ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน*

Relationships between Cardiac Pain Intensity, Anxiety, Perceived Control of Sleep, and Quality of Sleep among Acute Coronary Syndrome Patients*

ยุวรรณฎา แทนมณี, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) [1]
Yuwanda Tanmanee, M.N.S. (Adult Nursing) [1]

อาภรณ์ ดีนาน, Ph.D. (Nursing) [2]
Aporn Deenan, Ph.D. (Nursing) [2]

วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด. [3]
Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D. (Nursing) [3]

Received: January 24, 2019 Revised: February 23, 2019 Accepted: March 23, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มารับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 90 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก แบบประเมินความวิตกกังวล มีค่าความเชื่อมั่น .70 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในควบคุมการนอนหลับ มีค่าความเชื่อมั่น .88 และแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ มีค่าความเชื่อมั่น .81 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนเมษายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.217$, $p < .05$) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .286$, $p < .01$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
* Master's Thesis of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

[1] มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[1] Master, Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: yuwanda8063@gmail.com
[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
[2] Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
[3] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ ประเมินและลดระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับ กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationships between cardiac pain intensity, anxiety, perceived control of sleep, and quality of sleep among acute coronary syndrome (ACS) patients. The samples consisted of 90 ACS patients receiving follow-up service at cardiovascular clinic, Chon Buri Hospital. The research instruments were composed of a questionnaire of demographic data, an assessment form of cardiac pain intensity, an assessment form of anxiety with the reliability of .70, a questionnaire of perceived control of sleep with the reliability of .88, and a questionnaire of quality of sleep with the reliability of .81. Data were collected from November, 2015 to April, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The research results revealed that cardiac pain intensity was negatively statistically significant related to quality of sleep ($r = -.217$, $p < .05$) and perceived control of sleep was positively statistically significant related to quality of sleep ($r = .286$, $p < .01$).

This research suggests that nursing professionals should enhance perceived control of sleep as well as evaluate and reduce cardiac pain intensity among ACS patients in order to raise their quality of sleep.

Keywords: Cardiac pain intensity, Anxiety, Perceived control of sleep, Quality of sleep, Acute coronary syndrome

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการที่มีความวิกฤตที่เกิดขึ้นจากภาวะ ST elevate myocardial infarction (STEMI), non ST elevate myocardial infarction (NSTEMI) และ unstable angina (UA) (Wood, Motzer, & Bridges, 2010 อ้างถึงในศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์, 2553) โดยระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับลักษณะการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ (Overbaugh, 2009) ที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของคราบไขมันที่สะสมอยู่ที่หลอดเลือด หรือเกิดจากการฉีกขาดของคราบไขมัน ทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการตีบแคบหรืออุดตัน เป็นสาเหตุให้ปริมาณเลือดไหลผ่านน้อยลง เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และเกิดภาวะขาดออกซิเจน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) และแสดงอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ภาวะหายใจเหนื่อย ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับทั้งในระยะแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาลและระยะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมของ Elliott, McKinley, and Cistulli (2011) เกี่ยวกับคุณภาพและระยะเวลาในการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกประเภท รวมทั้งหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจในช่วงปี ค.ศ. 1966 ถึงปี ค.ศ. 2010 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ ตื่นบ่อยในช่วงกลางคืน มีอาการง่วงนอนระหว่างวัน และจากการศึกษาของ Cicek et al. (2014) ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคุณภาพการนอนหลับในคืนแรกของการนอนในโรงพยาบาลลดลง จะเห็นได้ว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับและปัญหาคุณภาพการนอนหลับ

ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แม้ว่าจะเกิดในระยะเวลาสั้นๆ ที่ผู้ป่วยนอนพักในหอผู้ป่วยวิกฤตจนกระทั่งฟื้นหายออกจากโรงพยาบาลและกลับบ้าน แต่ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับยังคงมีอยู่ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและศัลยกรรมนานกว่า 24 ชั่วโมง หลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตและกลับบ้านยังมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับนานถึง 6 เดือน (Orwelius, Nordlund, Nordlund, Edell-Gustafsson, & Sjoberg , 2008) และพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีเปิดขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว 7 วัน มีกิจกรรมระหว่างวันเพิ่มมากขึ้น มีการตื่นนอนบ่อยในช่วงกลางคืน (Yasuhara et al., 2013) นอกจากนี้ การศึกษาของ Alcantara, Peacock, Davidson, Hiti, and Edmondson (2014) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว 1 เดือน มีระยะการนอนหลับน้อยกว่าวันละ 7 ชั่วโมง และส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับ

ผลของการนอนหลับที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะในระยะแรกจนถึง 1 สัปดาห์ ทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยลดลง (Orwelius et al., 2008) และส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับโรคหัวใจตามมา ดังการศึกษาของ Fernandes et al. (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการตรวจตามนัด หลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และต้องกลับมาทำการถ่างขยายหลอดเลือดซ้ำ เนื่องจากการนอนไม่หลับไปเพิ่มความวิตกกังวล ความกลัว เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ และทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการในการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น (Daneshmandi, Sharme, Ebadi, & Neyse, 2011) ซึ่งจะเห็นได้ว่า การนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล และความกลัว ส่วนปัจจัยภายนอก เช่น เสียงเครื่องมอนิเตอร์ เสียงพูดคุย จากการศึกษาของนันทิวัน แซ่ซื้อ (2551) พบว่า ปัจจัยรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุมาจากอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 77.80 ความวิตกกังวล ร้อยละ 64.60 และความกลัว ร้อยละ 61.95

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลรบกวนคุณภาพการนอนหลับจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ จากการศึกษาของ McCarthy (2013) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกใน 2 ชั่วโมงแรกในระดับมาก และเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกนานกว่า 30 นาที จะลดระยะเวลาการหลับสนิท และทำให้ตื่นบ่อยครั้ง

ส่วนความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเผชิญ เนื่องจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน และการที่ผู้ป่วยต้องนอนพักในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้คาดคิดมาก่อน จากการศึกษาของณัฐชา พัฒนา (2555) พบว่า ในระยะ 12 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความตึงเครียด ทำให้กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลต่อการเพิ่มระดับการตื่นตัว และทำให้วงจรการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป (Pilkington, 2013)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่บุคคลสามารถควบคุมได้โดยผ่านกระบวนการคิดทางระบบการทำงานของสมองที่เรียกว่า ระบบควบคุมความคิด (cognitive control) ซึ่งสมองส่วนนี้จะทำงานประสานกันและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แล้วจึงส่งไปที่ระบบประสาทสั่งการ เพื่อให้วงจรการนอนหลับเกิดขึ้น (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วีนัส ลีฬหกุล, และพัสมณฑ์ คุ้มทวีพร, 2555) จากการศึกษาของ McKinley et al. (2012) พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจากเหตุการณ์ที่เผชิญ มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนหลังจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ข้างต้นพบว่าปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมามีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการนอนหลับในหอผู้ป่วยวิกฤตและในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่การศึกษาในระยะยาวยังไม่พบการศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาความรุนแรงของอาการ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การกำเริบซ้ำของโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

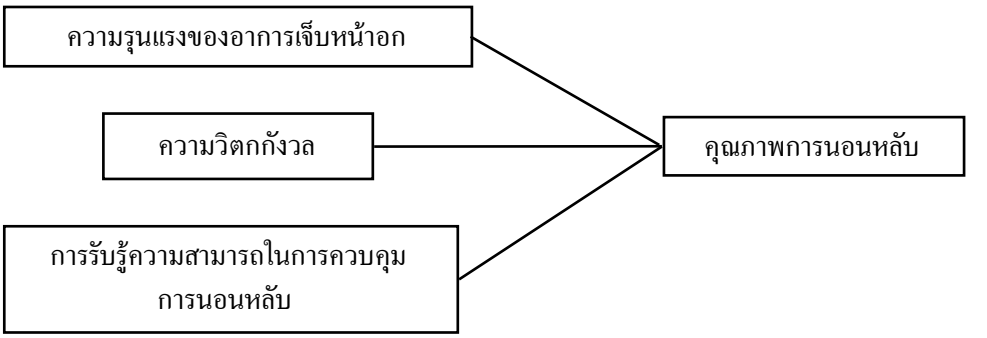
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของ Lenz, Pugh, Milligan, Gift, and Suppe (1997) ที่อธิบายถึงประสบการณ์การเกิดอาการว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย และส่งผลกระทบต่อบุคคล ทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ อาการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ และผลที่ตามมาจากการเกิดอาการ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้คาดว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัว ได้แก่ ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มารับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนเมษายน 2559 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เคยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลครบ 2 สัปดาห์ 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 3) เคยได้รับการเปิดทางเดินหลอดเลือดด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน โดยมี/ไม่มีการใส่ขดลวดร่วมด้วย 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหายใจล้มเหลว และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 5) มีสติสัมปชัญญะดี 6) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 7) ไม่มีความบกพร่องในการได้ยินและการมองเห็น และ 8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 90 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ การวินิจฉัยโรค วิธีการรักษาที่ได้รับครั้งล่าสุด โรคร่วม และการรับประทานยานอนหลับในปัจจุบัน จำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ผู้วิจัยใช้แบบประเมินระดับอาการเจ็บหน้าอก (Cardiac Pain Intensity) ของ McCarthy (2013) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการสอบซ้ำเท่ากับ .96 จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบจากเลข 0-10 (numeric rating scale) โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการเลย จนถึงเลข 10 หมายถึง มีมากที่สุด สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกน้อย และคะแนนมาก หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกมาก

ชุดที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) ที่ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) แปลและพัฒนาจาก Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond and Snaith ปี ค.ศ.1983 จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน

แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ (0-7 คะแนน) ในระดับปานกลาง (8-10 คะแนน) และในระดับสูง (11-21 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (The Control Attitude Scale-Revised: The CAS-R) ของ Moser et al. (2009) จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ (จากเดิม 8 ข้อ) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถในระดับต่ำ (7-21 คะแนน) และในระดับสูง (22-35 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับที่ ชนกพร จิตปัญญา (2543) แปลจาก Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale (VSH Sleep Scale) ของ Snyder-Halpern and Verran ปี ค.ศ. 1987 แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ การรบกวนการนอนหลับ ประสิทธิภาพของการนอนหลับ และการงีบหลับระหว่างวัน จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดด้วยสายตา (visual analogue scale) ความยาว 10 เซนติเมตร ด้านซ้ายสุดกำกับด้วยข้อความ ไม่ดีมากที่สุด (0 คะแนน) และด้านขวาสุดกำกับด้วยข้อความ ดีมากที่สุด (10 คะแนน) ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพการนอนหลับในระดับไม่ดี (0-49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (50-99 คะแนน) และในระดับดี (100-150 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัย นำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถฯ และแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โรงพยาบาลชลบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .70, .88 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 06-08-2558 วันที่ 10 กันยายน 2558) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ 8/2558 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2558) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) ในช่วงเวลาที่รอตรวจ จากนั้นบันทึกข้อมูลทั่วไปจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบประเมินและแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด โดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนเมษายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ข้อมูลความวิตกกังวล ข้อมูลการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ทั้งนี้พบว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมี outlier จำนวน 2 คน ซึ่งแก้ไขโดยตัดออกจากการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 78.90 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 51.10 โดยมีอายุเฉลี่ย 59.46 ปี (*SD* = 12.21) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.60 ไม่มีอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.60 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.90 ความเพียงพอของรายได้ คือ มีเพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีเงินเหลือเก็บ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.60 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ คือ บัตรประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 71.10 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 90 จำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ คือ 3 วัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.10 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่า ST elevate myocardial infarction คิดเป็นร้อยละ 81.10 วิธีการรักษาที่ได้รับครั้งล่าสุด คือ การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/หรือขดลวด คิดเป็นร้อยละ 77.80 มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 66.70 โดยโรคที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 66.70 และส่วนใหญ่มีการรับประทานยานอนหลับในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 64.40

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่รุนแรง คิดเป็นร้อยละ 84.40 (*M* = .46, *SD* = 1.19) มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 85.60 (*M* = 4.91, *SD* = 2.63) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.90 (*M* = 27.61, *SD* = 2.74)

3. คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 56.70 (*M* = 101.51, *SD* = 17.99)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.217, $p < .05$) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .286, $p < .01$) ส่วนความวิตกกังวล พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (n = 88)

ตัวแปร	คุณภาพการนอนหลับ	
	r	*p*
ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก	-.217	.042
ความวิตกกังวล	.047	.661
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ	.286	.007

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากแนวทางการรักษาของแพทย์ด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดโคโรนารีโดยใช้บอลลูนและ/หรือขดลวดเพื่อขยายทางเดินหลอดเลือดที่ตีบหรือใส่ขดลวดโครงตาข่าย ทำให้การไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งการใช้วิธีการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดสามารถเปิดหลอดเลือดได้ดี เลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดี (เกรียงไกร เฮงรัศมี, 2554) ทำให้อาการเจ็บหน้าอกทุเลา ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกอีก สอดคล้องกับการศึกษาของ Weintraub et al. (2008) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการถ่างขยายหลอดเลือดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า หลังได้รับการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 53 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้นอนหลับได้ดี มาจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยากลุ่ม benzodiazepine ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์กดการทำงานของสมอง ช่วยให้รู้สึกคลายความวิตกกังวล ทำให้วงจรการนอนหลับเปลี่ยนไป (กันตพร ยอดไชย, 2547) การที่แพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ยากลุ่มนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและช่วยให้นอนหลับได้ เพื่อลดผลกระทบจากการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญเกี่ยวกับหัวใจตามมา เช่น การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย การกลับมาทำการถ่างขยายหลอดเลือดซ้ำ และอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น (Fernandes et al., 2014) ผู้ป่วยจึงมีอาการดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับดี

ผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกลดลง จะส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ซึ่งความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ โดยพบว่า อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการที่เกิดเนื่องจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บจากการขาดออกซิเจน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) ทำให้เนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บปล่อยสารเคมีออกมากระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamine) และฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) ออกมามากกว่าปกติ ทำให้เกิดความเจ็บปวด และทำให้ยับยั้งการหลั่งของซีโรโทนิน (serotonin) ส่งผลให้วงจรการนอนหลับของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และคณะ, 2555) การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/

หรือขดลวด และการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ทำให้เพิ่มการไหลเวียนของออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจ ระดับความเจ็บปวดที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะลดลง (เกรียงไกร เฮงรัศมี, 2554) ตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997; Lenz & Pugh, 2014) หากมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการเปลี่ยนแปลง ประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นก็จะมีการเปลี่ยนแปลงด้วย ซึ่งอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการเจ็บหน้าอกลดลง ก็อาจทำให้ผู้ป่วยไม่มีปัญหาการนอนหลับ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่รุนแรง ทำให้สามารถนอนหลับได้ จึงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับสูง

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับเพิ่มขึ้น จะทำให้นอนหลับได้หรือคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น เนื่องจากในหลักการทางสรีรวิทยา การนอนหลับและการตื่นเป็นวงจรที่มีความซับซ้อน เป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับสมองส่วน brain stem reticular formation อันประกอบด้วยการทำงานของสมองส่วนเมดัลลา (medulla) และส่วนล่างของพอนส์ (pons) ทำให้มีการหลั่งสารมากระตุ้นการนอนหลับ และมีสารสื่อประสาทไปยับยั้งการตื่นที่เปลือกสมองใหญ่ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าที่สมองที่แตกต่างจากภาวะที่ตื่นตัว วงจรการนอนหลับและการตื่นเป็นวงจรกลางวัน-กลางคืน ตามจังหวะที่เกิดขึ้นเองภายในร่างกาย และร่างกายสามารถควบคุมได้โดยอัตโนมัติ (อัญชลี ชุ่มบัวทอง, 2552) จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับในระดับสูง ตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997; Lenz & Pugh, 2014) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่สามารถควบคุมได้ โดยผ่านกระบวนการคิดทางระบบการทำงานของสมอง และการสั่งการ เพื่อให้วงจรการนอนหลับเกิดขึ้น เช่น เมื่อผู้ป่วยเชื่อว่าการนอนหลับเป็นสิ่งที่ดี มีความรู้และประสบการณ์ที่ดีในการควบคุมการนอนหลับ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและผลกระทบ และมีการวางแผนชีวิตที่ดี ก็จะทำให้ควบคุมการนอนหลับได้ โดยมีวิธีการในการทำให้นอนหลับแตกต่างกัน เช่น การทำจิตใจให้สบาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก แต่เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าการนอนหลับเป็นสิ่งที่ดี และสามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยจึงสามารถนอนหลับได้ และมีคุณภาพการนอนหลับดี

ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้ร่างกายตื่นตัวตลอดเวลา เป็นผลให้นอนหลับได้น้อยลง โดยความวิตกกังวลจะเพิ่มการรับรู้ต่อความเจ็บปวดและลดความทนต่อความเจ็บปวด กลไกการเชื่อมโยงระหว่างความวิตกกังวลกับอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติและการหลั่งของฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ที่เพิ่มขึ้น (Foreman & Qin, 2009 as cited in McCarthy, 2013) ซึ่งความวิตกกังวลทำให้เกิดความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้มีการหลั่งของนอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) เพิ่มขึ้น แล้วไปกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัวมากขึ้น จึงส่งผลรบกวนการนอนหลับ (George & Bayliff, 2003) จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในระดับต่ำ ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยเหล่านี้ ส่วนใหญ่เกิดจากความรุนแรงของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยกลุ่มอาการ ST elevate myocardial infarction จึงได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพในระยะเฉียบพลันที่มีมาตรฐานและรวดเร็ว ได้แก่ STEMI Fast Track และการให้ข้อมูลก่อนและหลังการเปิดหลอดเลือด (reperfusion therapy) ทำให้ผู้ป่วยได้รับ

การเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจภายในระยะเวลามาตรฐาน อาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยจึงบรรเทาลง และผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังมีแนวทางในการดูแลและตรวจติดตามผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยจึงมีความวิตกกังวลลดลง และจากข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีอาชีพ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวล สามารถนอนหลับได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับเพิ่มขึ้น ประเมินและลดระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่น่าจะทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ เช่น ความสามารถในการจัดการอาการเจ็บหน้าอก แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความเข้มแข็งในการมองโลก

เอกสารอ้างอิง

กันตพร ยอดใชย. (2547). *ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เกรียงไกร เฮงรัศมี. (2554). *มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์.

ชนกพร จิตปัญญา. (2543). มโนมติและการวัดการนอนหลับ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 12*(1), 1-9.

ณัฐชา พัฒนา. (2555). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41*(1), 18-30.

นันทิวัน แซ่ซื้อ. (2551). *ปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์* (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วีนัส ลีฬหกุล, และพัสมณฑ์ คุ้มทวีพร. (2555). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 9). ชลบุรี: ศรีศิลปการพิมพ์.

อัญชลี ชุ่มบัวทอง. (2552). วงจรการนอนหลับ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 18*(2), 294-303.

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. *International Journal of Cardiology, 171*(2), e11-e12.

Cicek, H. S., Armutcu, B., Dizer, B., Yava, A., Tosun, N., & Celik, T. (2014). Sleep quality of patients hospitalized in the coronary intensive care unit and the affecting factors. *International Journal of Caring Sciences, 7*(1), 324-332.

Daneshmandi, M., Sharme, M. S., Ebadi, A., & Neyse, F. (2011). The effect of earplugs on sleep quality in patients with acute coronary syndrome. *Iranian Journal of Critical Care Nursing, 4*(3), 127-134.

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*(3), 384-400.

Fernandes, N. M., Nield, L. E., Popel, N., Cantor, W. J., Plante, S., Goldman, L., … Miner, S. E. (2014). Symptoms of disturbed sleep predict major adverse cardiac events after percutaneous coronary intervention. *The Canadian Journal of Cardiology, 30*(1), 118-124.

George, C. F., & Bayliff, C. D. (2003). Management of insomnia in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs, 63*(4), 379-387.

Lenz, E. R., & Pugh, L. C. (2014). The theory of unpleasant symptoms. In M. J. Smith & P. R. Liehr (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.

McCarthy, S. (2013). *Pain and anxiety in acute coronary syndrome patients awaiting transfer for diagnostic cardiac catheterization* (Master's thesis). Toronto University.

McKinley, S., Fien, M., Riegel, B., Meischke, H., Aburuz, M. E., Lennie, T. A., & Moser, D. K. (2012). Complications after acute coronary syndrome are reduced by perceived control of cardiac illness. *Journal of Advanced Nursing, 68*(10), 2320-2330.

Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L. V., Meischke, H., Heo, S., … Dracup, K. (2009). The Control Attitudes Scale-Revised: Psychometric evaluation in three groups of patients with cardiac illness. *Nursing Research, 58*(1), 42-51.

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), R97.

Overbaugh, K. J. (2009). Acute coronary syndrome. *The American Journal of Nursing, 109*(5), 42-52.

Pilkington, S. (2013). Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalised patients. *Nursing Standard, 27*(49), 35-42.

Weintraub, W. S., Spertus, J. A., Kolm, P., Maron, D. J., Zhang, Z., Jurkovitz, C., … Mancini, G. B. (2008). Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. *The New England Journal of Medicine, 359*(7), 677-687.

Yasuhara, Y., Kobayashi, H., Tanioka, T., Fujikawa, E., Fujinaga, H., Kongsuwan, W., & Locsin, R. (2013). Sleep conditions and quality of life among patients with ischemic heart disease after elective percutaneous coronary intervention. *Health, 5*(3), 532-537.