



บทความวิชาการ

อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยที่มีหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง: บทบาพยาบาล

จรรยา นิมหลวง*

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระชน 12 พระราม 1 เขตปทุมวัน กทม. 10330

บทคัดย่อ

การนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจำนวนมากที่มีอาการนอนไม่หลับ โดยพบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่วนใหญ่จะพบอาการนอนไม่หลับทั้ง 3 อาการ คือ อาการเริ่มต้นนอนหลับยาก การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง และอาการตื่นเช้ากว่าปกติ ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหัวใจเต้นผิดปกติ มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มมากขึ้น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ อาการนอนไม่หลับยังส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เกี่ยวกับปัจจัยโน้มนำและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ รวมถึงปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่อย่างถาวร เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินอาการนอนไม่หลับเพื่อให้สามารถประเมินอาการนอนไม่หลับได้อย่างครอบคลุม และเรียนรู้วิธีการจัดการอาการนอนไม่หลับโดยไม่ใช้ยานอนหลับในหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้เรื่องสุขลักษณะการนอน การบำบัดทางความคิด การควบคุมการกระตุ้น การจำกัดการนอน การฝึกการผ่อนคลาย หรือการบำบัดโดยใช้หลายวิธี ซึ่งการเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลมีความรู้ มีความเข้าใจ สามารถประเมินและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการนอนไม่หลับได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามไปด้วย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง/อาการนอนไม่หลับ/การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ



Insomnia in Patients with Chronic Heart Failure: Roles of Nurses

Janya Chimluang*

Abstract

Sleeping is greatly essential for patients with chronic heart failure whose heart is incapable of transporting blood to other organs sufficiently. However, many patients with chronic heart failure have encountered insomnia problem. In general, they have experienced all three symptoms of insomnia: difficulty in initiating sleep, difficulty in maintaining sleep, and waking up too early. These symptoms induce heart beat abnormality, worsen heart failure symptoms, and may bring about the complications of cardiovascular system. Furthermore, insomnia highly impacts the spiritual well-being and quality of life of the patients. Therefore, it is necessary for nurses to learn about insomnia predisposing factors, insomnia precipitating factors, insomnia perpetuating factors, insomnia evaluations, and insomnia management with non-pharmacological methods such as educational sleep hygiene, cognitive therapy, stimulus control, sleep restriction therapy, relaxation training, or multi-method of cognitive behavioral therapy for insomnia. Learning about these issues will equip nurses with insomnia knowledge and make them capable of assessing insomnia problems and providing appropriate nursing care for heart failure patients suffering from insomnia. The patients can sleep better so that they will have better quality of life.

Keywords: Patients with chronic heart failure/ Insomnia/ Management of insomnia

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ เป็น

สาเหตุของอาการหายใจเหนื่อย (dyspnea) อ่อนเพลีย (fatigue) และภาวะคั่งน้ำและเกลือทำให้มีอาการบวม มีน้ำคั่งในปอดและอวัยวะภายใน (The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the king, 2014) ด้วยพยาธิสภาพดังกล่าวส่งผลต่อร่างกายรวมถึงจิตใจของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม



ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับเป็นจำนวนมาก จากการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการนอนหลับร้อยละ 65 (Kreetong, Jirapaet, Jitpanya, & Sloan, 2008) โดยปัญหาการนอนหลับที่พบบ่อยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง คือ อาการนอนไม่หลับ (insomnia) และภาวะหยุดหายใจในขณะนอนหลับ (Sleep disorder breathing) โดยภาวะหยุดหายใจในขณะนอนหลับ ประกอบไปด้วยการหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (obstructive sleep apnea: OSA) และการหยุดหายใจขณะหลับชนิดจากความผิดปกติของสมองส่วนกลาง (central sleep apnea: CSA) (Parati et al., 2016) ปัญหาการนอนหลับที่พบบ่อยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง คือ อาการนอนไม่หลับ โดยพบถึงร้อยละ 32 ในประเทศไทย (Chimluang, Aungsuroch, & Jitpanya, 2017) และร้อยละ 33 ในต่างประเทศ (Broström & Johansson, 2005) จะเห็นได้ว่าปัญหาเรื่องอาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีสภาวะการทำงานของร่างกายที่ไม่ดีอยู่แล้ว หากผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับร่วมด้วยยิ่งจะทำให้การทำงานของหัวใจและร่างกายในส่วนอื่นๆ ขาดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้น พยาบาลจึงควรเรียนรู้เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ ผลกระทบจากการนอนไม่หลับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การประเมินอาการนอนไม่หลับ และการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ เพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้สามารถนอนหลับได้ดีขึ้น

อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าการนอนหลับไม่เพียงพอ ประกอบด้วยอาการหนึ่งอาการใดหรือหลายอาการดังต่อไปนี้ (1) เริ่มต้นนอนหลับยาก (2) การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง (3) ตื่นเช้ากว่าปกติ (National Institute of Health, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีอาการเริ่มต้นนอนหลับยาก ร้อยละ 19-63 นอนหลับไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 23-69 และตื่นเช้ากว่าปกติ ร้อยละ 15-39 (Brostrom et al., 2004; Erickson et al., 2003; Johansson et al., 2007) จากข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษาของ Andrews et

al. (2013) ผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับเล่าว่า ผู้ป่วยจะนอนพลิกไปพลิกมา บางคนนอนไม่หลับเลย บางคนใช้เวลาประมาณ 4-5 ชั่วโมงกว่าจะนอนหลับได้ มักตื่นนอนในตอนกลางคืน บางคนตื่นขึ้นมาแล้วหลับต่อไม่ได้ ใช้เวลานานเป็นชั่วโมงก็ยังไม่สามารถหลับได้ สำหรับในประเทศไทยพบอาการเริ่มต้นนอนหลับยาก ร้อยละ 30 นอนหลับไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 30 และตื่นเช้ากว่าปกติ ร้อยละ 25.88 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) พบอาการทั้ง 3 อาการร่วมกัน โดยไม่ค่อยพบเพียงอาการใดอาการหนึ่งหรือ 2 อาการร่วมกัน นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.8 และมีอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 8.2 นอกจากนี้ มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 29.4 ที่มีคะแนนของอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับเกือบถึงเกณฑ์ (Sub-threshold) ซึ่งยังไม่ถือว่าเป็นอาการนอนไม่หลับแต่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะต้องป้องกันไม่ให้เกิดภาวะนอนไม่หลับขึ้นในอนาคต (Chimluang et al., 2017) นอกจากนี้ยังพบว่า ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ร้อยละ 12.65 รับประทานยานอนหลับเป็นประจำ อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัยยังพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 4.41 ยังมีอาการนอนไม่หลับ (Chimluang et al., 2017)

ผลกระทบของการเกิดอาการนอนไม่หลับ

เมื่อผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยจากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับจะพบว่ามีความ plasma renin activity, renin concentration และ aldosterone มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ไม่มีอาการนอนไม่หลับ และเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Kanno et al., 2016) และจากหลายงานวิจัย พบว่า อาการนอนไม่หลับส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นจากการทำงานเพิ่มขึ้นของระบบประสาทซิมพาเทติกและการทำงานที่ลดลงของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ซึ่งส่งผลต่อระบบไหล



เวียนเลือดในร่างกายเป็นเหตุให้หัวใจเต้นผิดปกติและเกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มมากขึ้น (Becker, 2006; Hayes, Anstead, Ho, & Phillips, 2008; Javaheri, 2008; Thase, 2005) นอกจากนี้ อาการนอนไม่หลับยังส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวไม่ดี (Broström et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Andrews et al. (2013) พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกว่าการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อร่างกาย ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของตนเอง ผู้ป่วยมีความรู้สึกเหนื่อยในระหว่างวัน รู้สึกเหนื่อยง่าย รู้สึกว่าไม่มีแรงที่จะลุกขึ้นจากที่นอนในตอนเช้า ต้องฝืนตนเองให้ลุกขึ้นจากเตียง และมีอาการพล่อยหลับในระหว่างวันโดยไม่รู้ตัว ไม่สามารถทำงานใดๆ ได้ เนื่องจากรู้สึกเหนื่อยอยู่ตลอดเวลา รู้สึกว่าความจำไม่ดีเหมือนแต่ก่อน โดยความจำจะยิ่งไม่ดีหากเมื่อคืนนอนหลับได้ไม่ดี บางคนเล่าว่าจากที่ตนเองเคยมีความจำที่ดีเยี่ยม ตอนนี้จำไม่ได้แม้แต่ชื่อตัวเอง รวมถึงผู้ป่วยยังรู้สึกสับสนตัวเองที่ไม่สามารถนอนหลับได้เหมือนคนอื่น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากโมเดล The 3P Model of Insomnia (Glovinsky & Spielman, 2006) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับใน 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ทำให้บุคคลไวต่อการกระตุ้นให้เกิดอาการนอนไม่หลับ 2) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่กระตุ้นให้เกิดการแปรปรวนของการนอนหลับ และ 3) ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (perpetuating factors) เป็นปัจจัยที่เกิดจากการตอบสนองต่อการนอนไม่หลับ ซึ่งส่งผลให้การนอนไม่หลับเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จาก The 3P Model of insomnia ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับหรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดีในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทั้งในประเทศและต่างประเทศมีดังนี้

1. ปัจจัยโน้มนำ คือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า (Chimluang et al., 2009; Karnchanakomate, Pinyopasakul, Kusuma Na Ayuthya & Sriprasong, 2014; Riegel et al., 2012) ความวิตกกังวลจะทำให้การทำงานของระบบ Hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนความเครียด (cortisol) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะไปรบกวนการเริ่มต้นการนอนหลับและกระทบความต่อเนื่องในการนอนหลับ (Glovinsky & Spielman, 2006) สำหรับอาการซึมเศร้าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจเช่นเดียวกันกับความวิตกกังวล โดยผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจะส่งผลต่อโครงสร้างของการนอนหลับ (sleep structure) ทำให้ผู้ป่วยตื่นบ่อยในตอนกลางคืน ไม่ว่าจะเป็นช่วงเริ่มต้นการนอนหลับ ช่วงกลาง และในช่วงท้ายของการนอนหลับ ทำให้ช่วงเวลาของการนอนหลับสั้นลงและมีอาการตื่นเช้าเกินไป (Glovinsky & Spielman, 2006)

2. ปัจจัยกระตุ้น คือ อาการหายใจลำบาก อาการหายใจไม่สะดวกขณะนอนหลับและต้องตื่นขึ้นเนื่องจากหายใจไม่สะดวก (paroxysmal nocturnal dyspnea) (Chimluang et al., 2009; Principe-Rodriguez, Strohl, Hadziefendic, & Piña, 2005) เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก หายใจเหนื่อย หรือมีอาการหายใจไม่สะดวกขณะนอนหลับและต้องตื่นขึ้นเนื่องจากอาการหายใจไม่สะดวก จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย ต้องการอากาศหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังไม่สามารถนอนหลับได้

3. ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ คือ สุลักษณะการนอน (sleep hygiene) ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน (dysfunctional beliefs and attitudes about sleep) (Chimluang et al., 2009, Riegel et al., 2012) สุลักษณะการนอนเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในการนอน อาหารและเครื่องดื่ม และพฤติกรรมบางอย่างที่มีผลกระทบต่อ



นอน เมื่อผู้ป่วยมีสัญลักษณ์ในการนอนที่ไม่ดี ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการนอนไม่หลับ สำหรับความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน คือ การที่ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่ไม่เป็นจริงเกี่ยวกับการนอน จากผลการวิจัยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยคาดหวังว่าต้องนอนให้ได้ 8 ชั่วโมงเพื่อให้รู้สึกสดชื่น โดยมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องนี้อยู่ในระดับสูง คือ 8.79 จากคะแนนเต็ม 10 หรือการที่ผู้ป่วยเฝ้าครุ่นคิดกังวลเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของตนเอง เช่น ผู้ป่วยคิดว่าอาการนอนไม่หลับจะทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพของตนเอง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.21 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (Chimluang et al., 2009) ซึ่งความคิดและความเชื่อเช่นนี้ไม่เป็นผลดีต่อการนอนหลับ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลซึ่งจะเกิดการกระตุ้นทางความคิดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะยิ่งทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับอย่างต่อเนื่อง (Aunjitsakul & Udomratn, 2016; Glovinsky & Spielman, 2006)

การประเมินอาการนอนไม่หลับ

ในการประเมินอาการนอนไม่หลับ โดยทั่วไปจะประเมินจากการซักประวัติการนอนหลับ ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเป็นหลัก และใช้เครื่องมือต่างๆ เพื่อช่วยประเมินอาการนอนไม่หลับทั้งที่เป็นการประเมินการนอนหลับตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective sleep measures) หรือการใช้เครื่องมือวัดการนอนหลับ (Objective sleep measures) รวมถึงการประเมินเพื่อหาสาเหตุของอาการนอนไม่หลับและประเมินผลกระทบของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการตรวจร่างกายเพื่อให้สามารถวินิจฉัยแยกอาการนอนไม่หลับกับโรคอื่น (Schutte-Rodin, Broch, Buysse, Dorsey & Sateia, 2017) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประวัติการนอนของผู้ป่วย พยาบาลควรซักถามผู้ป่วยถึงประวัติของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้น โดยถามถึงเวลาในการเข้านอน เวลาที่ใช้ตั้งแต่ล้มตัวลงนอนจนถึงนอนหลับได้จริง ตื่นนอนตอนกลางคืนหรือไม่ ถ้าตื่นก็ครั้งต่อคืน ตื่นขึ้นมาทำอะไร ตื่นขึ้นมาแล้วใช้

เวลานานหรือไม่ถึงจะหลับต่อได้ ตื่นก็โง่ง ตื่นเองหรือต้องใช้นาฬิกาปลุก มีตื่นเร็วกว่าที่กำหนดหรือไม่ เพื่อให้ได้ทราบถึงอาการนอนไม่หลับและชนิดของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซักถามถึงยานอนหลับที่ใช้ การงีบหลับตอนกลางวัน อาการที่เป็นผลจากการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันถัดไป รวมถึงซักประวัติเพื่อค้นหาปัจจัยโน้มนำปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่ของผู้ป่วย (Schutte-Rodin et al., 2017; Taylor et al., 2014)

2. ประวัติโรคทางกายอื่นๆ และประวัติทางจิตเวช รวมถึงยาที่ใช้ในการรักษาโรคและช่วงเวลาในการรับประทานยา (Schutte-Rodin et al., 2017; Taylor et al., 2014)

3. การประเมินการนอนหลับตามการรับรู้ของผู้ป่วย (subjective sleep measures) โดยอาจใช้แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับแบบผู้ป่วยตอบเอง (self-administered questionnaires) หรือใช้สมุดบันทึกการนอนหลับ (sleep diary)

3.1 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับแบบประเมินคุณภาพการนอนและแบบประเมินความง่วงที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในหลายกลุ่มโรครวมถึงผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เช่น แบบสัมภาษณ์การนอนไม่หลับ (Insomnia Interview Schedule) (Morin, 1993) แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia severity index) (Morin, 1993 cited in Taylor et al., 2014) แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ (The Insomnia Symptom Questionnaire, ISQ) (Okun, Kravitz, Sowers, Moul, Buysse & Hall, 2009 cited in Taylor et al., 2014) แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989 cited in Taylor et al., 2014) แบบประเมินความง่วง (The Epworth Sleepiness Scale) (Johns, 1991 cited in Schutte-Rodin et al., 2017; Taylor et al., 2014)



3.2 สมุดบันทึกการนอนหลับ (sleep diary) ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการนอนหลับก่อนหรือในระหว่างการรักษาอาการนอนไม่หลับหรือเมื่อมีการกำเริบของอาการนอนไม่หลับหรือต้องการประเมินการนอนหลับในระยะยาว (Schutte-Rodin et al., 2017; Taylor et al., 2014)

4. การใช้เครื่องมือวัดการนอนหลับ (Objective sleep measures) โดย Polysomnography หรือ Actigraphy ซึ่งปกติจะไม่ใช้เครื่องมือ 2 ชนิดนี้ในการประเมินอาการนอนไม่หลับ แต่จะใช้เครื่องมือนี้เมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหาเรื่องภาวะหยุดหายใจในขณะนอนหลับหรือมีการกระตุกของขาในขณะนอนหลับ เพื่อให้สามารถแยกอาการของอาการนอนไม่หลับกับอาการที่เกิดขึ้นจากสาเหตุอื่น (Schutte-Rodin et al., 2017) โดยผู้ป่วยจะต้องไปรับการตรวจสุขภาพการนอนหลับ (Sleep test) ที่ห้องปฏิบัติการการนอนหลับ (Sleep lab) โดยเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย Polysomnography ที่สามารถประเมินการนอนหลับได้อย่างละเอียด โดยผู้ป่วยต้องนอนตรวจที่ห้องปฏิบัติการการนอนหลับ หรือการใช้ Actigraphy ที่เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ประเมินการนอนหลับได้ดีในระดับหนึ่งและมีวิธีการตรวจที่สะดวกกว่า

4.1 Polysomnography เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายระหว่างหลับ ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมอง คลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเคลื่อนไหวของลูกตา ความลึกและรูปแบบของการหายใจ เสียงกรน ระดับออกซิเจนในเลือด การขยับหรือกระตุกของขา (บุษราคม ชัยทัศนีย์, 2558)

4.2 Actigraphy เป็นอุปกรณ์คล้ายนาฬิกาที่ใส่ติดตัวไว้กับข้อมือ เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ได้สะดวก โดยใช้จับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ติดตามลักษณะและรูปแบบของวงจรการนอนหลับของผู้ป่วย (Schutte-Rodin et al., 2017)

5. การประเมินในเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ เช่น การประเมินสาเหตุของอาการนอนไม่หลับโดยการใช้แบบประเมินความคิดความเชื่อที่ผิด

เกี่ยวกับการนอน แบบประเมินสุขภาพจิต แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Schutte-Rodin et al., 2017; Taylor et al., 2014)

6. การตรวจร่างกายและการตรวจสภาพจิต เพื่อค้นหาความเจ็บป่วยร่วมอื่นๆ เพื่อประเมินอาการเจ็บป่วยและเพื่อการวินิจฉัยแยกโรค (Schutte-Rodin et al., 2017)

การจัดการกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

การจัดการกับอาการนอนไม่หลับสามารถจัดการได้ด้วยวิธีการใช้ยานอนหลับและวิธีที่ไม่ใช้ยานอนหลับ ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะการจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่ไม่ใช้ยานอนหลับ (non-pharmacological methods) ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำได้ ทั้งนี้ วิธีการจัดการโดยไม่ใช้ยานอนหลับมีหลายวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เรื่องสุขลักษณะในการนอน การปรับการคิดรูที่มีต่อการนอนหลับ การปรับพฤติกรรมในการนอน และการฝึกการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดของการจัดการกับอาการนอนไม่หลับดังต่อไปนี้

1. การให้ความรู้เรื่องสุขลักษณะการนอน (educational sleep hygiene) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และจัดการกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอนหลับ (Bussaratid, 2012; Glovinsky & Spielman, 2006; Redeker et al., 2017) ดังนี้

1.1 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ เช่น ชา กาแฟ หรือน้ำอัดลมในช่วงเย็น เพราะคาเฟอีนจะส่งผลให้นอนไม่หลับ ควรทิ้งช่วงเวลาห่างจากเวลาเข้านอนอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง

1.2 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในช่วงเย็น เพราะแอลกอฮอล์ทำให้หลับได้จริงแต่จะตื่นบ่อย



1.3 อาหารมื้อเย็นควรเป็นอาหารมื้อเบาๆ หลีกเลี่ยงอาหารมื้อหนัก 2-3 ชั่วโมงก่อนเข้านอนเพราะจะทำให้อึดอัดและนอนหลับได้ยาก และอย่าปล่อยให้ท้องว่างจนหิวก่อนเข้านอน หากรู้สึกหิวให้ดื่มนมอุ่นๆ หรือขนมชิ้นเล็กๆ

1.4 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แต่ไม่ควรออกกำลังกายก่อนนอนเพราะขณะออกกำลังกายร่างกายจะหลั่งสารอะดรีนาลินซึ่งมีผลในการกระตุ้นประสาท ทำให้เกิดการตื่นตัวของร่างกาย ซึ่งจะส่งผลให้นอนหลับยาก การออกกำลังกายที่เหมาะสมควรห่างจากเวลานอนประมาณ 4-6 ชั่วโมงก่อนเวลาเข้านอน

1.5 จัดสิ่งแวดล้อมในการนอนให้เหมาะสมกับการนอนหลับ คือ นอนบนเตียงที่นอนแล้วรู้สึกสบาย นอนในห้องที่มืดสงบ อุณหภูมิพอดี ไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป ไม่มีเสียงดังรบกวน อากาศถ่ายเทสะดวก

1.6 หลีกเลี่ยงการใช้มือถือหรือแท็บเล็ตก่อนการเข้านอน เพื่อป้องกันแสงสีน้ำเงินที่มาจากหน้าจอซึ่งส่งผลเสียต่อการนอนหลับ หากจำเป็นต้องใช้ควรใช้อุปกรณ์ป้องกันแสงสีน้ำเงิน

2. การบำบัดทางความคิดรู้ (cognitive therapy) การบำบัดนี้มีเป้าหมายเพื่อลดการกระตุ้นทางความคิดที่มากเกินไป โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่จะทำให้การนอนไม่หลับดำเนินต่อไปอย่างถาวร และค้นหาความคิดและความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการนอน แล้วแทนที่ความคิดและความเชื่อที่ผิดด้วยความคิดความเชื่อที่สามารถเกิดขึ้นได้จริง ลดการกระตุ้นทางความคิดที่มากเกินไปและเพิ่มความเชื่อว่าจะสามารถควบคุมการนอนหลับของตนเองได้ (Aunjitsakul & Udomratn, 2016; Bussaratid, 2012; Redeker et al., 2017)

3. การควบคุมการกระตุ้น (stimulus control) เพื่อให้เกิดวงจรการหลับตื่นที่คงที่ สร้างความสัมพันธ์ระหว่างเตียงนอนหรือห้องนอนต่อการนอนหลับ และเพื่อไม่ให้ใช้เตียงนอนทำกิจกรรมที่ขัดแย้งกับการนอน (Redeker et al., 2017; Ruangtrakool, 2007) ดังนี้

3.1 เข้านอนและตื่นนอนตรงเวลาทุกวัน

3.2 เข้านอนเมื่อถึงเวลานั้น

3.3 เมื่อเข้านอนแล้วแต่ไม่สามารถนอนหลับได้ในเวลาประมาณ 20 นาที ให้ลุกขึ้นจากเตียงไปทำกิจกรรมที่สบายๆ และผ่อนคลาย แล้วกลับไปนอนใหม่อีกครั้งเมื่อว่าง

3.4 ใช้เตียงนอนสำหรับการนอนหลับและการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น

3.5 หลีกเลี่ยงการงีบหลับตอนกลางวัน

4. การจำกัดการนอน (sleep restriction) เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างเต็มที่ โดยการฟื้นฟูแรงขับของร่างกายในการที่จะหลับ (sleep drive) ให้เกิดสมดุลของการนอน (sleep homeostatic) โดยการจำกัดเวลาในการนอนของผู้ป่วยในตอนต้นและค่อยๆ ขยายเวลาออกไปเพื่อเพิ่มระยะเวลาทั้งหมดที่ได้หลับ (total sleep time: TST) และเพิ่มประสิทธิภาพของการนอนหลับ (sleep efficiency: SE) หลักการ คือ จะให้ผู้ป่วยลดจำนวนชั่วโมงที่สามารถอยู่บนเตียงลง จากเดิมที่ผู้ป่วยใช้เวลาอยู่บนเตียงนานแต่นอนหลับได้จริงเพียงไม่กี่ชั่วโมงจากการที่ผู้ป่วยพยายามที่จะนอนให้มากขึ้นเพื่อชดเชยการนอน ในขั้นตอนแรกจะบอกช่วงเวลาที่อยู่บนเตียงให้ผู้ป่วยทราบ เช่น ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาอยู่บนเตียง 8 ชั่วโมง แต่นอนหลับเพียง 5.5 ชั่วโมง ระยะเวลาของการอยู่บนเตียงจะเท่ากับ 5.5 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาการอยู่บนเตียงจะต้องไม่น้อยกว่า 4.5 ชั่วโมง แม้ว่าระยะเวลาในการนอนหลับของผู้ป่วยจะน้อยกว่านี้ จดรายละเอียดของจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับในแต่ละคืน แล้วคำนวณออกมาเป็นดัชนีของประสิทธิภาพของการนอนหลับ โดยใช้สูตร ระยะเวลาทั้งหมดที่ได้หลับ x 100หารด้วยระยะเวลาที่อยู่บนเตียง ถ้าค่าเฉลี่ยของดัชนีได้อย่างน้อยร้อยละ 90 ให้ยึดระยะเวลาที่อยู่บนเตียงไปอีก 15 นาที และให้ยึดต่อไปได้อีกตราบที่ดัชนีมากกว่าร้อยละ 90 การยึดเวลาแต่ละครั้งให้ทำตามนั้นไปอย่างน้อย 5 วัน ถ้าดัชนีต่ำกว่าร้อยละ 85 ระยะเวลาที่อยู่บนเตียงต้องลดลงมาให้เหมาะสมกับค่าเฉลี่ยของระยะเวลานอนหลับทั้งหมด



ในช่วง 5 วันสุดท้าย (Bussaratid, 2012; Redeker et al., 2017; Ruangtrakool, 2007)

5. การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training) เพื่อลดภาวะตื่นตัวทางร่างกาย (somatic arousal) และภาวะตื่นตัวทางความคิด (cognitive arousal) โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ (Bussaratid, 2012; Vyas, 2013) เช่น

5.1 การเจริญสติ (mindfulness meditation) เป็นวิธีในการปฏิบัติเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด โดยการกำหนดจิตและฝึกสมาธิภาวนา (Ruangtrakool, 2007)

5.2 การบริหารการหายใจ (breathing exercises) เป็นวิธีที่จะทำให้การหายใจมีประสิทธิภาพสามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้มากที่สุด วิธีการปฏิบัติเริ่มจากการนั่งในท่าที่สบายผ่อนคลายทุกส่วนของร่างกาย หายใจช้าๆ เป็นจังหวะ หลังจากนั้นให้หายใจเข้าช้าๆ ปล่อยลมหายใจให้เข้าทั่วบริเวณท้อง จนรู้สึกว่หน้าท้องขยายออก หายใจออกเมื่อรู้สึกผ่อนคลาย หน้าท้องแฟบลง ทำเช่นนี้ 10-20 ครั้ง (Ruangtrakool, 2007)

5.3 การคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ (progressive muscle relaxation) เป็นวิธีที่นิยมกันค่อนข้างมาก โดยมาจากแนวคิดที่ว่า เมื่ออยู่ในภาวะตึงเครียด กล้ามเนื้อจะเกิดการตึงตัว การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจึงเป็นการฝึกให้ผู้ปวยรู้ตัวว่ากล้ามเนื้อกำลังตึงตัวจากความเครียด วิธีการในการคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟเริ่มจากการกำมือให้แน่นแล้วนับ 1-10 แล้วค่อยๆ ผ่อนคลายช้าๆ และให้ทำเช่นนี้กับกล้ามเนื้อกลุ่มอื่นๆ ทั่วร่างกาย โดยให้ทำช้าๆ หลายๆ ครั้ง ซึ่งจะทำให้เกิดการผ่อนคลายทั่วร่างกาย (Bussaratid, 2012)

6. ความคิดและพฤติกรรมบำบัด เป็นการบำบัดที่ผสมการจัดการอาการนอนไม่หลับโดยใช้การบำบัดทางความคิดรู้รวมกับการบำบัดทางพฤติกรรมสำหรับอาการนอนไม่หลับ ที่เรียกว่า CBT-I (Cognitive behavioral therapy for insomnia) ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีการที่ได้ถูกนำมาใช้ในการรักษาอาการนอนไม่หลับกันอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค รวมถึงในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และเป็นวิธีที่ใช้ได้ผลดีในการรักษาอาการนอนไม่หลับ (Conley & Redeker, 2015; Wu, Appleman, Salazar & Ong, 2015) ซึ่งจะเป็นวิธีที่ผสมทั้งการให้ความรู้เรื่องสรีรวิทยาการนอน การบำบัดทางความคิดรู้ การควบคุมการกระตุ้นการจำกัดการนอน และ/หรือการฝึกการผ่อนคลาย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

สรุป

อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นอาการที่พบบ่อยทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ เป็นปัญหาที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากอาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย พยาบาลจึงมีหน้าที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของอาการนอนไม่หลับ ปัจจัยทั้งหมดที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับ การประเมินอาการนอนไม่หลับ เพื่อให้พยาบาลสามารถวางแผนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยและเลือกใช้วิธีการจัดการอาการนอนไม่หลับที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการนอนไม่หลับ ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยสามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ ผู้ปวยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น



References

- Andrews, L.K., Coviello, J., Hurley, E., Rose, L., & Redeker, N.S. (2013). "I'd eat a bucket of nails if you told me it would help me sleep:" Perceptions of insomnia and its treatment in patients with stable heart failure. *Heart & Lung*, 42: 339-345.
- Aunjitsakul, W., & Udomratn, P. (2016). Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I). *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 61: 89-106.
- Becker, P.M. (2006). Insomnia: prevalence, impact, pathogenesis, differential diagnosis, and evaluation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29: 855-870.
- Brostrom, A., & Johansson, P. (2005). Sleep disturbances in patients with chronic heart failure and their holistic consequences--what different care actions can be implemented? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4: 183-197.
- Brostrom, A., Stromberg, A., Dahlstrom, U., & Fridlund, B. (2004). Sleep difficulties, daytime sleepiness, and health-related quality of life in patients with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19: 234-242.
- Bussaratid, S. (2012). Sleep. Bangkok: Matichon Pak Kret Printing House.
- Chaitusaney, B. (2015). Obstructive sleep apnea: Diagnosis and current sleep testing. Retrieved from http://rcot.org/datafile/_file/_doctor/67e4c100dd2a9cc4051a5c9112eea741.pdf[Aug, 2016].
- Chimluang, J., Aungsuroch, Y., & Jitpanya, C. (2017). Descriptors of insomnia among patients with heart failure. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 100: 403-409.
- Conley, S., & Redeker, N.S. (2015). Cognitive behavioral therapy for insomnia in the context of cardiovascular conditions. *Current Sleep Medicine Reports*, 1:157-165.
- Edwards, K.S., & Hoover, V. (2016). Insomnia and heart disease. Retrieved from <http://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/> [Aug 2016].
- Erickson, V.S., Westlake, C.A., Dracup, K.A., Woo, M.A., & Hage, A. (2003). Sleep disturbance symptoms in patients with heart failure. *AACN Advanced Critical Care*, 14: 477-487.
- Glovinsky, P., & Spielman, A. (2006). *The insomnia answer*. New York: Penguin Group.
- Hayes, D., Anstead, M., Ho, J., & Phillips, B. (2008). Insomnia and chronic heart failure. *Heart Failure Reviews*, 14: 171-182.
- Javaheri, S. (2008). Sleep dysfunction in heart failure. *Current Treatment Options in Neurology*, 10: 323-335.
- Johansson, P., Dahlstrom, U., Svanborg, E., Fridlund, B., & Brostrom, A. (2007). Insomnia is associated to depressive symptoms in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6 (Supplement 1): S5-S5.
- Kanno, Y., Yoshihisa, A., Watanabe, S., Takiguchi, M., Yokokawa, T., Sato, A.,.....& Takeishi, Y. (2016). Prognostic significance of insomnia in heart failure. *Circulation Journal*, 80:1571-1577.
- Karnchanakomate, J., Pinyopasakul, W., Kusuma Na Ayuthya, S., & Sriprasong, S. (2014). Factors predicting quality of sleep in patients with heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 25: 48-61.



- Krethong, P, Jirapaet, V., Jitpanya, C. & Sloan, R. (2008). A causal model of health-related quality of life in Thai patients with heart-failure. *Journal of Nursing Scholarship*, 40:254-60.
- National Institute of Health. (2005). National Institutes of Health State of the Science conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. *Sleep*, 28: 1049-1057.
- Parati, G., Lombardi, C., Castagna, F., Mattaliano, P., Pasquale Perrone Filardi, P.P., & Agostoni, P. (2016). Heart failure and sleep disorders. *Nature Reviews Cardiology*, 13: 389-403.
- Principe-Rodriguez, K., Strohl, K., Hadziefendic, S., & Pina, I. (2005). Sleep symptoms and clinical markers of illness in patients with heart failure. *Sleep and Breathing*, 9: 127-133.
- Redeker, N.S., Knies, A.K., Hollenbeak, C., Klar, Y.H., Cline, J., Andrews, L.,..... & Jeon, S. (2017). Cognitive behavioral therapy for insomnia in stable heart failure: Protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 55:16-23.
- Riegel, B., Glaser, D., Richards, K., Sayers, S.L., Marzolf, A., Weintraub, W.S. & Goldberg, L.R. (2012). Modifiable factors associated with sleep dysfunction in adults with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11: 402-409.
- Ruangtrakool, S. (2007). *Sleep disorders: Evaluation and treatment*. Bangkok: Ruenkaew Printing.
- Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C., & Sateia, M. (2017). Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4: 487-504.
- Taylor, D., Gehrman, P., Dautovich, N., Lichstein, K., & McCrae, C. (2014). *Handbook of Insomnia*. London: Springer Healthcare.
- Thase, M.E. (2005). Correlates and consequences of chronic insomnia. *General Hospital Psychiatry*, 27: 100-112.
- The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King (2014). *Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of heart failure*. Bangkok: A plus printing.
- Vyas, U.K. (2013). Non-pharmacological management of insomnia. *British Journal of Medical Practitioners*, 6: 623-627.
- Wu, J.Q., Appleman, E.R., Salazar, R.D., & Ong, J.C. (2015). Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions: a meta-analysis. *JAMA International medicine*, 175:1461-72.