeker, N. (2000). Sleep in acute care setting: An intergrative review. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(1), 31-38.
- Roger, V., Go, A., Lloyd-Jone, D., Benjamin, E., Berry, J., Borden, W., et al. (2012). Heart Disease and Stroke Statistics-Update A Report from the American Heart Association Circulation. 125(1), 2-220.
- Roizenblatt, M., Rosa Neto, N., Tufik, S., & Roizenblatt, S. (2012). Pain-related disease and sleep disorders. *Brazilian Journal of Medicine and Biological Research*, 45, 792-798.
- Sanati, H., Mahjoob, M., Zahedmehr, A., Ghahferokhi, F., Firoozi, A., Kiani, R., Sadeghi, Z., Diz, A., & Abkenar, H. (2013). Risk factors of reperfusion failure following primary angioplasty for ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI). *The Journal of Tehran University Heart Center*, 8(3), 146-151.
- Schiza, S., Simantirakis, E., Bouloukaki, I., Mermigkis, C., Arfanakis, D., Chrysostomakis, S. (2010). Sleep patterns in patients with acute coronary syndromes. *Sleep Medicine*, 11, 149-153.
- Snyder-Halpern, R., & Verran, J. (1987). Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *Research in Nursing and Health*, 10, 155-163.
- Spielbergers, C. D., & Diaz-Guerrero, R. (1976). *Cross-cultural anxiety*. Washington: Hemisphere.
- Vollman, M. W., LaMontagne, L. L., & Wallston, K. A. (2009). Existential well-being predicts perceived control in adults with heart failure. *Applied Nursing Research*, 22, 198-203.
- Weintraub, W. S., Jonh, A. S., Paul, K., David, J. M., Zefeng, Z., Claudine, J. (2008). Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. *The New England Journal of Medicine*, 395(7), 677-687.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retrieved from http://www.who.int/cardiovascular_disease/en.
- Yasuhara, Y., Kobayashi, H., Tanioka, T., Fujikawa, E., Fujinaga, H., Kongsuwan, W., & Locsin, R. C. (2013). Sleep conditions and quality of life among patients with ischemic heart disease after elective percutaneous coronary intervention. *Health*, 5(3), 532-537.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scand*, 67(6), 361-370.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง: ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

รหัสจริยธรรมการวิจัย 06 - 08 - 2558

ชื่อผู้วิจัย นางสาวยุววรรณญา แทนมณี

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยคือ นำผลการศึกษามาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อบรรเทาความรุนแรงของอาการ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การกำเริบซ้ำของโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดียิ่งขึ้น

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับการศึกษานี้ จึงได้รับการติดต่อเพื่อเข้าร่วมวิจัยดังกล่าว ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ที่ 90 ราย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ คือ กรกฎาคม 2558 - ธันวาคม 2558

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ เมื่อท่านทราบวัตถุประสงค์และยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถามในระหว่างที่ท่านรอพบแพทย์ จำนวน 5 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการเจ็บหน้าอก ชุดที่ 3 แบบประเมินอาการวิตกกังวล ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ ชุดที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ โดยผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการสอบถามด้วย

ตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที ถ้ากลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง ดิฉันจึงขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความรู้สึกจริง ๆ ของท่านมากที่สุด

ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม คำถามบางคำถามอาจทำให้ท่านอึดอัดหรือรู้สึกไม่สบายใจ ท่านมีอิสระเต็มที่ที่จะปฏิเสธการตอบคำถามหรือข้อความใด ๆ ที่ไม่ประสงค์จะตอบ รวมทั้งสามารถยุติการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านยังคงจะได้รับการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ และถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นระหว่างหรือหลังตอบแบบสอบถาม เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อย หรือความเครียด ผู้วิจัยจะให้ช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจนกว่าท่านจะปลอดภัย

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การศึกษาครั้งนี้จะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่าน ไม่ระบุชื่อ สกุลผู้ตอบ ข้อมูลทั้งหมดที่ท่านตอบจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะทำลายเอกสารทั้งหมดภายในระยะเวลา 1 ปีหลังงานวิจัยเผยแพร่ ผลการวิจัยจะนำมาเป็นประโยชน์ทางวิชาการ โดยเป็นข้อสรุปของการศึกษาในภาพรวม

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวยุววรรณ วัฒนมณี หมายเลขโทรศัพท์ 099 - 362 - 9979 หรือที่ รศ.ดร. อาภรณ์ ดินาน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-833 ซึ่งยินดีให้คำตอบแก่ท่าน

ดิฉันหวังว่าจะได้รับการอนุเคราะห์จากท่านในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นางสาวยุววรรณ วัฒนมณี
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ปวยรายที่.....

HN.....

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้
ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรค
หลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบ
บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการเจ็บหน้าอกโดยใช้มาตรวัดอาการเจ็บหน้าอกแบบประมาณค่า
ด้วยตัวเลข

ชุดที่ 3 แบบประเมินอาการวิตกกังวล ซึ่งนำมาจากแบบประเมินอาการวิตกกังวลและ
ซึมเศร้า (HADS) ฉบับแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (Thai HADS) โดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และ
คณะ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ

ชุดที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของเวอร์เรนและสไนเดอร์-ฮาล์เพิร์น
(VSH) ฉบับแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยชนกพร จิตปัญญา

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (X) ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด หรือเติมคำลงในช่องว่าง

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา

() ศาสนาพุทธ	() ศาสนาคริสต์
() ศาสนาอิสลาม	() อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส

() โสด	() คู่
() หม้าย	() หย่า, แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียน	() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา	() อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ
() ปริญญาตรี/ เทียบเท่า	() สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ

() ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	() รับจ้าง ระบุ.....
() ค้าขาย	() เกษตรกรรม ระบุ.....
() นักธุรกิจ	() ไม่มีอาชีพ (พ่อบ้าน, แม่บ้าน)
() อื่น ๆ ระบุ.....	
7. รายได้ของครอบครัว (บาทต่อเดือน)

() ไม่มีรายได้	() มีรายได้ โปรดระบุ
() ต่ำกว่า 5,000	() 5,001 – 10,000
() 10,001 – 15,000	() 15,001 – 20,000
() มากกว่า 20,001	

8. ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว
- () ไม่เพียงพอกับรายจ่าย
- () มีเพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีเงินเก็บ
- () มีเพียงพอกับรายจ่าย มีเงินเก็บ
9. สิทธิการรักษาพยาบาล
- () เบิกได้จากราชการ
- () บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- () ประกันสังคม
- () จ่ายเอง
- () อื่น ๆ.....
10. ประวัติการรับประทานยานอนหลับที่ผ่านมา
- () ไม่มี
- () มี

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

วันที่นอนโรงพยาบาลเดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

() ครั้งแรก () มากกว่า 1 ครั้ง ระบุจำนวน.....ครั้ง

จำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ.....วัน

การวินิจฉัยโรคครั้งล่าสุด () NSTEMI () MI () UA

วิธีการรักษาที่ได้รับครั้งล่าสุด

() ยาละลายลิ่มเลือด

() การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/ หรือขดลวด

() ยาละลายลิ่มเลือด และการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/ หรือขดลวด

โรคร่วม

() เบาหวาน () ไขมันในเลือดสูง

() ความดันโลหิตสูง () หลอดเลือดหัวใจตีบ () อื่น ๆ.....

ยาที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษาครั้งล่าสุด

.....

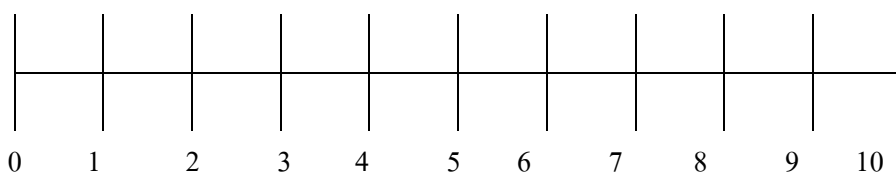
.....

.....

.....

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการเจ็บหน้าอกโดยใช้มาตรวัดอาการเจ็บหน้าอกประมาณค่าแบบตัวเลข

กรุณابอกถึงระดับความเจ็บปวดที่เกิดจากอาการเจ็บหน้าอกของท่านในช่วงเวลา 2 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาลว่ามีความรุนแรงเท่าใด โดยทำเครื่องหมาย (X) ทับลงบนเส้นตรงเพื่อวัดระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกตามระยะที่ท่านคิดว่ากำลังมีอาการเจ็บหน้าอกอยู่มากที่สุด



ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลย

เจ็บหน้าอกมากที่สุด

ชุดที่ 3 แบบประเมินอาการวิตกกังวล ฉบับภาษาไทย

อารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วย ถ้าผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเข้าใจสภาพอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ของท่าน ก็จะช่วยให้การช่วยเหลือ และดูแลท่าน ได้ดียิ่งขึ้น

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่านเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายกากบาท (X) ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล มากที่สุด

และกรุณาตอบทุกข้อ

	คะแนน
1. ฉันรู้สึกดีถึงเครียด	
() เป็นส่วนใหญ่	3
() บ่อยครั้ง	2
() เป็นบางครั้ง	1
() ไม่เป็นเลย	0
2. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น	
() มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย	3
() มี แต่ไม่มากนัก	2
() มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ	1
() ไม่มีเลย	0
3.	
4.	
7. ฉันรู้สึกพวหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน	
() บ่อยมาก	3
() ค่อนข้างบ่อย	2
() ไม่บ่อยนัก	1
() ไม่มีเลย	0

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการวัดการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความยากหรือง่ายที่จะนอนหลับ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมให้นอนหลับได้ในสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะนอนหลับได้

กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อ ท่านคิดอย่างไรต่อข้อความเหล่านั้น จากนั้นเครื่องหมายวงกลม (O) ที่ตัวเลขที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | |
|--------------------------------|--|
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนน 1) | หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองเลย |
| ไม่เห็นด้วย (คะแนน 2) | หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองเล็กน้อย |
| ไม่แน่ใจ (คะแนน 3) | หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นทำให้ลังเล ไม่มั่นใจเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเอง |
| เห็นด้วยมาก (คะแนน 4) | หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองมาก |
| เห็นด้วยมากที่สุด (คะแนน 5) | หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองทุกประการ |

ข้อคำถาม	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.เมื่อนั้นสามารถดูแลอาการเกี่ยวกับ โรคหัวใจของมันได้ มันก็จะสามารถ นอนหลับได้	1	2	3	4	5
2.ฉันมีวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้สามารถ นอนหลับได้	1	2	3	4	5
3.....	1	2	3	4	5
4.....	1	2	3	4	5
5.....	1	2	3	4	5
6.....	1	2	3	4	5
7.....	1	2	3	4	5
คะแนนรวมทุกข้อ					

ชุดที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ มีจำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับการนอนหลับ ขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้านภายหลังจากได้รับการรักษา และกลับออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ คะแนนความรู้สึกละอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน บนเส้นตรง โดยข้อความทางด้านซ้ายมือเป็นจุดเริ่มต้นและข้อความทางด้านขวามือเป็นจุดสุดท้ายของเส้นตรง ให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรงที่ผู้ป่วยตอบคำถามตามความรู้สึกของตนเองที่มีต่อข้อความนั้น ๆ

ตัวอย่าง

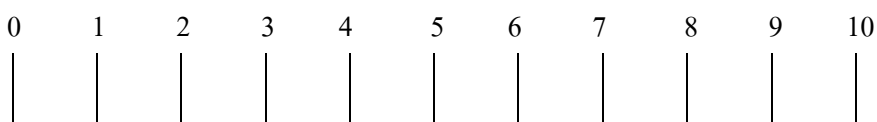
1. ในแต่ละวันท่านได้มีเวลาพักผ่อนมากน้อยเพียงใด



มีเวลาน้อยมาก

มีเวลามากที่สุด

1. หลังจากล้มตัวลงนอน ท่านต้องใช้เวลานานเพียงใดก่อนหลับได้จริง



ใช้เวลา น้อยมาก

ใช้เวลานานมากที่สุด

2. เมื่อนอนหลับแล้ว ท่านตื่นนอนระหว่างนอนหลับบ่อยมากเพียงใด



ไม่รู้สึกรู้ตื่นเลยตลอดคืน

หลับ ๆ ตื่น ๆ ตลอดคืน

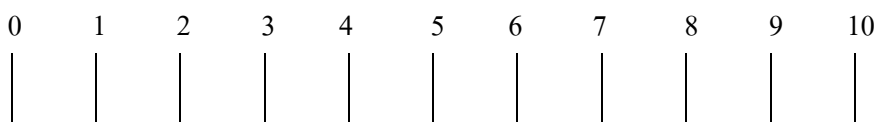
3. ท่านรู้สึกว่าการรบกวนในขณะที่นอนหลับมาก น้อยเพียงใด



ไม่รบกวนเลย

ถูกรบกวนอย่างมากจนไม่สามารถนอนหลับได้เลย

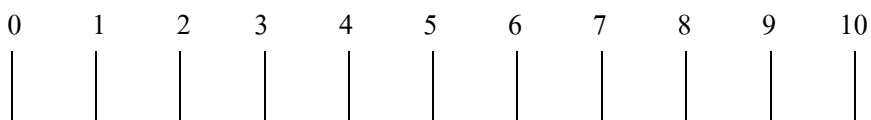
4.



นอนหลับสนิทที่สุด

นอนหลับไม่สนิทเลย

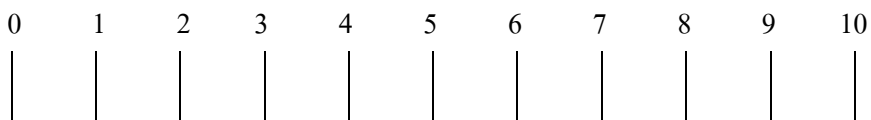
5.



ไม่พลิกตัวหรือเคลื่อนไหวเลย

พลิกตัวหรือเคลื่อนไหวตลอดคืน

15. หลังจากการงีบหลับ ท่านตื่นแล้วรู้สึกอย่างไร



รู้สึกตื่นตัวดี

รู้สึกง่วงเหงาหาวนอน

ภาคผนวก ค
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. แพทย์หญิงศิริยา เจริญชาศรี แพทย์ประจำแผนกอายุรกรรมเฉพาะทาง
โรคหัวใจ โรงพยาบาลสมุทรสาคร
จังหวัดสมุทรสาคร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จินดารัตน์ ชัยอาจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำกลุ่มวิชาการ
พยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาคผนวก ง
ใบขออนุญาตใช้เครื่องมือ



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๙/๙๕

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาวยุววรรณ งามมณี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับ ในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดินาน เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง” ของ ผศ.นพ.ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ พ.ศ. ๒๕๓๙ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๕๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๙๙-๓๖๒๙๙๗๙



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๙๙๙

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสลงสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้วย นางสาวยุววรรณ แทนมณี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของเวอร์เรน และสไนเดอร์ ฮาลิเฟริน (VSH) ฉบับแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลลำปาง” ของ ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๙๙-๓๖๒๙๙๗๙