บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนทุกคน คนเรานอนหลับประมาณ 3000 ชั่วโมงใน 1 ปี และประมาณ 14 ปีในช่วงชีวิต การนอนหลับจึงเป็นเรื่องน่าติดตามศึกษาเพราะเราใช้เวลาหนึ่งในสามของชีวิตไปในการนอน (วรัญ ตันชัยสวัสดิ์, 2536: 15)

การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่สมบูรณ์ที่สุด ซึ่งได้รับการระบุว่าเป็นความจำเป็นและเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อความอยู่รอดของชีวิตของมนุษย์ทุกเพศทุกวัยทั้งในเวลาปกติและเวลาเจ็บป่วย (McFarland & McFarland, 1988: 501) เนื่องจากในระหว่างการนอนหลับเซลล์จะมีการแบ่งตัวเจริญเติบโต ร่างกายมีการสังเคราะห์โปรตีน ฟื้นฟูซ่อมแซมส่งเสริมสภาพที่เสื่อมถอยและการสะสมพลังงานไว้ใช้เพื่อการปฏิบัติงานในเวลาตื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ระบบประสาทส่วนกลางยังมีการปรับสมดุลในการทำงาน ซึ่งมีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ ความจำ ความคิด การตัดสินใจที่ดี รวมถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสภาวะความกดดันทางอารมณ์ด้วย (Hodgson ,1991: 1506; Trevegan,1989: 34; ราตรี สุดทรวง, 2535: 356)

บุคคลที่สามารถดำรงแบบแผนการนอนหลับตามปกติ และคงปริมาณการนอนหลับที่มีผลลัพธ์ให้ทำงานในขณะตื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพถือว่าเป็นการนอนหลับที่มีคุณภาพ และเพียงพอถึงความต้องการของร่างกาย (Milne, 1982: 21) บุคคลวัยผู้ใหญ่โดยทั่วไปต้องการระยะเวลานอนหลับวันละประมาณ 7-8 ชั่วโมง หรือประมาณ 4-5 วงจรการนอนหลับ (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2536: 1) ซึ่งแต่ละวงจรใช้เวลาประมาณ 90-110 นาที บุคคลที่ได้นอนหลับอย่างเพียงพอจะตื่นขึ้นด้วยความรู้สึกสดชื่น รู้สึกว่าได้พักผ่อนเต็มที่ มีความพึงพอใจกับการนอนหลับที่ผ่านมา และกระปรี้กระเปร่า พร้อมที่จะทำงาน (Doraciak, 1990: 39) ส่วนบุคคลที่เกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ (Sleep disturbance) จะเป็นสาเหตุให้ได้รับการนอนหลับไม่เพียงพอทั้งในปริมาณและคุณภาพจะส่งผลกระทบให้ระบบวงจรชีวภาพแปรปรวนไป กระบวนการทำงานในระบบต่างๆ ไม่สัมพันธ์และขาดความสมดุล เช่น การควบคุมอุณหภูมิ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ การปรับสมดุลย์อีเลคโตรไลท์ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะเพิ่มภาวะเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Hodgson, 1991: 1508) และการฟื้นสภาพจากความเจ็บป่วยไม่ดีเท่าที่ควร โดยแสดงอาการที่

ผิดไปจากปกติ เช่น โกรธง่าย ไม่แน่ใจ ลุกลี้ลุกลน การตัดสินใจไม่ดี ความไวต่อความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายเพิ่มขึ้น เป็นต้น อาจมีอาการรุนแรงจนถึงขั้นมีอาการทางจิตประสาทร่วมด้วย เช่น ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ สับสน เป็นต้น (เกศินี เห็นพิทักษ์, 2528: 208; Hayter, 1980: 458) อาการแสดงของปัญหาในการนอนหลับ เช่น นอนหลับยาก หลับๆ ตื่นๆ หรือนอนหลับไม่สนิท ตื่นนอนเร็วกว่าปกติและนอนหลับยากในเวลากลางวัน (Hodgson, 1991: 1508)

บุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในภาวะเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น ผู้ป่วยโรคจิตและผู้ป่วยโรคประสาทที่มีปัญหาด้านจิตใจ (สันต์ หัตถีรัตน์, 2537: 21-23) ผู้ป่วยโรคอ้วน ผู้ที่มีความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ (Thyroid dysfunction) ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ (Arthritis) หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยในหอบำบัดพิเศษ (Intensive care unitm, I.C.U) และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (Patrick et al., 1986: 108-109; Blare & Myers, 1994: 383) เป็นต้น

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการผ่าตัด เป็นภาวะเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (สุปราณี วศินอมร, 2537: 700-701; Carter, 1985: 24) ซึ่งมีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกับการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วยในระยะนั้น โดยภาวะเครียดอาจรบกวนการนอนหลับ และการที่นอนหลับได้ไม่ดีจะเป็นผลให้เกิดความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้เช่นเดียวกัน เป็นวงจรหมุนเวียนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะความไม่สุขสบายต่างๆ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด การระบายอากาศลดลงจากการมีเสมหะคั่งค้าง อาการไอเนื่องจากมีเสมหะ เคลื่อนไหวตนเองได้น้อยลงเนื่องจากอ่อนเพลียและปวดแผล ท้องอืด แน่นท้อง สะอึก และท้องผูก เป็นต้น (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540: 19; Luckman et al.,1987) ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนการมีสภาพแวดล้อมบนหอผู้ป่วยไม่สงบ เช่น มีเสียงดังรบกวนจากผู้ปฏิบัติงาน การพูดคุยของบุคลากร การส่งเสียงร้องของผู้ป่วยอื่น แสงไฟสว่างและถูกรบกวนจากกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ (Closs, 1988: 48-50; Webster and Thompson,1986: 447-457) ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องประสบกับปัจจัยต่างๆเหล่านี้และเป็นสาเหตุให้แบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยแปรปรวนทำให้ไม่สามารถดำรงการนอนหลับในปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายได้

จากการศึกษาแบบแผนการนอนหลับในผู้ป่วยหลังผ่าตัด แมคแฟดเดน และกิบลิน (McFadden & Giblin, 1971: 249-254) ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดหัวใจจำนวน 4 คน โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับในระยะก่อนและหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยเกิดการนอนหลับไม่เพียงพอในระหว่างวันที่ 1-6 หลังผ่าตัด และแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปจากในระยะก่อนผ่าตัด โดยผู้ป่วยทั้งหมดรับรู้ว่าการพักผ่อนหรือการนอนหลับในแต่ละวันถูกรบกวนถึง 16 ชั่วโมงต่อวัน โดยเฉพาะในช่วงวันแรกหลังผ่าตัด มีช่วงเวลาที่ไม่ถูกรบกวนประมาณ 60 นาที ต่อวงจรการนอนหลับและมีแนวโน้มว่ามีช่วงเวลาของการนอนหลับที่ไม่ถูกรบกวนมากขึ้นในวันที่ 4-6 หลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ วูดส์ (Woods, 1972: 347-352) ทำการสัมภาษณ์และสังเกตเกี่ยวกับลักษณะการนอนหลับในหอผู้ป่วยลักษณะเดียวกันจำนวน 4 คน พบว่าในวันที่ 1-5 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องการนอนหลับ โดยผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน และตื่นขึ้นอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงเวลากลางคืน ซึ่งแตกต่างจากในระยะก่อนผ่าตัด

นอกจากนี้การศึกษาของ คาวี และอัลท์ชูเลอร์ (Kavey & Altshuler, 1979: 682-687) ในผู้ป่วยจำนวน 100 คน ที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน ซึ่งถูกบันทึกการนอนหลับด้วยเครื่องมือบันทึกแบบแผนการนอนหลับ (Polygraphic recording) วันละ 8 ชั่วโมงตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 4 หรือวันที่ 5 ของการอยู่โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยสูญเสียการนอนหลับระยะ REM และ NREM ระยะวันที่ 3 และ 4 ระยะเวลาที่ตื่นเพิ่มมากขึ้นและมีอาการง่วงซึมในช่วง 2 วันแรกหลังการผ่าตัด และจากการศึกษาของอาภา ใจงาม (2540: 54-55) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดถูกรบกวนการนอนหลับในวันที่ 1-2 หลังผ่าตัด โดยเฉลี่ยรายละ 101 และ 78 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนปริมาณการนอนหลับเฉลี่ยมีเพียง 45.05 และ 67.48 นาที ตามลำดับ ส่วนการศึกษาของ ดารัสนี โพธารส (2538) พบว่าคุณภาพการนอนหลับในระยะหลังผ่าตัดต่ำกว่าระยะก่อนผ่าตัด แต่คุณภาพการนอนหลับในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 3 ไม่มีความแตกต่างกัน

จากรายงานการวิจัยเหล่านี้ พบว่าคุณภาพการนอนหลับของแต่ละระยะของการผ่าตัด โดยเฉพาะคุณภาพการนอนหลับหลังผ่าตัดวันที่ 1-3 จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ต่ำกว่าคุณภาพการนอนหลับก่อนผ่าตัด จึงสรุปได้ว่าการนอนหลับของผู้ป่วยแต่ละระยะของการผ่าตัดมีคุณภาพและปริมาณของการนอนหลับที่มีความแตกต่างกัน

จากการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีแบบแผนการนอนหลับแปรปรวนไปและไม่สามารถนอนหลับได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดผลเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม

ผลทางตรงคือทำให้การทำงานของร่างกายและจิตใจเสียสมดุล บั่นทอนความสามารถในการบำรุงและซ่อมแซมตนเอง เป็นผลให้ขาดความต่อเนื่องและสมบูรณ์ในกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่สึกหรอและกระบวนการหายของแผล ลดขีดความสามารถในการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด (Adam & Oswald, 1984: 1400; Closs, 1988:48) และยังมีผลให้ร่างกายและจิตใจขาดความพร้อมที่จะเผชิญภาวะเครียด ส่วนผลทางอ้อมคือทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจล่าช้า ไม่มีประสิทธิภาพ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดได้ง่ายขึ้น ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Doraciak, 1990: 38; Hodgson, 1991: 1506)

จากการทบทวนรายงานวิจัยที่กล่าวข้างต้นจะพบว่าการศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจเช่น ผู้ป่วยผ่าตัด CABG ในขณะที่การศึกษาในตึกศัลยกรรมทั่วไปยังมีการศึกษากันน้อย ประกอบกับยังไม่มีผู้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยแรกรับเข้าโรงพยาบาลจนถึงวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนผ่าตัด,หลังผ่าตัด และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน เพื่อวางแผนการพยาบาลและช่วยให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพ และกระบวนการหายของแผลผ่าตัดเร็วขึ้น จึงทำให้ลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 วัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมในระยะหลังผ่าตัด
3. เพื่อศึกษาถึงความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัดโดยปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ การใช้ยา ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความรู้สึกไม่สุขสบาย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือการรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียงรบกวน แสง อุณหภูมิ กลิ่นไม่พึงประสงค์ และกิจกรรมการรักษาพยาบาล

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัญหาการวิจัย

1. คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมในระยะก่อน หลังผ่าตัดและก่อนจำหน่ายเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัดเป็นอย่างไร

3. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ การใช้ยา ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความรู้สึกไม่สุขสบาย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือการรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียงรบกวน แสง อุณหภูมิ กลิ่นไม่พึงประสงค์ และกิจกรรมการรักษาพยาบาลสามารถพยากรณ์คุณภาพการนอนหลับหลังผ่าตัดหรือไม่ได้อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาสู่กรอบแนวคิดเพื่อศึกษาถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของแต่ละบุคคล ตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับของ เวอร์แรน และ สไนเดอร์-ฮาลเพิร์น (Verran & Synder-Halpern,1987: 155-163) และประเมินคุณภาพการนอนหลับ ความรับรู้ของบุคคลทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความแปรปรวนการนอนหลับ (Sleep disturbances) ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ (Sleep effectiveness) และผลรวมเวลางีบในระหว่างวัน (Sleep supplementation) โดยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. ปัจจัยด้านบุคคล

1.1 อายุ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยาของการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอายุคือ ระยะเวลานอนหลับทั้งหมดลดลงจาก 17-18 ชั่วโมงต่อคืนตอนหลังคลอด และลดลงมาเป็น 10 ชั่วโมงเมื่ออายุ 4 ขวบ และเหลือ 9-10 ชั่วโมงเมื่ออายุ 10 ขวบ เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นระยะเวลาการนอนหลับลดลงเหลือประมาณ 7.5 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะค่อยๆลดลงอย่างช้าจนเหลือประมาณ 6.5 ชั่วโมง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนี้การแปรปรวนการนอนหลับจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (วรัญ, 2536)

1.2 เพศ พบว่าเพศชายมีเหตุรบกวนในการนอนหลับมากกว่าผู้หญิง โดยธรรมชาติเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่โดยผู้ชายเริ่มมีการลดลงของระยะ REM และตื่นบ่อยตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งสาเหตุมาจากการคั่งของน้ำอสุจิในองคชาติที่เกิดในระยะ REM (Closs,1988: 49) และมีรายงานว่าผู้หญิงสูงอายุตื่นบ่อยกว่า ใช้เวลาในการตื่นนานกว่าและมีคุณภาพการนอนหลับน้อยกว่าผู้ชาย (Reyner & Horne,1995 cited in Redeker,1998: 29) และในงานวิจัยพบว่าผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับ

การนอนมากที่สุดมักเป็นสตรีวัยกลางคนขึ้นไปเหตุสำคัญมาจากความเครียด เนื่องจากอยู่ในช่วงเวลาเปลี่ยนแปลงจากวัยเจริญพันธ์สู่วัยอาวุโส

1.3 ภาวะสุขภาพ ผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางร่างกายมักพบปัญหาการนอนไม่หลับสม่ำเสมอและการเจ็บป่วย เป็นสาเหตุทำให้มีการรบกวนการนอนหลับและทำให้ผู้ป่วยหลับยาก เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ โรคกระเพาะอาหาร โรคทางเดินหายใจ และส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยหลับยากมาก (Shapiso & Calverly,1993: 1403)

1.4 การใช้ยา ได้แก่ ประเภทยากดประสาท เช่นกลุ่มบาร์บิทูเรท (Barbiturates) กลุ่มนาร์โคติค (Narcotics) กลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepin) หรือประเภทยาแก้แพ้ (Antihistamines) จากการศึกษาของเมนเดนสัน และคณะ (Mendelson et al.,1993:154) พบว่าในกลุ่มที่มีความแปรปรวนของการนอนหลับที่มีการใช้ยากดประสาท (Depressants) ร้อยละ 80 และฤทธิ์ของยาจะกดการนอนช่วง REM ทำให้มีอาการฝันร้าย (ราตรี สุดทรวง, 2535: 359) ถ้าได้รับยาเหล่านี้ก่อนนอนจะมีผลต่อการนอนหลับทั้งการเริ่มต้นหลับหรือการคงสภาพการนอนหลับ เนื่องจากการกระตุ้นสมองทำให้เกิดความรู้สึกตัวทำให้การนอนหลับขาดเป็นห้วงๆ และลดระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ตื่นระหว่างหลับเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง

1.5 ระยะเวลาของการผ่าตัด เป็นการแบ่งระยะเวลาของการผ่าตัด คือ แบ่งช่วงเวลาเป็นระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนจำหน่าย ซึ่งพบว่าแต่ละการผ่าตัดมีคุณภาพการนอนหลับที่แตกต่าง เช่นการศึกษาคุณภาพการนอนหลับของ ดารัสนี โพธารส (2538) พบคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรม ในระยะหลังผ่าตัดต่ำกว่าระยะก่อนผ่าตัด นอกจากนี้จากการศึกษาของ ปานทิพย์ ประเสริฐกุล (2544) พบว่า คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เข้าการรักษาด้วยการผ่าตัด ในระยะ 1 วันก่อนเข้ารักษาในโรงพยาบาลมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับสูงที่สุด ส่วนในระยะหลังผ่าตัดวันที่1 มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับต่ำสุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภา แหลมเพ็ชร์ (2544) พบว่าคุณภาพและปริมาณการนอนหลับที่บ้านมากกว่าขณะอยู่โรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุ

1.6 ความรู้สึกไม่สุขสบาย พบว่าเป็นสาเหตุร่วมที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ สาเหตุที่รู้สึกไม่สุขสบายเกิดจากกิจกรรมการรักษาพยาบาลต่างๆ ท่านอน อาการท้องอืด แน่นท้อง หรือสะอึก ปวดท้องจากแก๊ส ปวดเมื่อยตามร่างกาย การมีท่อระบายคาอยู่ การมีเสมหะในทางเดินหายใจ การไอเอาเสมหะออก และเครื่องนอนของโรงพยาบาล เช่น เตียงนอน ที่นอน หมอน ผ้าห่ม

1.7 ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับในหอผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 75 (Hodgson, 1991: 1508) เนื่องจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเป็นผลโดยตรงจากการ

บาดเจ็บของเนื้อเยื่อ จากการศึกษาของเมอร์ฟีย์ และคณะ (Murphy et al.,1977: 522) พบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในสามวันแรกหลังผ่าตัดลดลงโดยสาเหตุส่วนใหญ่ที่ ทำให้ตื่นบ่อยเกิดจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับ คอส (Closs , 1992: 389) พบว่าจำนวนครั้งในการตื่นของผู้ป่วยเท่ากับ 3.3 ครั้ง/คน ส่วนมากจะรู้สึกปวดแผลผ่าตัดในเวลากลางคืน และในผู้ป่วย 81 คนจาก 100 คน มีการตื่นโดยเฉลี่ยเนื่องจากการเจ็บปวดแผลผ่าตัดเป็นอันดับแรก

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม

จากแนวคิดที่ว่าสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อบุคคลมากที่สุด เนื่องจากสิ่งแวดล้อมคือทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่ภายนอกร่างกาย ซึ่งได้แก่ เสียง แสง อุณหภูมิและสิ่งกระตุ้นอื่นๆ (สุจิตรา, 2537: 71) และสิ่งแวดล้อมจำเป็นต้องมีสภาวะคงที่เพื่อที่มนุษย์สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเดิมจากที่บุคคลคุ้นเคยอยู่ไปเป็นสิ่งใหม่ จะมีอิทธิพลต่อการตอบสนองและการปรับตัวของบุคคลเพื่อรักษาความสมดุลย์ไว้ เช่น

2.1 เสียงรบกวน ซึ่งในสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยพบว่า เสียงรบกวนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ (Snyder-Halpern, 1985: 45) และเสียงที่รบกวนการนอน ได้แก่ เสียงของเครื่องมือและเสียงของเจ้าหน้าที่ที่คุยกัน เป็นต้น (Webster & Thomson, 1986: 450-451; Backer, 1992: 76)

2.2 แสง พบว่าแสงไฟเป็นปัจจัยหนึ่งในสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับตามปกติจากการเปิดไฟตลอดเวลา (Chenity, Store & Salisbury, 1991 อ้างถึงใน นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540: 10) และพบว่าแสงสว่างที่มากเกินไปเป็นสาเหตุรวกวนการนอนอย่างยิ่ง

2.3 อุณหภูมิ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยอุณหภูมิที่ร้อนหรือเย็นเกินไป ทำให้ระยะหลับสนิทและระยะ REM ลดลง ตื่นบ่อย และจากการศึกษาของแฮสเคลและคณะ (Haskell et al., 1978 cited in Closs, 1988: 50) พบว่าอุณหภูมิที่ต่ำและสูงกว่าปกติจะมีผลต่อการนอนหลับแบบ REM คือเมื่ออุณหภูมิต่ำลง REM จะลด แต่ในอุณหภูมิที่สูงๆ การลดลงของ REM จะไม่มาก Slow wave ลดลงและจะตื่นบ่อยขึ้น จากการทดลองกับมนุษย์พบว่าอุณหภูมิต่ำกว่า 26 องศาเซลเซียส จะทำให้กลุ่มทดลองตื่นบ่อยขึ้น (Kennedel and Schmidt – Kessen, 1973 cited in Closs, 1988: 50) ทำนองเดียวกับมอร์ตัน (Morton, 1993 อ้างอิงในกุสุมาลย์ รามศิริ, 2543) พบว่าอุณหภูมิห้องที่สูงกว่า 23.9 องศาเซลเซียส จะทำให้การนอนหลับในระยะที่ 3 และ 4 ของ MREM และ REM ลดลง ตื่นบ่อยและมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้น ส่วนอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 12.2 องศาเซลเซียส จะทำให้ไม่สุขสบายรบกวนการนอนได้ เพราะว่าระหว่างการนอนหลับแบบ REM ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิจะทำงานน้อยลง ดังนั้นการนอนในที่มีอุณหภูมิร้อนหรือเย็นเกินไปอาจเกิดอันตรายได้ (ราตรี สุดทรวง, 2539: 417)

2.4 กลิ่นไม่พึงประสงค์ แต่ละบุคคลนั้นจะมีการตอบสนองต่อกลิ่นที่แตกต่างกัน ตามการแปลผลของสมองส่วน temporal lobe และกลิ่นไม่พึงประสงค์ที่พบได้ในโรงพยาบาล ได้แก่ กลิ่นอาหาร กลิ่นปัสสาวะอุจจาระ ซึ่งกลิ่นเหล่านี้ทำให้เกิดความรำคาญไม่สุขสบายรบกวน การนอนหลับได้ (Matteson, McConell, & Linton, 1997)

2.5 กิจกรรมการรักษาพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของ เจ้าหน้าที่ เช่น การบันทึกอาการผิดปกติ หรือการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การวัด สัญญาณชีพ การให้ยา การเปลี่ยนหรือการปรับสารละลาย การบันทึกและสารเหลว การเคาะ ปอด การบีบรูดท่อระบายทรวงอก การดูดเสมหะ การเปลี่ยนเครื่องนอน เสื้อผ้า และการดูแล ของแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ต่างๆ เช่น X – ray กายภาพบำบัด ห้อง Lab เป็นต้น

จากการศึกษาของอาภา ใจงาม (2524) ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีโอกาสได้นอนหลับอย่างเพียงพอกับความต้องการ โดยในวันแรกได้นอนหลับเฉลี่ยเพียง 45.05 นาที และในวันที่ 2 นอนหลับได้เฉลี่ย 67.48 นาที เนื่องจากมีการรบกวนการนอนหลับจากกิจกรรมการพยาบาลในการประเมินสภาวะการทำงาน ของอวัยวะต่างๆ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานดังนี้

1. คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อน จำหน่ายมีความแตกต่างกัน

2. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ การใช้ยา ความเจ็บ ปวดแผลผ่าตัด และความรู้สึกไม่สุขสบาย ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียงรบกวน แสง อุณหภูมิ กลิ่นไม่พึงประสงค์ และกิจกรรมการรักษาพยาบาล สามารถ พยากรณ์คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยสามัญที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ชาย ศัลยกรรมหญิง และศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระ

2.1.1 ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ การใช้ยา ความ เจ็บปวดแผลผ่าตัด และความรู้สึกไม่สุขสบาย

2.1.2 การรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียงรบกวน แสงไฟในหอผู้ป่วย อุณหภูมิในหอผู้ป่วย กลิ่นไม่พึงประสงค์ และกิจกรรมการรักษาพยาบาล

2.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรม

คำจำกัดความในการวิจัย

1. คุณภาพการนอนหลับ หมายถึงระดับการรับรู้การนอนหลับของบุคคลซึ่งเป็นผลรวมของมิติด้านความแปรปรวน มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ และผลรวมเวลางีบหลับในระหว่างวันวัดโดยเครื่องมือวัดคุณภาพการนอนหลับซึ่งดัดแปลงมาจาก Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale (Snyder-Halpern & Verran, 1987: 155-163) ที่ให้บุคคลนั้นประเมินตนเอง โดยพิจารณาคุณภาพการนอนหลับจากคะแนนรวม คะแนนรวมยิ่งต่ำแสดงถึงคุณภาพการนอนหลับที่ดี

มิติของการนอนหลับแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

มิติที่ 1 ความแปรปรวนการนอนหลับ (Sleep disturbance) หมายถึงการรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเองในด้านลบเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ก่อนการนอนหลับ การตื่นระหว่างการนอนหลับ ความลึกของการนอนหลับ ความรู้สึกต่อการถูกรบกวน และความไม่สบายใจ กังวลใจต่อเวลาที่ใช้ก่อนการนอนหลับ คะแนนรวมยิ่งสูงหมายถึงมีความแปรปรวนของการนอนหลับสูง

มิติที่ 2 ประสิทธิผลของการนอนหลับ (Sleep effectiveness) หมายถึงการรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเองในทางบวกเกี่ยวกับความรู้สึกต่อการพักผ่อนที่ได้รับหลังจากตื่นนอน ความรู้สึกต่อคุณภาพการนอนหลับ เวลาที่ใช้ในการนอนหลับและวิธีการตื่นนอน คะแนนรวมสูง หมายถึงประสิทธิผลของการนอนหลับสูง

มิติที่ 3 การงีบหลับระหว่างวันและเวลาที่ใช้ตั้งแต่ตื่นนอนจนลุกจากที่นอน (Sleep supplementation) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับระยะเวลางีบหลับในเวลากลางวัน เวลาเช้า เวลาเย็น และระยะเวลาที่ลุกจากที่นอนหลังจากตื่นนอน คะแนนรวมสูงหมายถึง มีการใช้เวลางีบหลับในระหว่างวันมาก

2. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ การใช้ยา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งข้อคำถามเป็นการเติมข้อความและให้เลือกตอบ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 เพศ หมายถึงลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย โดยเพศของผู้ป่วยศัลยกรรมแบ่งออกเป็น เพศหญิงและเพศชาย

2.2 อายุ หมายถึงช่วงเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม โดยจำนวนอายุของผู้ป่วยคิดเป็นจำนวนปีเต็มในวันที่ตอบแบบสอบถาม (เศษของอายุที่มากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

2.3 ภาวะสุขภาพ หมายถึงการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปราศจากโรคตามความหมายขององค์การอนามัยโลก

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากประวัติการเจ็บป่วย แบ่งออกเป็นไม่มีโรคประจำตัว และมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน ซึ่งการมีโรคประจำตัวเพียง โรคเดียวก็ถือว่ามีสุขภาพไม่ดี

2.4 การใช้ยา หมายถึงยาที่ใช้เพื่อช่วยให้นอนหลับ หรือเพื่อรักษาโรค ได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาขยายหลอดลม ยาขับปัสสาวะ ยาแก้ปวด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น ไม่เคยใช้ยาและเคยใช้ยา

2.5 ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด หมายถึงการรับรู้และการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยต่อแผลหลังผ่าตัด ซึ่งประเมินโดยจากมาตรฐานวัดความเจ็บปวดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scale) จากเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตรโดยมีเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0 ถึง 10 โดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากน้อยเพียงใด คะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้และรายงานว่ามีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมาก คะแนนน้อยแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้และรายงานว่ามีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดน้อย (McCaffery & Posero, 1999: 67)

2.6 ความรู้สึกไม่สุขสบาย หมายถึง ความลำบาก ความไม่สบาย ความไม่สะดวกที่กระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยจากอุปกรณ์ในการรักษาที่ติดตัวมากับผู้ป่วย เช่น การคาท่อทางเดินหายใจ ท่อระบายจากกระเพาะอาหาร ช่องท้องหรือจากบริเวณอื่น การคาสายสวนเข้าในร่างกายซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกรำคาญและไม่สุขสบาย รวมทั้งท่านอนและเครื่องนอนของโรงพยาบาล เช่น เตียงนอน ที่นอน หมอน ผ้าห่ม ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและดัดแปลงจากเครื่องมือวัดความไม่สุขสบายของ นันทา เล็กสวัสดิ์ (2540) โดยคะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้และรายงานว่าปัจจัยนั้นๆ ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายมาก

3. ระยะเวลาของการผ่าตัด หมายถึงระยะเวลาของการผ่าตัดที่ทำการศึกษา ได้แก่

ระยะก่อนผ่าตัด	คือ	วันก่อนผ่าตัด 1 วัน
ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1	คือ	คืนวันผ่าตัดจนถึงเช้าวันรุ่งขึ้น
ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2	คือ	คืนหลังผ่าตัดวันที่ 1 ถึงเช้าวันรุ่งขึ้น
ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 3	คือ	คืนหลังผ่าตัดวันที่ 2 ถึงเช้าวันรุ่งขึ้น
วันก่อนจำหน่าย	คือ	คืนวันก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 วัน

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง ปัจจัยด้านการรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม โดยเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นการรับรู้ของบุคคลต่อทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่ภายนอกร่างกายของบุคคล ได้แก่ เสียงรบกวน แสงไฟในหอผู้ป่วย อุณหภูมิของหอผู้ป่วย กลิ่นไม่พึงประสงค์ และกิจกรรมการรักษาพยาบาล ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง ถ้าคะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้และรายงานว่ามีสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยมาก แบ่งออกได้ดังนี้

4.1 การรับรู้การรบกวนจากเสียง หมายถึง เสียงรบกวนที่ทำให้เกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ ทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (Webster & Thompson, 1986: 450-451) ได้แก่ เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ เสียงหัวเราะ เสียงเดิน เสียงสั่งงาน เสียงกรนหรือไอ เสียงร้องตะโกนของผู้ป่วย เป็นต้น โดยใช้แนวคิดของ ท็อป (Topf,1992: 19-28)

4.2 การรับรู้การรบกวนจากแสงไฟในหอผู้ป่วย หมายถึงการรับรู้ต่อแสงสว่างภายในหอผู้ป่วยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย

4.3 การรับรู้การรบกวนจากอุณหภูมิของหอผู้ป่วย หมายถึงการรับรู้ต่อการนอนในที่มีอุณหภูมิร้อนหรือเย็นเกินไปที่มีผลกระทบให้การนอนหลับของผู้ป่วยแปรปรวนได้

4.4 การรับรู้การรบกวนจากกลิ่นไม่พึงประสงค์ หมายถึงการรับรู้ต่อกลิ่นที่ทำให้เกิดความรำคาญไม่สุขสบาย ได้แก่ กลิ่นยา กลิ่นอาหาร กลิ่นขยะ กลิ่นห้องน้ำ เป็นต้น

4.5 การรับรู้การรบกวนจากกิจกรรมการรักษาพยาบาล หมายถึงการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การสังเกตและบันทึกอาการผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่น การวัดสัญญาณชีพ การปรับเปลี่ยนน้ำเกลือ การให้ยารับประทาน ยาฉีด การเช็ดตัว แปรงฟัน เป็นต้น

5. ผู้ป่วยหลังผ่าตัด หมายถึงผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของระบบต่างๆ ในร่างกาย ได้แก่ กระดูกและกล้ามเนื้อ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ หัวใจและหลอดเลือด ซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานของการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมให้มีขบวนการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพหลังผ่าตัด

2. เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินและบรรเทาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยสามัญให้มีประสิทธิภาพในแต่ละระยะเวลาของการผ่าตัด

3. เพื่อเป็นแนวทางการเพิ่มคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดและลดระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาล

4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนอนไม่หลับและสิ่งที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไป