

ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*

จิรภา กาญจนโกเมศ, พย.ม.**

วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, Ph.D.***

ศศิมา กุสุมา ณ อยุรยา, ประ.ด. (เภสัชศาสตร์ชีวภาพ)****

ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, ประ.ด. (การพยาบาล)*****

ฉัตรกนก ทุมวิภาด, พ.บ.*****

บทคัดย่อ:

ปัญหาการนอนหลับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค อาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจและติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 77 คน ที่ผ่านการคัดกรองแล้วไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินทางเดินหายใจขณะหลับ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิทสเบิร์ก แบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม และแบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ($\bar{X} = 6.28$, $SD = 4.51$) ส่วนใหญ่ไม่มีการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงของโรค อาการซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 65.2 และอาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .731$, $p < .001$)

จากการศึกษาชี้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและทีมสุขภาพควรมีการประเมินอาการซึมเศร้าและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อนำไปสู่การหาแนวทางในการจัดการปัญหาการนอนหลับและส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะหัวใจล้มเหลว, คุณภาพการนอนหลับ, ความรุนแรงของโรค, อาการซึมเศร้า, การสนับสนุนทางสังคม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลวิชาชีพ

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** แพทย์ สำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Predicting Quality of Sleep In Patients with Heart Failure*

*Jeerapa Karnchanakomate, MSN.***

*Wanpen Pinyopasakul, Ph.d. (Nursing)****

*Sasima Kusuma Na Ayuthya, Ph.d. (Biological pharmacology)*****

*Sarinrat Sriprasong, Ph.d. (Nursing)******

Abstract:

Sleep problems are common in patients with heart failure, and have a negative impact on their quality of life. This study aims to investigate the predictability of the severity of disease, depression symptoms, and social support in regards to the quality of sleep in patients with heart failure.

The study sample consisted of 77 patients with heart failure who followed up at the outpatient department at a tertiary hospital in Bangkok. Data were collected by using 4 questionnaires; personal data questionnaire, the Pittsburgh Quality of Sleep Index, the Revised-Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and the Thai Depression Inventory. Data analysis was conducted by using multiple regression analysis.

The findings revealed that the mean scores of overall quality of sleep of the sample were at a poor level ($\bar{X} = 6.28$, $SD = 4.51$). Most of them did not suffer from depressive symptoms, while their perceptions of social support were at a moderate level. Moreover, the severity of disease, depressive symptoms, and social support could co-predict variance in the quality of sleep of patients with heart failure by 65.2%. Depressive symptoms were the only variable that could predict quality of sleep of patients with heart failure with statistical significance ($\beta = 0.731$, $p < 0.001$).

From the findings, the researchers recommended that nurse and healthcare team should assess depressive symptoms and quality of sleep in patients with heart failure. This will lead to further plan for management of sleep problems to promote quality of sleep in this group of patients.

Keywords : Heart failure, Quality of sleep, Severity of disease, Depressive symptoms, Social support

* Master of Nursing Science (Adult Nursing) Graduate Studies, Mahidol University.

** Registered Nurse

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing Mahidol University (Corresponding author)

**** Associate Professor, Faculty of Nursing Mahidol University

***** Lecturer, Faculty of Nursing Mahidol University

***** Physician, Her Majesty Cardiac Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก ภาวะดังกล่าวยังคงเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากร โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง^{1,2} ส่งผลให้ประเทศต่างๆ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยแม้ไม่มีรายงานสถิติเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรง แต่มีรายงานอุบัติการณ์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2553-2554 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น³ ภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย⁴ ปัญหาการนอนหลับถือเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาการนอนหลับเกี่ยวข้องกับการลดลงของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว^{5,6}

ปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นความผิดปกติของการนอนหลับที่เกิดจากการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อความแปรปรวนในปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ⁷ ความแปรปรวนเชิงปริมาณของการนอนหลับที่พบได้บ่อยคือ หลับยาก ร้อยละ 56-60^{8,9} ตื่นบ่อยหรือหลับไม่สนิทร้อยละ 42-61^{5,10} และตื่นเร็วกว่าปกติร้อยละ 39-46^{5,8} ส่วนความแปรปรวนเชิงคุณภาพของการนอนหลับที่พบคือ รู้สึกหลับไม่เพียงพอร้อยละ 28⁹ รู้สึกง่วงมาก เหนื่อยล้า และต้องงีบหลับในตอนกลางวันร้อยละ 50⁵ จากรายงานพบผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 74-80 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี^{11,12} ปัญหาการนอนหลับส่งผลต่อร่างกายโดยการกระตุ้นให้มีการหลั่งของแคทีโกลามีน ทำให้หลอดเลือดเกิดการหดตัว หัวใจทำงานหนัก จนทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงมากขึ้น¹³ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึม ซาดสมาธิ อารมณ์แปรปรวน เกิดการแยกตัว¹⁴ เหนื่อยล้า ง่วงมากในตอนกลางวัน ทำให้การทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ลดลง^{5,6,10} ปัญหาการนอนหลับจึงเป็นอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความบกพร่องต่อการแสดงออกในด้านต่างๆ

จากแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz และคณะ¹⁵ ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของอาการไม่พึงประสงค์ (Symptoms) ปัจจัยที่มีอิทธิพล (Influencing factors) และการแสดงออก (Performance) กล่าวคือ ปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถือเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ปกติ ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสถานการณ์ โดยความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยด้านร่างกาย ซึ่งสะท้อนถึงอาการและความสามารถในการทำกิจกรรมที่แตกต่างกัน การศึกษาที่ผ่านมาของ Chen และคณะ¹¹ พบว่า ระดับความรุนแรงของโรค สามารถทำนายปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวร่วมกับระดับการศึกษา และการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 17 แต่การศึกษาของ Wang และคณะ¹² พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับแต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ในส่วนของอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า อาการซึมเศร้ามาร่วมกับ เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนโรคร่วม สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ร้อยละ 31¹² นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์นอนหลับ¹⁶ การศึกษาของ Ailshirel และ Burgard¹⁷ ในกลุ่มผู้ใหญ่พบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ที่ดีจากครอบครัว มีความเสี่ยงต่อการหลับยากหรือหลับไม่สนิทน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ที่ไม่ดีจากครอบครัว สำหรับการศึกษเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคมต่อปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบเฉพาะงานวิจัยเชิงคุณภาพ¹⁴

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมทั้ง

ในประเทศไทยและต่างประเทศ พบผลการศึกษาของ ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคกับคุณภาพการนอนหลับ ยังมีความไม่สอดคล้องกันในเรื่องของอำนาจการทำนาย และมีข้อจำกัดในลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าร้อยละ 86-92 มีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับ 1-2 (NYHA function class I-II)^{12,18} เท่านั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตาเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในสัดส่วนของระดับความรุนแรงของโรค ส่วนการศึกษาถึงปัจจัยด้านอาการซึมเศร้ากับคุณภาพการนอนหลับพบว่ามีน้อยซึ่งพบเพียงหนึ่งการศึกษาในประเทศไทย คือการศึกษาของ Chimluang¹⁸ ที่พบว่า อาการซึมเศร้าสามารถทำนายอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพการนอนหลับที่ผ่านมา พบการศึกษาในกลุ่มบุคคลทั่วไป และพบเฉพาะงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้การศึกษาคูณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผ่านมา พบกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea) รวมอยู่ด้วย ซึ่งภาวะดังกล่าวมีผลต่อการลดลงของคุณภาพการนอนหลับ^{19,20} การศึกษานี้จึงได้มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Obstructive sleep apnea) ออกจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมิน Modified Berlin Questionnaire ผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษาจะนำไปสู่การหาแนวทางในการจัดการปัญหาการนอนหลับและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz และคณะ¹⁵ มาอธิบายถึงปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเลือกศึกษา 2 องค์ประกอบหลัก คือ อาการไม่พึงประสงค์ (Symptoms) และปัจจัยที่มีอิทธิพล (Influencing factors) ปัญหา

การนอนหลับเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ปกติ ทั้งในมิติด้านความรุนแรง ความถี่/ระยะเวลา ความทุกข์ทรมาน และคุณลักษณะ ซึ่งสามารถสะท้อนถึงคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งได้แก่ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของการนอนไม่หลับ¹⁸ และการลดลงของคุณภาพการนอนหลับ¹² 2) ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า อาการซึมเศร้ามีผลทำให้ผู้ป่วยหลับยาก นอนหลับไม่สนิท และตื่นเร็วกว่าปกติ¹⁸ 3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ การสนับสนุนทางสังคมพบว่า สัมพันธภาพที่ไม่ดีเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ซึ่งสามารถนำไปสู่ปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้¹⁶

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ ความรุนแรงของโรค อาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมุติฐานการวิจัย

ความรุนแรงของโรค อาการซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจและติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการ

ตรวจและติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจโรคหัวใจ และหน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ สำหรับงานวิจัยที่ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณ²¹ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ = .80 จากการทบทวนงานวิจัยของ Chimluang¹⁸ ได้คำนวณอิทธิพลของความสัมพันธ์ ขนาดปานกลาง ($R^2/1-R^2 = .16$) ดังนั้นในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงใช้ Medium effect size; $R^2 = .13$ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีจำนวน 77 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบโควตา ซึ่งกำหนดสัดส่วนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 1, 2 และ 3 ร้อยละ 25, 50 และ 25 ตามลำดับ ตามลักษณะของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก^{22,23} โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ต่ำกว่า 1 ปี 2) มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1-3 ตามเกณฑ์การจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA]) 3) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ 4) ไม่เป็นโรคเมเร็งและภาวะไตวายระยะสุดท้าย 5) ไม่มีอาการภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบต้องได้รับการรักษาหรือนอนโรงพยาบาลในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 6) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช 7) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหยุดหายใจขณะหลับหรือมีความเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ Si192/2013 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการ

เข้าร่วมการวิจัยได้ และในระหว่างการวิจัยผู้ป่วยสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ได้มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โดยใช้แบบสอบถาม Modified Berlin Questionnaire ฉบับของกนกอร ศานติชาติศักดิ์²⁴ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ลักษณะการนอนกรน 2) ความรู้สึกเหนื่อยและอ่อนเพลียหลังจากตื่นนอน 3) ประวัติโรคความดันโลหิตสูงและค่าดัชนีมวลกายจำนวน 11 ข้อ หากผลการคัดกรองมีคะแนนความเสี่ยงรวมตั้งแต่ 2 ส่วนขึ้นไป แสดงว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับซึ่งจะถูกคัดออกจากการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ที่มีจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิทสเบิร์ก แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม และแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีรายละเอียดดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความพึงพอใจของรายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และดื่มชา/กาแฟ และข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โรคประจำตัวอื่นๆ ยานอนหลับและยาคลายกังวลที่ใช้ในปัจจุบัน

2) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิทสเบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI]) ฉบับของตะวันตก จีระประมุขพิทักษ์ และวรัญ

ดัชนีสวัสดี²⁵ เป็นแบบประเมินคุณภาพและความแปรปรวนของการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ประสิทธิภาพการนอนหลับ โดยปกติวิสัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย การใช้ยานอนหลับ ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน และการรบกวนการนอนหลับ จำนวน 19 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่อยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี ส่วนคะแนนรวมที่อยู่ระหว่าง 6-21 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และนำไปทดสอบกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ 0.722

3) แบบสอบถามความรู้สึกละหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (Revised-Multidimensional Scale of Perceived Social Support [Revised MSPSS]) ฉบับของณัทชัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์²⁶ ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ รวมจำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.0-7.0 คะแนน ถ้าคะแนนเฉลี่ย 1.0-2.5 หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.6-5.5 หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 5.6-7.0 หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และนำไปทดสอบกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ 0.936

4) แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Thai depression inventory [TDI]) ฉบับของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคินิชย์²⁷ เป็นประเมินอาการทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัว และความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ ใน

ช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ ข้อละ 4 ตัวเลือก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน ถ้าคะแนน 0-21 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 21-25 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 26-34 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 35-40 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง และคะแนน 40-60 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และนำไปทดสอบกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 30 คน ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ 0.709

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่หน่วยตรวจโรคหัวใจและหน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ และการใช้ข้อมูลบางส่วนจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เริ่มจากการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ หากผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามต่ออีกจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 40-45 นาที การเก็บข้อมูลจะดำเนินการในช่วงก่อน/หลังพบแพทย์หรือระหว่างรอรับยา

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และอาการซึมเศร้า โดยใช้สถิติเชิงบรรยายเพื่อหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ การแจกแจงความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของ ความรุนแรงของโรค อาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Enter multiple regression ซึ่งตัวแปรได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ^{28,29} คือ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีค่าในมาตราวัดช่วง (Interval scale) ขึ้นไป ตัวแปรอิสระมีค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .102-.545 ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันเองมากเกินไป ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน (Residual) มีค่าเท่ากับ 0 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ค่าความคลาดเคลื่อนโดยใช้สถิติ Durbin Watson มีค่าเท่ากับ 2.058 ซึ่งมีความเป็นอิสระต่อกัน และค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่

ผลการวิจัย

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.8) อายุอยู่ในช่วง 28-89 ปี ($\bar{X}$ = 64.12, SD = 12.90) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 51.9) การศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 53.2) นับถือศาสนาพุทธ

(ร้อยละ 96.1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.2) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 44.2) และอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 35.1) กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 46.8) สิทธิข้าราชการ ประกันสังคมและจ่ายเงินเอง (ร้อยละ 53.2) ไม่เคยมีประวัติสูบบุหรี่ (ร้อยละ 66.2) ไม่เคยดื่มสุรา (ร้อยละ 71.4) และไม่ดื่มชา/กาแฟ (ร้อยละ 50.6) ส่วนลักษณะข้อมูลการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-2 ปี (ร้อยละ 41.6) (x = 3.47, SD = 2.59) สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 50.6) รองลงมาเป็นโรคลิ้นหัวใจ (ร้อยละ 29.9) และกล้ามเนื้อหัวใจพิการ (ร้อยละ 10.4) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 49.4) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 57.1) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 36.4) และเบาหวาน (ร้อยละ 31.2) ไม่เคยใช้ยานอนหลับหรือยาคลายกังวล (ร้อยละ 84.4)

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 6.28 คะแนน (SD = 4.51) ซึ่งหมายถึง การมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (6 - 21 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 50.6) รองลงมาคือ ระดับ 1 และระดับ 3 ในจำนวนที่เท่ากัน (ร้อยละ 24.7) ส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า (ร้อยละ 88.3) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.2) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพการนอนหลับ ระดับความรุนแรงของโรค อาการซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม (n = 77)

ตัวแปรที่ศึกษา (คะแนนที่เป็นไปได้)	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปลผล
คุณภาพการนอนหลับโดยรวม (0-21)			6.28	4.51	ไม่ดี
คุณภาพการนอนหลับดี (0-5)	48	62.3			
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (6-21)	29	37.7			
ระดับความรุนแรงของโรค (NYHA FC)					
ระดับ 1 (NYHA FC I)	19	24.7			
ระดับ 2 (NYHA FC II)	39	50.6			
ระดับ 3 (NYHA FC III)	19	24.7			
อาการซึมเศร้าโดยรวม (0-60)			12.07	7.30	ไม่มี ภาวะซึมเศร้า
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 20)	68	88.3			
ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (21-25)	5	6.5			
ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (26-34)	4	5.2			
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม (1.0-7.0)			5.19	0.78	ปานกลาง
ระดับปานกลาง (2.6-5.5)	51	66.2			
ระดับสูง (5.6-7.0)	26	33.8			

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

จากการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรค และอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($r_s = .590$, $r = .793$ ตามลำดับ, $p < .01$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.073$, $p > .05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (r_s) ระหว่างความรุนแรงของโรค อาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 77)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความรุนแรงของโรค	1.000			
2. อาการซึมเศร้า	.545**	1.000		
3. การสนับสนุนทางสังคม	.102	-.205	1.000	
4. คุณภาพการนอนหลับ	.590** (r_s)	.793** (r)	-.073	1.000

** p < 0.01

ความรุนแรงของโรค อาการซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 65.2 ($R^2 = .652$, $F = 33.658$, $p < .001$) โดยอาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (β coefficient) เท่ากับ .731 ส่วนความรุนแรงของโรคและการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุของความรุนแรงของโรค อาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) ($n = 77$)

ตัวแปร	b	SE _b	β	t	p-value
ค่าคงที่	0.640	2.795		0.230	.982
ความรุนแรงของโรค*					
-NYHA FC I เทียบกับ NYHA III	-1.602	1.110	-.154	-1.440	.154
-NYHA FC II เทียบกับ NYHA III	-1.419	.863	-.158	1.644	.104
อาการซึมเศร้า	.450	.050	.731	8.204	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.371	.422	.065	.879	.382

SE_{est} = ± 2.736 ; $R = .807$; $R^2 = .652$, R^2 adj = .632, $F = 33.658$; $p = .000$

* ตัวแปรความรุนแรงของโรคปรับเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ได้ 2 กลุ่ม คือ NYHA I และ NYHA II โดยกำหนด NYHA III เป็นกลุ่มอ้างอิง (Reference group) สำหรับใช้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

การอภิปรายผล

คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 77 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 6.28 คะแนน (SD = 4.51) ซึ่งหมายถึง การมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (0 - 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี และ 6 - 21 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี) แต่การวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะร้อยละ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.3 กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับดี ซึ่งความแตกต่างของการแปลผลดังกล่าวอาจเกิดเนื่องมาจากข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวา และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพการนอน

หลับอยู่ในระดับดี (Mode = 4) ซึ่งจากผลการศึกษาคุณภาพการนอนหลับในแต่ละด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 83 มีประสิทธิภาพการนอนหลับดี ร้อยละ 78 หลับง่าย ร้อยละ 39 นอนหลับได้มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืน ร้อยละ 87 ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 51.9 ไม่มีอาการง่วงหรือเพลอหลังขณะทำกิจกรรม และร้อยละ 44.2 มีความกระตือรือร้นต่อการทำงานต่างๆให้สำเร็จ ในขณะที่การศึกษาของ Wang, Lee, Tsay และ Tung¹² พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ร้อยละ 81 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 10.78 (SD = 4.87) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอายุ สัตว์ส่วนของเพศชาย และค่าดัชนีมวลกายที่น้อยกว่าของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีผลต่อการเพิ่ม

ขึ้นของคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว^{19,20,30-32}

ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรุนแรงของโรคอาการซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 65.2 ($R^2 = .652$, $F = 33.658$, $p < .001$) โดยอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .731$, $p < .001$) ทั้งนี้อาการซึมเศร้ามีผลทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการหลับยาก นอนหลับไม่สนิท และตื่นเช้ากว่าปกติ¹⁸ อาการซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับการลดลงของเวลาในช่วง REM หรือระยะหลับลึก และการเพิ่มขึ้นของเวลาในช่วง NREM ระยะ 1 และ 2 หรือระยะหลับตื้น นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของการฝันในช่วงกลางคืน ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยได้³³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ¹² ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังพบว่า อาการซึมเศร้าร่วมกับเพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนโรคร่วม สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ร้อยละ 31 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chimluang¹⁸ ที่พบว่า อาการซึมเศร้าสามารถทำนายอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

ความรุนแรงของโรคซึ่งส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 50.6) รองลงมาคือ ระดับ 1 และระดับ 3 ในจำนวนที่เท่ากัน (ร้อยละ 24.7) ปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -1.54$, $\beta = -1.58$, $p > .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งอายุและจำนวนโรคประจำตัวที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการลดลงของคุณภาพการนอนหลับ^{12,31} การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang

และคณะ¹² ที่ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการคงที่ ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1-3 พบว่าระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับแต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chimluang¹⁸ ที่พบว่า ความรุนแรงของโรคไม่สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .065$, $p > .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับครอบครัว มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย และมีสิทธิการรักษา ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองได้ ความเครียดหรือวิตกกังวลในเรื่องต่างๆลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Riegel และคณะ³⁴ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ

ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจและติดตามการรักษาทุกราย เพื่อทราบถึงลักษณะปัญหาการนอนหลับ และสามารถวางแผนหาแนวทางจัดการปัญหาการนอนหลับและส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับให้แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2. จากผลการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้ามีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญและมีการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจและติดตามการรักษา เพื่อนำไปสู่การวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพในการหาแนวทางจัดการอาการซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับให้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ

ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ความแตกต่างระหว่างอายุ เพศ อาการร่วมต่างๆ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray J, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2008; 29: 2388–42.
- Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics-2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2013; 127(1): e6-e245.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ [Internet]. 2554. สืบค้นวันที่ 5 พฤศจิกายน 2555 จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod>.
- Blinderman, CD, Homel, P, Billings JA, Portenoy RK, Tennstedt SL. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *J Pain Symptom Manage* 2008; 38(1): 115-23.
- Brostrom A, Stromberg A, Dahlstrom U, Fridlund B. Sleep difficulties, daytime sleepiness, and health-related quality of life in patients with chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2004; 19(4): 234–42.
- Chen HM, Clark AP, Tsai, LM, Lin CC. Self-reported health-related quality of life and sleep disturbances in Taiwanese people with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2010; 25,(6): 503-13.
- Smith M, Robinson, L, Segal R. Sleep disorders and sleeping problems [Internet]. Cited 2013 Jan 15. Available from: http://www.helpguide.org/life/sleep_disorders.htm.
- Erickson VS, Westlake CA, Dracup KA, Woo MA, Hage A. Sleep disturbance symptoms in patients with heart failure. *AACN Clinical Issues* 2003; 14(4): 477–87
- Redeker NS, Stein S. Characteristics of sleep in patients with stable heart failure versus a comparison group. *Heart & Lung* 2006; 35(4): 252–61.
- Redeker NS, Jeon S, Muench U, Campbell D, Walsleben J, Rapoport DM. Insomnia symptoms and daytime function in stable heart failure. *Sleep* 2010; 33(9): 1210-16.
- Chen HM, Clark AP, Tsai IM, Chao, YF. Self-reported sleep disturbance of patients with heart failure in Taiwan. *Nurs Res* 2009; 58,(1): 63–71.
- Wang TJ, Lee SH, Tsay, SL, Tung, HH. Factors influencing heart failure patients' sleep quality. *J Adv Nurs* 2010; 66(8): 1730–40.
- Kasai T, Bradley TD. Obstructive sleep apnea and heart failure: pathophysiological and therapeutic implications. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57: 119-27.
- Brostrom A, Stromberg A, Dahlstrom U, Fridlund B. Patients with congestive heart

- failure and their conceptions of their sleep situation. *J Adv Nurs* 2001; 34(4): 520-29.
15. Lenz ER, Pugh L, Milligan R, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of Unpleasant Symptoms: an update. *Adv Nurs Sci* 1997; 19(3): 14-27.
 16. Troxel WM, Robles TF, Hall M, Buysse DJ. Marital quality and the marital bed: examining the covariation between relationship quality and sleep. *Sleep Med Rev* 2007; 11(15): 389–404.
 17. Ailshire JA, Burgard SA. Family relationships and troubled sleep among U.S. adults: examining the influences of contact frequency and relationship quality. *J Health Soc Behav* 2012; 53(2): 248-62.
 18. Chimluang J. Descriptors of insomnia among persons with heart failure. [PhD thesis]. Bangkok, University of Chulalongkorn; 2009.
 19. Vazir A, Hastings P, Dayer, M, McIntyre HF, Henein MY, Poole-Wilson PA, et al. A high prevalence of sleep disordered breathing in men with mild symptomatic chronic heart failure due to left ventricular systolic dysfunction. *Eur J Heart Fail* 2007; 9(3): 243–50.
 20. Redeker NS, Muensch U, Zucker MJ, Walsleben J, Gilbert M, Freudenberg R, et al. Sleep disordered breathing, symptoms, and functional performance in stable heart failure. *Sleep* 2010; 33(4): 551-60.
 21. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: principle and methods*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
 22. วนิดา หาจักร. อิทธิพลความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
 23. เสาวลักษณ์ ท่ามาก. อรสา พันธุ์ภักดี, กุสุมา คุววัฒนสมบัติ, พิศสมัย อรทัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* 2552; 20(2): 31-44.
 24. กนกอร ศานติชาติศักดิ์. ความชุกของอาการและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. การศึกษาและการฝึกอบรมตามหลักสูตร เพื่ออุมิบัติรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
 25. ตะวันชัย จิระมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2540; 42(3): 123-32.
 26. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A revised version of the Thai Multidimensional Scale of Perceived Social support (MSPSS). *Span J Psychol* 2012; 15(3): 1503-09.
 27. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. Thai Depression Inventory: แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบ

- แบบสอบถามเอง. จดหมายเหตุทางแพทย์แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ 2542; 82(12): 1200-07.
28. บุญใจ ศีสถิตย์นรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอเนตไออนอินเตอร์ มีเดีย; 2550.
 29. กัลยา วาณิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
 30. Yumino D, Wang H, Floras JS, Newton GE, Mak S, Ruttanaumpawan P, et al. Prevalence and physiological predictors of sleep apnea in patients with heart failure and systolic dysfunction. J Card Fail 2009; 15(4): 279–85.
 31. Gau FY, Chen HP, Wu HY, Lin ML, Chao YF C. Sleep-related predictors of quality of life in the elderly versus younger heart failure patients: a questionnaire survey. Int J Nurs Stu 2011; 48(4): 419-28.
 32. Redeker NS, Booker K. Sleep disorders in patients with heart failure: An update. online continuing education offering, American Association of Heart Failure Nurses [Internet]. Cite 2012 Nov 13. Available from: https://www.aahfn.org/application/views/ce/ce_42/Sleep_Disordered_Breathing.pdf.
 33. Glovinsky P, Spielman A. The insomnia answer. New York: Penguin Group; 2006.
 34. Riegel B, Glaser D, Richards K, Sayers SL, Marzolf A, Weintraub WS, et al. Modifiable factors associated with sleep dysfunction in adults with heart failure. Eur J Cardiovas Nurs 2012; 11(4): 402-09.

๓๐๓ ๓๓ ๓๐๓ ๓๓ ๓๐๓