

การรับรู้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ในหน่วยวิกฤต

Perception of sleep quality among cardiac surgery patients in intensive care unit

นฤมล กิจจานนท์^{1*} อัจฉรา จงเจริญกำโชค²
Narumol Kijjanon^{1*} , Achara Jongjareonkumchok²

บทคัดย่อ

คุณภาพการนอนหลับ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นพยาบาลต้องให้ความสำคัญ ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤต และให้การพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนของผู้ป่วยวิกฤตในไอซียู วิธีการประเมินคุณภาพการนอนหลับได้แม่นยำ เทียบตรงมากที่สุด คือ เครื่องมือวัดการนอนหลับ polysomnography (PSG) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดการนอนหลับ แต่เครื่องมือนี้มีวิธีการและการแปลผลซับซ้อน ยุ่งยากและราคาแพง จึงไม่เหมาะกับการใช้ ในงานประจำในหอผู้ป่วยหรือไอซียู การประเมินการนอนหลับ โดยพยาบาลสังเกต หรือให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง สามารถใช้ในงานประจำได้สะดวกง่ายและไม่มีค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์ งานวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ ต้องการศึกษการใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนและแบบสังเกตการนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในไอซียู กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ เจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 36 คน เก็บข้อมูลโดย 1) พยาบาลสัมภาษณ์ตามแบบประเมินคุณภาพการนอนที่บ้าน วันผ่าตัด และวันที่ 1 หลังผ่าตัด 2) พยาบาลสังเกตการนอนวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผลการศึกษา คุณภาพการนอนของผู้ป่วยที่บ้านอยู่ในเกณฑ์ดีมาก คุณภาพการนอนมีแนวโน้มลดลงหลังผ่าตัด การสังเกตคุณภาพการนอนโดยพยาบาลทุกชั่วโมงได้ผลใกล้เคียงกับแบบประเมินคุณภาพการนอน ที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง

คำสำคัญ : การประเมินการนอนหลับ การสังเกตการนอนหลับ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ หน่วยวิกฤต

¹ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

² งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

¹ Ramathibodi Nursing School, Faculty of medicine, Ramathibodi Hospital , Mahidol University

² Department of Nursing, Faculty of medicine, Ramathibodi Hospital , Mahidol University

* corresponding author E-mail: narumol.kij@mahidol.ac.th

Abstract

Sleep quality is important factor to recover critical patient. So nurses should give important to assess sleep quality of critical patient and nursing care for improved sleep quality of critical patient in ICU. The most accurate sleep quality assessment tool is polysomnography (PSG), that is the standard sleep measurement, but complicated, difficulty and expensive. It is not suitable for routine work. The sleep measurement method by nurse observation or self-evaluation sleep quality of patient is cheap and easier to be used in routine work. This descriptive research aimed to study the use of sleep quality assessment and sleep observation pattern of postoperative cardiac patients in ICU. The purpose sampling was used to recruit a sample of 36 patients. Data collected by 1) nursing interview sleep quality at home, operative day, and first day post-operative based on self-evaluation sleep quality evaluation form. 2) sleep observation on first day post-operative by nurse. The finding indicated that sleep quality of the patients at home are very good. Sleep quality is likely to decrease after surgery. Every hour observation of sleep quality in ICU by nurses was similar to that of patient self-evaluation sleep quality.

Keywords: sleep quality assessment, sleep observation pattern, post heart surgery patients, ICU

หลักการและเหตุผล

การนอนหลับเป็นปัจจัยสำคัญ มีผลโดยตรงต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ การนอนหลับอย่างมีคุณภาพ ซึ่งหมายถึงมีปริมาณหรือเวลามากเพียงพอ ต่อเนื่อง ไม่ถูกรบกวนระหว่างการนอนหลับ จากผลสรุปการประชุมร่วมกัน ของหลายสถาบันทางสุขภาพและสถาบันการนอนหลับแห่งชาติ (National Sleep Foundation) สหรัฐอเมริกา ระยะเวลาอนที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพดี สำหรับผู้ใหญ่ อายุ 26 - 64 ปี ควรจะมีปริมาณเวลานอนคืนละ 7- 9 ชั่วโมง (Nathaniel F. Watson et al., 2015) หรือไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง หรือมากกว่า 10 ชั่วโมง (Czeisler & Baldino, 2015) ผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยวิกฤต (ไอซียู) มักจะประสบปัญหาการนอนไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความไม่สุขสบายจากโรคที่เป็นอยู่ กิจกรรมการรักษายาบาลที่ได้รับ สิ่งแวดล้อม เสียงและแสงสว่าง (Elliott, McKinley, & Cistulli, 2011; Hoffhuesa et al., 2008) การนอนที่ไม่เพียงพอ หรือการอดนอน (Sleep deprivation) เป็น

ปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล มีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เพิ่มอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะสับสน (delirium) ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงทำให้เกิดติดเชื้อได้ง่าย (Beltrami, 2015) เป็นต้น ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ ยิ่งรุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยโรคร้ายแรง หรือเจ็บป่วยหลายโรค ผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสุขภาพได้ช้า อาจเพิ่มระยะเวลาการรักษาตัวในไอซียู และโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลหน่วยวิกฤตต้องให้ความสำคัญ ในการประเมินการนอนหลับ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนไม่มีคุณภาพ โดยวางแผนการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการนอนของผู้ป่วยวิกฤตในไอซียู

การประเมินการนอนหลับ (Redeker & Kleinpell, 2008) แบ่งเป็น 2 วิธีการสำคัญ คือ วิธีการใช้และไม่ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ไฟฟ้า วิธีการที่ใช้เครื่องมือฯ สามารถประเมินหรือวัดการนอนได้จากพยาธิสรีรวิทยาได้แก่ เครื่องมือ polysomnography (PSG) และ Bispectrality index (BIS) วัดการนอน

โดยวิเคราะห์ electroencephalogram (EEG), Actigraphy วัดการนอนหลับโดยวิเคราะห์การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ เครื่องมือการประเมินการนอนหลับ PSG เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดการนอนหลับได้เที่ยงตรงมากที่สุด เป็นเครื่องมือที่ใช้ในห้องปฏิบัติการนอนหลับ (Sleep lab) แต่อุปกรณ์เครื่องมือไฟฟ้าที่กล่าวมานี้ มีวิธีการซับซ้อนยุ่งยาก ต้องใช้ผู้ที่ชำนาญในการวิเคราะห์แปลผล อาจสร้างความรำคาญให้ผู้ป่วย และราคาแพง จึงไม่เหมาะกับการใช้ปฏิบัติงานประจำ

วิธีการที่ไม่ใช้เครื่องมือ (Carney et al., 2012 ; Redeker & Kleinpell, 2008) ได้แก่ การประเมินการนอนหลับจากการรับรู้ของผู้นอน (perceptual characteristics of sleep) เช่น แบบสอบถามการนอนหลับของ ริชชาดแคมเบล (Richardson-Campbell sleep questionnaire, RCSQ) แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่ แบบบันทึกการนอน (sleep diary) โดยสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพการนอนตามการรับรู้ตนเอง ประกอบด้วย เวลานอน เวลาตื่น ระยะเวลาอนก่อนหลับ จำนวนครั้งที่ตื่นระหว่างการนอนและตื่นนานเท่าไร และประเมินคุณภาพการนอนของตนเอง จำนวนครั้งของการงีบหลับ หรือนอนกลางวัน (duration of naps or daytime sleep) ความพึงพอใจในการนอนหลับ หรือคุณภาพโดยรวมของการนอนหลับ (satisfaction with sleep or overall sleep quality) แบบสอบถามการนอนหลับของ ริชชาดแคมเบล (Richardson-Campbell sleep questionnaire, RCSQ) เป็นแบบสอบถามคุณภาพของการนอนหลับ 5 หัวข้อ Sleep depth, ระยะเวลาอนก่อนหลับ (sleep latency), number of awakenings, percentage of time asleep, and sleep quality โดยให้ผู้ป่วยวิฤตให้คะแนนคุณภาพการนอนหลับเปรียบเทียบกับวิธีใช้เครื่องมือ PSG มีความสัมพันธ์ระดับกลาง (Correlation = 0.58) (Bourne, Minelli, Mills, & Kandler, 2007)

การประเมินการนอนหลับจากการสังเกตพฤติกรรม (behavior) เช่น แบบสังเกตการนอน การประเมินการนอนหลับ โดยพยาบาลสังเกตพฤติกรรมแสดงของผู้ป่วยกำลังหลับ โดยจัดช่วงระยะเวลาความถี่ในการสังเกต ได้แก่ ทุก 15 นาที ทุกชั่วโมง ไปจนถึงทุก 2 ทุกชั่วโมง ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และสถานการณ์ เมื่อเปรียบเทียบกับประเมินระยะเวลาอนโดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือ PSG และ BIS พบว่าส่วนมากพยาบาลประเมินระยะเวลาการนอนหลับมากกว่าเครื่องมือ (Bourne et al., 2007) จากทั้งหมดที่กล่าวมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาคุณภาพการนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในไอซียู และเปรียบเทียบคุณภาพการนอนตามการรับรู้ของผู้ป่วยกับพยาบาลสังเกตพฤติกรรมการนอนของผู้ป่วย เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการนอนของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาคุณภาพการนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในไอซียูและเปรียบเทียบคุณภาพการนอนจากแบบประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยกับแบบสังเกตการนอนโดยพยาบาล

วิธีการศึกษา

โครงการการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในคน เอกสารรับรองเลขที่ ID 05-56-44 ย และได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจาก หน่วยวิจัยในงานประจำ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยข้อมูลที่ได้จะใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น คณะผู้วิจัยได้ปรึกษากับผู้บริหารทางการแพทย์และพยาบาลในการขอสัมภาษณ์ผู้ป่วย และได้อธิบาย แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับและแบบสังเกตการนอนหลับแก่พยาบาลไอซียูที่ช่วยเก็บข้อมูล และเป็นที่พักปรึกษาหากมีข้อสงสัย

กลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย

ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยดังนี้เป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่นัดมาผ่าตัดหัวใจ ได้แก่การทำทางหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี หรือตบแต่งลิ้นหัวใจ หรือปิดรูรั่วผนังกันหัวใจ เพียงชนิดเดียว แพทย์รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงหรือชาย 1-2 วัน ก่อนผ่าตัด ไม่เคยพักรักษาในไอซียู สามารถพูด สื่อสาร เข้าใจภาษาไทย หลังผ่าตัดหัวใจ รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก สามารถถอดท่อช่วยหายใจ ในเช้าหลังผ่าตัดวันที่1 และนอนพักในหอผู้ป่วยวิกฤต หลังผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน ไม่มีภาวะสับสน (ผ่านเกณฑ์ประเมินภาวะสับสน)

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

- ผู้วิจัยเป็นผู้ขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ป่วย และสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด 1-2วัน เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับที่บ้าน
- พยาบาลไอซียูที่ร่วมวิจัยช่วยเก็บข้อมูลประเมินภาวะสับสนของผู้ป่วยก่อนสัมภาษณ์ทุกครั้ง
- หลังผ่าตัดวันที่ 1 ตอนเช้า (10-12 น.) เมื่อผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ พยาบาลไอซียูที่ร่วมวิจัย สัมภาษณ์ครั้งที่2 โดยใช้แบบสอบถามเดียวกันกับสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ให้ผู้ป่วยประเมินคุณภาพการนอนหลับ คืนวันผ่าตัด
- พยาบาลไอซียูที่ร่วมวิจัย สังเกตและบันทึกการนอนหลับของผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงของวันที่1 หลังผ่าตัด
- ตอนเช้า (10-12น.) หลังผ่าตัดวันที่ 2 พยาบาลไอซียูที่ร่วมวิจัย สัมภาษณ์ ครั้งที่ 3 ให้ผู้ป่วยประเมินคุณภาพการนอนหลับวันที่1 หลังผ่าตัดโดยใช้แบบสอบถามเดียวกันกับสัมภาษณ์ครั้งที่ 1

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบประเมินภาวะสับสน ดัดแปลงจาก แบบประเมินภาวะสับสนสำหรับพยาบาล Nursing delirium screening scale (Grover & Natasha, 2012) ผู้ป่วยต้องตอบแบบสอบถามได้ถูกต้องทุกข้อ จึงถือว่าไม่มีภาวะสับสน ทดสอบความเที่ยงโดยให้พยาบาลไอซียูที่ร่วมวิจัยจำนวน 3 ท่าน ใช้แบบประเมินกับผู้ป่วย สามารถประเมินได้ตรงกันทั้งหมด

2. แบบประเมินการรับรู้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย ดัดแปลงจาก แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของ ริชชาด แคมเบล และ แบบบันทึกการนอน (sleep diary) (Carney et al., 2012 ; Redeker & Kleinpell, 2008) ประกอบด้วยแบบสอบถามระยะเวลาอนกลางคืน การจับหลับตอนกลางวัน ตามการรับรู้ของผู้ป่วย แบบประเมินคุณภาพการนอนที่บ้าน แบบประเมินคุณภาพการนอนที่ไอซียู ประกอบด้วย การหลับลึก ความเร็วในการหลับ การตื่นระหว่างการหลับ ความสามารถในการกลับไปหลับ และประสิทธิภาพการนอนหลับโดยรวม ด้วยการให้ผู้ป่วยประเมินการหลับของตนเอง เป็นคะแนน 0-10 คะแนน จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวม ต่ำสุด-สูงสุด เท่ากับ 0-50 คะแนน คะแนน 0-16.67 หมายถึง การนอนมีคุณภาพน้อย คะแนน 16.68-33.33 หมายถึง การนอนมีคุณภาพดีปานกลาง คะแนน 33.34-50 หมายถึง การนอนมีคุณภาพดีมาก ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ของคอนบาค ในการประเมินคุณภาพการนอนที่บ้าน คืนวันผ่าตัด และหลังผ่าตัดวันที่ 1 ได้เท่ากับ .78, .89, และ .93 และค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .87

3. แบบสังเกตการนอนหลับโดยพยาบาลผู้วิจัย ได้พัฒนาจากพฤติกรรมการณ์การนอนหลับ(Redeker & Kleinpell, 2008) โดยให้พยาบาลไอซียู ประเมินพฤติกรรมการณ์การนอนหลับของผู้ป่วย ทุกชั่วโมงก่อนประเมินสัญญาณชีพเพื่อประเมินเวลาหลับ ตื่น และคุณภาพการนอนของผู้ป่วย ทดสอบความเที่ยงโดยให้

พยาบาลไอซียูที่ร่วมวิจัยจำนวน 3 ท่าน ใช้แบบประเมินกับผู้ป่วย สามารถประเมินได้ตรงกันทั้งหมด

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 95 ราย ที่มีคุณสมบัติ ผ่านการสัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับที่บ้าน จำนวน 36 ราย ส่วนมากอายุ (60-80 ปี) ร้อยละ 63.89 เฉลี่ย 63.03 ปี (SD.=13.54) เพศชาย 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.6 มีดัชนีมวลกาย

17.25-31.19 เฉลี่ย 23.27 ปี ส่วนมากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี คิดเป็นร้อยละ 63.88 และร้อยละ 91.66 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 87.9 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 27.27 กลุ่มผู้ป่วยได้รับการสัมภาษณ์ ครบ 3 ครั้งมีเพียง 26 ราย เนื่องจากมีผู้ป่วยบางราย ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัดวันที่ 1 และบางรายต้องย้ายออกจากไอซียู ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 และ 3 ไม่เท่ากัน

ตารางที่ 1 ระยะเวลาการนอนและคุณภาพการนอนก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย

	เมื่ออยู่บ้าน (สัมภาษณ์ครั้งที่1 n=36)			คืนผ่าตัดวันที่ 1 (สัมภาษณ์ครั้งที่2 n=29)			หลังผ่าตัดวันที่ 1 (สัมภาษณ์ครั้งที่3 n=26)		
	min-max	Mean	SD	min-max	Mean	SD	min-max	Mean	SD
เวลาที่เริ่มนอน	19-23	21.08	1.20						
ระยะเวลาอนกลางคืน	6-10	7.89	1.06						
ระยะเวลาอนกลางวัน	0-2	.69	.68						
ตื่นกลางคืน	0-4	1.72	1.06						
ระยะเวลาอนรวม	6-10	8.56	1.18						
คุณภาพการนอน									
1-การหลับลึก	4-10	6.75	2.12	0-10	6.31	3.14	3-10	7.12	2.5
2-ความเร็วในการหลับ	2-10	6.19	2.50	0-10	6.28	3.19	2-10	6.85	2.4
3-การตื่นระหว่างหลับ	4-10	6.22	2.06	0-10	6.14	3.71	0-10	6.23	2.6
4-ความสามารถในการกลับไปหลับ	4-10	7.36	2.07	0-10	7.45	3.04	0-10	6.88	2.8
5-ประสิทธิภาพการนอน	5-10	8.31	1.70	0-10	7.21	2.85	2-10	7.04	2.64
-คะแนนคุณภาพการนอนโดยรวม	21-50	34.83	7.64	0-10	33.38	7.64	0-10	34.12	11.59
-เปรียบเทียบกับนอนที่บ้าน				0-10	8.07	3.10	0-10	6.15	3.2
									5

ตารางที่ 1 ระยะเวลาการนอนและคุณภาพการนอนก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระยะเวลาอนที่บ้านกลางคืน เฉลี่ย 7.89 ชม. และระยะเวลาอนรวมเฉลี่ย 8.56 ชั่วโมง อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Nathaniel F. Watson et al., 2015) จำนวน

การตื่นกลางคืนเฉลี่ย 1.72 ครั้ง ระยะเวลาอนที่บ้านกลางวันเฉลี่ย 0.69 ชั่วโมง คะแนนประสิทธิภาพการนอนและคุณภาพการนอนโดยรวมที่บ้าน คืนวันผ่าตัดหลังผ่าตัดวันที่ 1 เฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (34.83, 33.38 และ 34.12)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพการนอนก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Wilcoxon Signed Ranks Test)

คุณภาพการนอน	เมื่ออยู่บ้าน		วันผ่าตัด 1 (n=29)				หลังผ่าตัดวันที่ 1 (n=26)			
	Mean	SD	Mean	SD	Z	P	Mean	SD	Z	P
1-การหลับลึก	6.75	2.12	6.31	3.14	-0.57	.57	7.12	2.58	-0.13	.89
2-ความเร็วในการหลับ	6.19	2.50	6.28	3.19	-0.12	.90	6.85	2.46	-0.93	.35
3-การตื่นระหว่างหลับ	6.22	2.06	6.14	3.71	-0.06	.95	6.23	2.66	-0.24	.81
4-ความสามารถกลับไปหลับ	7.36	2.07	7.45	3.04	-0.09	.93	6.88	2.82	-0.93	.35
5-ประสิทธิภาพการนอนโดยรวม	8.31	1.70	7.21	2.85	-1.65	.10	7.04	2.64	-1.93	.05
-คะแนนคุณภาพการนอนโดยรวม	34.83	7.64	33.38	7.64	-0.13	.90	34.12	11.59	-0.27	.79
-เปรียบเทียบกับการนอนที่บ้าน			8.07	3.10			6.15	3.25	-2.04	.04*

*p < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพการนอนที่บ้านกับคุณภาพการนอนในไอซียูวันผ่าตัด และหลังผ่าตัดหัวใจวันที่ 1 ตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าไม่มี ความแตกต่างทางสถิติ ยกเว้นหัวข้อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนคืนวันผ่าตัดใกล้เคียงกับคุณภาพการนอนที่บ้าน มากกว่าหลังผ่าตัดวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.04) ทั้งนี้อาจเป็นผลจาก คืนวันผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายได้ยาแก้ปวดเป็น morphine หรือ

Fentanyl ผู้ป่วยจะหลับง่ายเมื่อได้ยากลุ่มนี้ หลังจากถอดท่อช่วยหายใจออกสำเร็จ ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารและจะเปลี่ยนยาแก้ปวดเป็นชนิดรับประทานลดยา morphine หรือ Fentanyl จากฉีดทุก 3-4 ชั่วโมง เปลี่ยนเป็น เมื่อผู้ป่วยต้องการ (PRN) เพื่อลดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ท้องอืด ง่วงซึม ดังนั้นผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าคุณภาพการนอนในคืนวันผ่าตัดดีกว่ามากกว่าหลังผ่าตัดวันที่ 1

ตารางที่ 3 คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย เมื่ออยู่ที่บ้านและไอซียูหลังผ่าตัด ตามการรับรู้ของผู้ป่วย (n=26)

รายการ(คะแนน)	คุณภาพการนอนหลับ		คุณภาพการนอนหลับที่ไอซียู			
	เมื่ออยู่บ้าน		วันผ่าตัด		หลังผ่าตัดวันที่ 1	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1-การหลับลึก						
--หลับไม่ลึกตลอดคืน (0-3)	0	0	4	15.385	4	15.38
--หลับตื้น ๆ (4-7)	14	53.85	10	38.461	6	23.08
--หลับลึก (8-10)	12	46.15	12	46.154	16	61.54

รายการ(คะแนน)	คุณภาพการนอนหลับ		คุณภาพการนอนหลับที่ไอซียู			
	เมื่ออยู่บ้าน		วันผ่าตัด		หลังผ่าตัดวันที่ 1	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2-ความเร็วในการหลับ						
--นานมากกว่าจะหลับ(0-3)	5	19.23	7	26.923	3	11.54
--นานกว่าจะหลับ(4-7)	9	34.62	7	26.923	7	26.92
--หลับลึก (8-10)	12	46.15	12	46.154	16	61.54
3-การตื่นระหว่างหลับ						
--ตื่นทั้งคืน (0-3)	0	0	7	26.923	4	15.39
--ตื่นเป็นพักๆ(4-7)	18	69.23	7	26.923	10	38.46
--ไม่ตื่นเลย (8-10)	8	30.77	12	46.154	12	46.15
4-ความสามารถในการกลับไปหลับ						
--นอนไม่หลับอีกเลย(0-3)	0	0	2	7.69	3	11.54
--นานกว่าจะหลับอีก (4-7)	12	46.15	8	30.77	6	23.08
--กลับไปหลับได้ทันที(8-10)	14	53.85	16	61.54	17	65.38
5-ประสิทธิภาพการนอน						
--เหมือนไม่หลับเลย(0-3)	0	0	5	19.23	4	15.38
--หลับๆตื่นๆตลอด(4-7)	6	23.08	7	26.92	5	19.23
--หลับดีมากตลอดคืน (8-10)	20	76.92	14	53.85	17	65.39
การได้รับยาแก้ปวด Morphine, Fentanyl			26	100	23	88.46
การได้ยานอนหลับ Lorazepam	2	7.69	0	0	24	92.31

ตารางที่ 3 คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย เมื่ออยู่ที่บ้านและไอซียูหลังผ่าตัด ตามการรับรู้ของผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์ตามรายหัวข้อย่อย ของคุณภาพการนอนหลับพบว่าผู้ป่วยให้คะแนนคุณภาพการนอนที่บ้านดีมาก ยกเว้นในเรื่องความเร็วในการนอนหลับ มีผู้ป่วย 5 รายคิดเป็นร้อยละ 19.23 บอกว่าใช้เวลา นานมากกว่าจะหลับ (คะแนน 0-3) สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 พบว่าผู้ป่วยเคยใช้ยานอนหลับ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.4 และใช้ประจำทุกวัน 2 ราย (ร้อยละ 5.5) จากการสัมภาษณ์การนอนในไอซียูคืนวัน ผ่าตัดและคืนหลังผ่าตัดวันที่ 1 พบว่าคุณภาพการนอน น้อยลง ได้แก่ ข้อมูลหลับไม่ลึกตลอดคืน ตื่นทั้งคืน ตื่น

แล้วไม่สามารถกลับไปหลับได้อีก และเหมือนไม่หลับเลย เพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ การนอนหลับที่บ้าน แสดงว่าผู้ป่วยหลายรายรู้สึกว่าการนอนที่ไอซียูมีคุณภาพน้อยกว่าที่บ้านแม้ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเป็นผลจาก หลังจากถอดท่อช่วยหายใจออกสำเร็จ ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารและเปลี่ยนยาแก้ปวดเป็น ชนิดรับประทาน และเริ่มยานอนหลับ เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาได้ยานอนหลับ lorazepam ภายในหลัง ผ่าตัดวันที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 92.31 จึงทำให้คะแนน คุณภาพไม่แตกต่างกันมากพอ ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพการนอนตามการรับรู้ของผู้ป่วยกับพยาบาลประเมิน (Wilcoxon Signed Ranks Test)_{n = 28}

	การรับรู้ของผู้ป่วยที่บ้าน และหลังผ่าตัดวันที่ 1			พยาบาลสังเกต หลังผ่าตัดวันที่ 1			Z	p
	min-max	mean	SD	min-max	mean	SD		
ระยะเวลาอนกลางคืนที่บ้าน	6-10	7.93	1.15	4-9	6.46	1.37	-3.62	.00**
ระยะเวลาอนกลางวันที่บ้าน	0-2	.64	.73	0-7	3.46	1.71	-4.22	.00**
ตื่นกลางคืนที่บ้าน (ครั้ง)	0-4	1.57	1.03	1-5	2.61	.92	-3.47	.00**
ระยะเวลาอนรวมทั้งบ้าน	6-10	8.57	1.26	5-14	9.93	2.55	-2.13	.03*
ประสิทธิภาพการนอน หลังผ่าตัดวันที่ 1	2-10	7.16	2.62	2-10	7.11	2.36	-.29	.77

*p < .05, ** p<.005

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพการนอนตามการรับรู้ของผู้ป่วยกับพยาบาลประเมิน พยาบาลประเมินระยะเวลาการนอนหลับกลางคืนหลังผ่าตัดวันที่ 1 เฉลี่ย 6.54 ชั่วโมงน้อยกว่าเวลาอนหลับกลางคืนที่บ้าน เฉลี่ย (7.93 ชั่วโมง) แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Czeisler & Baldino, 2015) จากพยาบาลประเมินการตื่นในเวลากลางคืนเฉลี่ย 2.61 ครั้งมากกว่าการตื่นในเวลากลางคืนที่บ้านเฉลี่ย (1.57 ครั้ง) และพยาบาลประเมินเวลาอนกลางวันหลังผ่าตัดวันที่ 1 เฉลี่ย 3.46 ชั่วโมง มากกว่าระยะเวลาอนกลางวันที่บ้านเฉลี่ย (0.64 ชั่วโมง) ดังนั้น เวลาอนรวมหลังผ่าตัดวันที่ 1 (พยาบาลประเมิน) เฉลี่ย 9.96 ชั่วโมงมากกว่าระยะเวลาอนรวมทั้งบ้านเฉลี่ย (8.57) อธิบาย

ได้จากผู้ป่วยอ่อนเพลียหลังผ่าตัด มีอาการง่วง หลับ และตื่นง่ายจากยาแก้ปวด และกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ได้ทั้งกลางวันและกลางคืนในไอซียู จึงทำให้ระยะเวลาการนอนกลางคืนในไอซียูลดน้อยลง และระยะเวลาอนกลางวันในไอซียูเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับนอนที่บ้าน ระยะเวลาอนรวมในไอซียู อาจจะเท่ากับหรือมากกว่าการนอนรวมทั้งบ้าน แต่คุณภาพการนอนลดลง เพราะหลับสลับตื่นบ่อย ๆ นอนเป็นระยะสั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยยังคงรู้สึกง่วง ซึมและอ่อนเพลียได้ สอดคล้องกับการศึกษาการนอนผู้ป่วยในไอซียูพบว่า การตื่นบ่อยกว่าปกติในการนอนหลับเวลากลางคืนทำให้ต้องนอนชดเชยในตอนกลางวัน (Delaney, Haren, & Lopez, 2015)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนตามการรับรู้ของผู้ป่วยกับพยาบาลประเมิน (Spearman correlation coefficients)

คุณภาพการนอนตามการรับรู้ของผู้ป่วย	คุณภาพการนอนคืนวันที่ 1 หลังผ่าตัดจากการประเมินของพยาบาล	
	R	p
การนอนที่บ้าน	-.16	.43
การนอนในไอซียูคืนวันผ่าตัด	.29	.14
การนอนในไอซียูคืนวันที่ 1 หลังผ่าตัด	.48	.01*

*p < .05

ตารางที่ 5 คุณภาพการนอนตามการประเมินของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยระดับ

ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าแบบประเมินคุณภาพการนอนของผู้ป่วยโดยพยาบาลมีประโยชน์ ใน

การประเมิน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาการ
นอนให้มีคุณภาพ เพื่อผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพรวดเร็วขึ้น

และมีความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 6 สาเหตุที่ผู้ป่วยตื่นระหว่างนอนหลับในไอซียู (ผู้ป่วยสามารถตอบได้มากกว่า 1 สาเหตุ)

	คืนวันผ่าตัด		หลังผ่าตัดวันที่1	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ปวดแผลหรือไม่สุขสบาย ได้แก่ เจ็บคอ หัว ปวดหลัง เมื่อย	16	55.17	9	34.61
2. กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ วัดความดัน ฉีดยา เจาะเลือด	7	24.14	7	26.92
3. แผลกดสถานที่	6	20.69	4	15.38
4. ไม่ตื่นเลย/ไม่มีปัญหาในการนอนที่ไอซียู	6	20.69	4	15.38
5. แสงสว่าง/เสียงดัง	4	13.79	6	23.08
6. วิตกกังวล ได้แก่ การรักษา อาการปัจจุบัน	2	6.89	2	7.69
7. นอนกลางวันมาก	1	3.45	4	15.38

ตารางที่6 สาเหตุที่ผู้ป่วยตื่นระหว่างนอนหลับในไอซียู ในคืนวันผ่าตัดและหลังผ่าตัดวันที่1 ที่พบมากที่สุดเหมือนกัน คือ ปวดแผลหรือไม่สุขสบาย ร้อยละ 55.17 และ 34.61 รองลงมาคือกิจกรรมการพยาบาล ร้อยละ 24.14 และ 26.92 พยาบาลควรให้ความสำคัญ การตื่นกลางคืนของผู้ป่วย วางแผนและการพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนของผู้ป่วย ได้แก่ บริหารจัดการรวมกิจกรรมพยาบาลให้ครบถ้วนเวลากลางคืนให้น้อยที่สุด ให้การพยาบาลเพื่อลดความเครียด วิตกกังวล พยายามลดแสงสว่างและเสียงรบกวน และให้ยานอนหลับ หรือยาแก้ปวดมีระยะเวลาลดปวดนาน ในเวลานอนกลางคืน จากการศึกษาพบว่า การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่รบกวนเวลานอนและใช้อุปกรณ์ช่วย ได้แก่ ดนตรีที่ผู้ป่วยชอบ ที่อุดหูหรือที่ปิดตาจะช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนในไอซียู (Eliassen & Hopstock, 2011; Richardson, Allsop, Coghill, & Turnock, 2007) เพื่อลดจำนวนการตื่นระหว่างเวลานอนหลับ และรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยยังนอนไม่หลับหลังพยาบาลให้การดูแลแล้ว

การสรุปผลการวิจัยและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยส่วนมากมีระยะเวลาอนและคุณภาพการนอนอยู่ในเกณฑ์ปกติ คุณภาพการนอนวันผ่าตัดและ หลังผ่าตัดมีแนวโน้มลดลง สาเหตุสำคัญของการตื่นเป็นเรื่องความปวด แม้ว่าจะได้ยาแก้ปวดและยานอนหลับ เพื่อพัฒนาการนอนหลับของผู้ป่วยควรจะมีการประเมินคุณภาพการนอนของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและ หลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องจนกลับบ้าน และวางแผนการพยาบาลลดสาเหตุของการตื่น การบริหารยาแก้ปวด ยานอนหลับให้มีประสิทธิภาพ หรือการใช้อุปกรณ์อื่นเพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนของผู้ป่วยรวมทั้งให้คำแนะนำเพื่อช่วยเหลือหากผู้ป่วยยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ

แบบประเมินคุณภาพการนอนของผู้ป่วยและแบบสังเกตการนอน โดยพยาบาล มีประโยชน์สามารถนำไปพัฒนาใช้ประเมินระยะเวลาและคุณภาพการนอนของผู้ป่วยได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีน้อย จึงไม่สามารถนำมาใช้อ้างอิงได้ แต่สามารถเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาเพิ่มเติมครั้งต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากระยะเวลาที่ขออนุญาตในการเก็บข้อมูลสั้นเกินไปและไม่สามารถขอขยายเวลาต่อได้ ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ มีน้อย และมีผู้ป่วยที่ออกจากการศึกษาเนื่องจากย้ายออกจากไอซียูเร็ว หรือพยาธิสภาพของโรคเปลี่ยนแปลงทำให้เก็บข้อมูลไม่ครบถ้วน ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษากลุ่มผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น และผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพแตกต่างกัน เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ และติดตามประเมินต่อเนื่องเมื่อย้ายออกจากไอซียู

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการวิจัยในงานประจำ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมปอดและหัวใจที่ร่วมในโครงการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

- Beltrami, F. G., Nguyen, X.-L., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., & Fagondes, S. (2015). , 41(6), 539–546. (2015). Sleep in the intensive care unit. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41(6), 539-546.
- Bourne, R. S., Minelli, C., Mills, G. H., & Kandler, R. (2 0 0 7). Clinical review: Sleep measurement in critical care patients: research and clinical implications. *Critical Care*, 11(4), 226.
- Carney, C. E., Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Krystal, A. D., Lichstein, K. L., & Morin, C. M. (2 0 1 2). The Consensus Sleep Diary: Standardizing Prospective Sleep Self-Monitoring. *Sleep*, 35(2), 287-302.

Czeisler, C. A., & Baldino. (2 0 1 5). National Sleep Foundation Recommends New Sleep Times, for immediate release. *Sleep Health: The Journal of the National Sleep Foundation*. สืบค้นเมื่อ 1 2 ก .ค . 2 0 1 7 , จ า ก <https://sleepfoundation.org/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times>

Delaney, L. J., Haren, F. V., & Lopez, V. (2015). Sleeping on a problem: the impact of sleep disturbance on intensive care patients - a clinical review. *Annals of Intensive Care* 5(3), 1-10

Eliassen, K. M., & Hopstock, L. A. (2011). Sleep promotion in the intensive care unit A survey of nurses interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(3), 138-142.

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.

Grover, S., & Natasha, K. (2 0 1 2). Assessment scales for delirium: A review. *World Journal of Psychiatry*, 2(4), 13.

Hofhuisa, J. G. M., Spronka, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, A. J. P., Rommes, J. H., & Bakker, J. (2 0 0 8). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 300.

Nathaniel F. Watson, Safwan Badr, Gregory Belenky, Donald L. Bliwise, Orfeu M. Buxton, Daniel Buysse, . . . Tasali, E.

(2015). Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep*, 38(6), 843-844.

Redeker, N. S., & Kleinpell, R. M. (2008). Challenges and opportunities associated with studying sleep in critically ill adults. *AACN Advanced Critical Care*, 19(2), 178-185.

Richardson, A., Allsop, M., Coghill, E., & Turnock, C. (2007). Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? *Nursing in Critical Care*, 12(6), 278-286.