

ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าและ สุขวิทยาการนอนกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Relationships Among Types of Stroke, Depression, Sleep Hygiene Practices and Insomnia of Stroke Patients

วนิดา ลุนกา^{1*}, ชนกพร จิตปัญญา²

¹มหาวิทยาลัยมหิดลศูนย์การพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*Email : aumim.24@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า และสุขวิทยาการนอนกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคตั้งแต่ 1 เดือน - 3 ปี ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกประสาทวิทยาและศัลยกรรมประสาทของสถาบันประสาทวิทยาและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 106 ราย ที่ได้มาจากวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามสุขอนามัยการนอนหลับ แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .97, .71 และ .79 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์ของอีต้า (Eta coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า 1) อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระยะเริ่มของอาการนอนไม่หลับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.97 2) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย 3) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .616$) 4) สุขวิทยาการนอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.242$)



โดยสรุป ผลการวิจัยนี้ แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหานอนไม่หลับในอนาคต รวมถึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการนอนไม่หลับ และพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขสาเหตุของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า สุขวิทยาการนอน

Abstract

The purpose of descriptive research was to investigate the relationships between type the of stroke, depression and sleep hygiene in stroke patients. In the sample there were 106 stroke patients with age ranging from 30-60 years, Who were selected by a simple random sampling tecnique, and were followed up at the Outpatient Department of Prasat Neurological Institute and Phramongkutklao Hospital. Research methods included Maryland Trait and State Depression (MTSD), a sleep hygiene questionnaire and Insomnia Severity Index. Content validity was examined by five experts. The methods were tested by using reliability Cronbach's alpha coefficient obtained at .97, .71 and .79, respectively. Data were analyzed using frequency, mean, standard deviation, Eta coefficient and Pearson's product moment correlation

The results were as follow: 1) The mean of insomnia score of stroke patients was at the "subthreshold insomnia" (\bar{x} = 8.38, SD = 7.97). 2) Types of stroke patient were not correlated to insomnia 3) Significant positive correlation was depression (r = .616) and insomnia in stroke patients. 4) Significant negative correlation was worse sleep hygiene (r = -.242) and insomnia in stroke patients.

Keywords : Stroke, insomnia, depression, sleep hygiene practices.

บทนำ

ประเทศไทยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มการเกิดโรคมามากขึ้นทุกปี ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ภาพรวมของประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร) มีจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนราย พบว่า ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า มีจำนวนเท่ากับ 307.93 และมีอัตราเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี โดยในปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยถึง 352.30⁽¹⁾ และโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็งทุกชนิด ทั้งนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเมื่อปี พ.ศ. 2553 มีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนราย เท่ากับ 27.53 และเมื่อปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 42.62 ซึ่งคิดเป็นอัตราตายต่อประชากรแสนรายเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่า ในรอบ 5 ปี⁽²⁾

อุบัติการณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยยังไม่พบสถิติที่แน่ชัด แต่ในต่างประเทศ ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบแล้ว 3 เดือน พบว่า ร้อยละ 44.2 มีการนอนหลับในช่วงกลางคืนไม่ดี ร้อยละ 14.4 มีการงีบหลับช่วงกลางวันมากเกินไป⁽³⁾ ร้อยละ 37.5 ถึง 56.7 มีอาการนอนไม่หลับ^(4, 5) สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกหลังจากเกิดโรค 1-3 ปี พบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับร้อยละ 34 โดยเป็นอาการนอนไม่หลับร้อยละ 28 อาการงีบหลับตอนกลางวันมากเกินไปร้อยละ 8.5 มีการตื่นกลางดึกแล้วหลับต่อยาก ร้อยละ 31⁽⁶⁾ และมีการศึกษาในประชากรทั้ง 2 กลุ่ม หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 เดือนถึง 3 ปี พบว่า มีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 37.6⁽⁷⁾

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดปัญหานอนไม่หลับจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย โดยมีอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อ่อนเพลีย ไม่สดชื่นหลังตื่นนอน เป็นต้น มีความบกพร่องในเรื่องของความคิดและความจำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ทำให้อาการของโรคหลอดเลือดสมองแย่ลง และขัดขวางกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย^(4, 7) มีปัญหาทางวงนอนตอนกลางวัน ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายรวมถึงเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดปัญหาการใช้แอลกอฮอล์⁽⁸⁾ จากการศึกษาของ Schuiling et al.⁽⁶⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดมีเลือดออกในสมองที่มีปัญหาการนอนจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยมีรายด้าน ย่อย ๆ ของคุณภาพชีวิต คือ มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย สมาธิไม่ดี ความจำบกพร่อง และมีปัญหาทางวงนอนตอนกลางวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tang et al.⁽⁹⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการนอนไม่หลับมีคุณภาพชีวิตต่ำทุกด้าน ($p < 0.005$) อาการนอนไม่หลับยังมีผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนซึ่งได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล⁽⁹⁾ รวมถึงเกิดความคิดฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของ Tang et al.⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการนอนไม่หลับโดยมีอาการหลับ ๆ ตื่น ๆ



จะมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 11.1 รวมถึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด เศร้า ทำให้มีปฏิกริยามีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลรอบข้างลดลง

ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตรงปัญหาและช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าและสุขอนามัยการนอนกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกประสาทวิทยาและศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งมาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตัน และโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกที่มีอายุ 30-60 ปี ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกประสาทวิทยาและศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร 2 โรงพยาบาล ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยาและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากสูตรคำนวณของ Thorndike⁽¹¹⁾ ได้จำนวน 106 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 3 ปี ไม่มีความผิดปกติในการมองเห็นหรือการได้ยิน ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ ผู้ป่วยต้องไม่มี ความพิการแต่กำเนิดหรือเกิดความพิการจากโรคอื่น และมีคะแนนสมรรถภาพของสมอง (Mini-Mental State Examination ; MMSE) ≥ 14 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาทที่ผิดปกติขณะตอบแบบสอบถาม เช่น ความดันโลหิตสูง ใช้สูง ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียน ซึม เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเกิดโรคและชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Maryland Trait and State Depression (MTSD) พัฒนาขึ้นโดย Chiapelli et al.⁽¹²⁾ ซึ่งใช้แบบสอบถามในส่วนของ Maryland Trait and State Depression – Trait (MTSD-T) scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับความถี่ของประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพอารมณ์ จำนวน 12 ข้อ และการเปลี่ยนแปลงระบบ การทำงานของร่างกาย จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถาม มีลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน รวมอยู่ในช่วง 0-72 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก แปลว่า มีภาวะซึมเศร้ามาก คะแนนรวมน้อย มีภาวะซึมเศร้าน้อย เครื่องมือนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI (content validity index) เท่ากับ 0.94 และวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .97

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสุขอนามัยการนอน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสุขอนามัยของนงลักษณ์ อนันตอาจ⁽¹³⁾ ที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามสุขวิทยาการนอนของ พัทธิญา แก้วแพง⁽¹⁴⁾ จันทร์จิรา ความรู้⁽¹⁵⁾ และ David et al.⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ที่ประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอน เช่น ความสม่ำเสมอของการนอนและการตื่นในเวลาที่ไม่ใกล้เคียงกัน การนอนหลับในเวลากลางวัน การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เป็นต้น แบบสอบถามมีลักษณะมาตรวัดแบบมาตราส่วน (rating scale) มี 5 อันดับ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน มีคะแนนรวมเท่ากับ 60 คะแนน คะแนนรวมที่มาก หมายถึงการปฏิบัติตัวด้านสุขอนามัยการนอนหลับที่ดี คะแนนรวมที่น้อย หมายถึงการปฏิบัติตัวด้านสุขอนามัยการนอนหลับที่ไม่ดี เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .71

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin⁽¹⁷⁾ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธิญา แก้วแพง⁽¹⁴⁾ ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 7 ข้อ โดยสอบถามอาการนอนไม่หลับ 4 ด้าน คือ การเข้าสู่การนอนหลับยาก การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง การตื่นเช้ากว่าปกติ และมีผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตประจำวัน ข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน จำนวน 7 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน แปลคะแนนอาการนอนไม่หลับจากคะแนนที่ได้ โดยจำแนกระดับอาการนอนไม่หลับ⁽¹⁷⁾ ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย 8-14 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ 15-21 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง 22-28 คะแนน หมายถึง



ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .79

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ของสถาบันประสาทวิทยา (เลขที่หนังสือรับรอง 029/2560) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (เลขที่ IRBRTA 937/2560) และได้รับการอนุมัติให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือน สิงหาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคหลอดเลือดสมองกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยด้วยสถิติสหสัมพันธ์อีต้า (Eta correlation) และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า สุขวิทยาการนอนกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. การศึกษาระยะเวลาและชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาของโรคหลอดเลือดสมองที่ 1-6 เดือน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 14 เดือน (SD = 12.91) และพบว่า ส่วนมากร้อยละ 86.8 ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของ ระยะเวลาและชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (n= 106)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาของโรคหลอดเลือดสมอง (เดือน)		
1-6	47	44.34
7-12	15	14.15
13-18	3	2.83
19-24	16	15.09
25-30	5	4.72
31-36	20	18.87
(mean=14.62 SD=12.91 max=36 min=1)		
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง		
เส้นเลือดสมองตีบ/อุดตัน	92	86.80
เส้นเลือดสมองแตก	14	13.20



2. การศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับโดยรวมอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ มีค่าเท่ากับ 8.38 (SD = 7.97) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าพิสัยของอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 106)

ลักษณะข้อมูล	\bar{x}	SD	Min-Max	การแปลผล
อาการนอนไม่หลับโดยรวม	8.38	7.97	0-27	ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ

ผลการศึกษาระดับของอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย ร้อยละ 54.71 มีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 45.29 โดยจำแนกตามระดับของอาการนอนไม่หลับ พบว่า อยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.08 รองลงมา คือ มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.32 และมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.89 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของระดับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 106)

ระดับของอาการนอนไม่หลับ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มีอาการนอนไม่หลับ	58	54.71
ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ	34	32.08
มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง	12	11.32
มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง	2	1.89

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า และสุขวิทยาการนอน พบว่า ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .616$) และสุขวิทยาการนอนที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = -.242$) ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า สุขวิทยาการนอน กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=106)

ปัจจัย	ค่าความสัมพันธ์อีต้า (Eta)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง	.317		.935
ภาวะซึมเศร้า		.616	.000
สุขวิทยาการนอนหลับ		-.242	.012

p < .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับถึงร้อยละ 45.29 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al.⁽¹⁸⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 53.30 Tang et al.⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 44, Da Rocha et al.⁽⁷⁾ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 37.60 อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะการตื่นตัวสูง (hyperarousal) โดยเมื่อสมองถูกทำลายส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติ (automatic nervous system), แกนไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัล (hypothalamic-pituitary-adrenal axis), ระบบภูมิคุ้มกัน (autoimmune), ระบบประสาทสรีรวิทยา (neurophysiology), กิจกรรมเมแทบอลิซึมของสมอง (brain metabolic activity) และ กิจกรรมทางความคิด (cognitive activity) เป็นต้น มีการตื่นตัวที่มากเกินไป ร่วมกับมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าและการตอบสนองต่อภาวะเครียดมากเกินไป จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการนอนไม่หลับตามมา⁽¹⁹⁾

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคหลอดเลือดสมองกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยซึ่งพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มียานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของทั้ง 2 ตัวแปร มีเพียงการศึกษาอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ซึ่งพบว่า อาการนอนไม่หลับในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบมากกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก^(3, 6) แต่เนื่องจากอุปสรรคในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะพบชนิดตีบ/อุดตันได้มากกว่าโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก⁽²⁰⁾ อาจจะสรุปได้ตามแนวคิดของ flip-flop switch model ว่า การหลับตื่นนั้นเป็นผลจากการทำงานของสารสื่อประสาท ได้แก่ histamine, adenosine, serotonin, acetylcholine, noradrenaline และ hypocretin และการทำงานของสมองในส่วน ต่าง ๆ ได้แก่ ก้านสมอง (brain stem), เซลล์เวนโทรแลเทอรัลอปติกนิวเคลียส (ventrolateral preoptic nucleus ;

VLPO), สมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus), คอร์เทกซ์สมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) เป็นต้น ซึ่งมีหน้าที่ในการปิดเปิดวงจรในการตื่นนอน รวมถึงการเกิดการนอนหลับชนิดที่มีการกรอกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement; REM sleep) และการนอนหลับชนิดไม่มีการกรอกตาอย่างรวดเร็ว (non-rapid eye movement; NREM sleep)⁽²¹⁾ เมื่อสมองส่วนต่าง ๆ ที่ถูกทำลายหรือมีรอยโรค จะส่งผลทำให้สารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล จึงทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของวงจรการหลับตื่น ไม่ว่าจะโรคหลอดเลือดสมองชนิดใด จะทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับได้เช่นเดียวกัน และพบว่า ค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตัน เท่ากับ 8.21 สำหรับโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.78 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .616 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ามากจะมีอาการนอนไม่หลับมาก และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยจะมีอาการนอนไม่หลับน้อย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบภาวะซึมเศร้าได้ในระยะเฉียบพลันขณะอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 25-47 และพบในระยะฟื้นฟูสภาพได้ถึงร้อยละ 35-47⁽²²⁾ โดยพบภาวะซึมเศร้าสูงสุดในระยะ 3-6 เดือนหลังการเจ็บป่วย เมื่อมีภาวะซึมเศร้า ทำให้วงจรการนอนหลับเปลี่ยนแปลง มีระดับ monoamine oxidase สูงขึ้น⁽²³⁾ ซึ่งสารนี้มีฤทธิ์ทำลายสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายและนอนหลับได้ต่อเนื่อง คือ noradrenaline และ serotonin เมื่อสารสื่อประสาทที่ช่วยให้นอนหลับลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ⁽²⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Leppavuori et al.⁽⁴⁾ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ การศึกษาของ Heikki et al.⁽²⁵⁾ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบเป็นเวลา 2 เดือน และยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ และ Suh et al.⁽³⁾ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนตอนกลางคืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขวิทยาการนอนกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สุขวิทยาการนอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.242 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสุขวิทยาการนอนที่ไม่ดีจะมีอาการนอนไม่หลับมาก ถ้ามีสุขวิทยาการนอนที่ดีจะมีอาการนอนไม่หลับน้อย โดยจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมี การปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาการนอนที่ไม่ดีเท่าที่ควร เช่น ใช้เตียงนอนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ วางแผนงาน เป็นต้น และการงีบหลับในช่วงกลางวันมากเกินไป อธิบายได้ว่าการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับที่ไม่ดี ส่งผลทำให้เกิดปัญหาอาการนอน



ไม่หลับ⁽²⁶⁾ โดยการปฏิบัติตนด้านต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของผู้ป่วย ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการเข้านอนและตื่นนอน การงีบหลับในเวลากลางวัน การทำกิจกรรมที่ทำให้ตื่นตัวก่อนนอน ซึ่งเป็นสิ่งที่รบกวนการนอนหลับ และพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้นอนหลับยากขึ้นในตอนกลางคืน⁽²⁷⁾ ระยะเวลาการนอนหลับลดลง ลักษณะการนอนหลับเป็นแบบตื่นและไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้งีบหลับในเวลากลางวันมากขึ้น⁽²⁸⁾ การปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม เช่น อาหารจำพวกถั่ว ผักดิบ และของหมักดอง ซึ่งทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหารมากจึงทำให้รู้สึกไม่สบาย อาหารที่มีไขมันสูงทำให้ระบบการย่อยอาหารต้องทำงานหนักทำให้นอนไม่หลับได้ เป็นต้น รวมถึงการสูบบุหรี่และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อกระบวนการทางสรีรวิทยาของการนอนหลับและการตื่น ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับที่ไม่ดีจะรบกวนต่อจังหวะชีวภาพของการนอนหลับและการตื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ana Amalia et al.⁽²⁹⁾ ที่ศึกษาสุขภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 63.60 มีสิ่งรบกวนการนอน เช่น มีบุคคลอื่นเข้ามานอนในห้องนอน ร้อยละ 12.30 บ่นว่า ก่อให้เกิดเสียงดัง ร้อยละ 35 บ่นว่า มีแสงสว่างรบกวนจากบุคคลอื่นที่เข้ามาในห้องนอนของพวกเขา และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และคาเฟอีน ร้อยละ 5.80, 7.80 และ 70.10 ตามลำดับ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 28.60 นอนหลับยากในช่วงเริ่มต้นการนอน ร้อยละ 37.60 ตื่นนอนกลางดึก จึงทำให้สุขภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับที่มากขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการนอนไม่หลับ แม้ว่าส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับ ก็สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจได้ ส่งผลต่อการฟื้นฟูจากโรคที่ล่าช้า และพบว่า ภาวะซึมเศร้าและสุขภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจึงควรตระหนัก และเห็นถึงความสำคัญของการนอนหลับโดยมีการประเมินอาการนอนไม่หลับเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการค้นหาสาเหตุและปัจจัยเสริมดังกล่าว เพื่อให้พยาบาลสามารถแก้ไขและช่วยเหลือด้วยวิธีการบำบัดทางการพยาบาลต่าง ๆ และให้ผู้ป่วยสามารถนอนพักผ่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขอขอบพระคุณ คณาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของสถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า รวมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และมีส่วนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ. 2550-2557 จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสุขภาพ และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร). [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2559] เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
2. จำนวนและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2550-2559 จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสุขภาพ และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร). [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2559] เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
3. Suh M, Choi-Kwon S, Kim JS. Sleep disturbances at 3 months after cerebral Infarction. *Eur neurol*. 2016;75(1-2):75-81.
4. Leppavuori A, Pohjasvaara T, Vataja R, Kaste M, Erkinjuntti T. Insomnia in ischemic stroke patients. *Cerebrovasc Dis*. 2002;14(2):90-7.
5. Chen Y-K, Lu J-Y, Mok VT, Ungvari GS, Chu W.CW, Wong KS et al. Clinical and radiologic correlation of insomnia symptoms in ischemic stroke patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:451-7.
6. Schuiling WJ, Rinkel GJ, Walchenbach R, de Weerd AW. Disorders of sleep and wake in patients after subarachnoid hemorrhage. *Stroke*. 2005;36(3):578-82.
7. Da Rocha PC, Barroso MT, Dantas AA, Melo LP, Campos TF. Predictive factors of subjective sleep quality and insomnia complaint in patients with stroke: implications for clinical practice. *An Acad Bras Cienc*. 2013;85(3):1197-206.
8. Bakken LN, Lee KA, Kim HS, Finset A, Lerdal A. Sleep-wake patterns during the acute phase after first- ever stroke. *Stroke Research and Treatment*. 2011:1-7.
9. Tang, Grace Lau C, Mok V, Ungvari GS, Wong KS. Insomnia and health-related quality of life in stroke. *Top Stroke Rehabil*. 2015;22(3):201-7.



10. Tang W-K, Lu J-Y, Liang H, Chan T-T, Mok V, Ungvari GS, Wong K-S. Is Insomnia associated with suicidality in stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92:2025-7.
11. Thorndike R. *Correlation procedures for Research.* New York: Gardner Press; 1978.
12. Chiappelli J, Nugent KL, Thangavelu K, Searcy K, Hong LE. Assessment of trait and state aspects of depression in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2014;40:132-42.
13. นงลักษณ์ อนันตอาจ. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยา[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
14. พัทธิญา แก้วแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
15. จันทร์จิรา ความรู้. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความง่วงในพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
16. David, JR. Assessment of sleep hygiene using the sleep hygiene index. *J Behav Med.* 2006;29(3):223-7.
17. Morin CM. *Insomnia: psychological assessment and management.* New York: Guilford; 1993.
18. Kim J, Kim Y, Yang KI, Kim DE, Kim SA. The relationship between sleep disturbance and functional status in mild stroke patients. *Ann Rehabil Med.* 2015;39(4):545-52.
19. สมภพ เรื่องตระกูล. ความผิดปกติของการนอนหลับ การประเมินและการรักษา. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2550.
20. Joanne VH. *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing.* 6th ed. China: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
21. Lu J, Sherman D, Devor M, Saper CB. (2006). A putative flip-flop switch for control of REM sleep. *Nature.* 2006;444:1257-63.
22. พนมกร หิรัญญัตติ. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.



23. Esparrago LG, Castilla-G.L, Fernandez M, Ruiz DS, Jimenez H. Post-stroke depression: an update. *Neurologia*. 2015;30(1):23-31.
24. วราภา แหลมเพ็ชร์. การนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม[วิทยานิพนธ์].สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.
25. Palomaki H, Berg A, Meririnne E, Kaste M, Lonnqvist R, Lehtihalmes M et al. Complainers of post stroke insomnia and its treatment with mianserin. *Cerebrovasc Dis*. 2003;15 (1-2):56-62.
26. Tucker AP. Sleep hygiene. *AARC Times*. 2007:12-9.
27. Richman RM, Elliott LM, Burns CM, Bearpark HM, Steinbeck KS, Caterson ID. (1994). The prevalence of obstructive sleep apnoea in an obese female population. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1994;18(3):173-7.
28. Morin CM, Espie CA. *INSOMNIA A Clinical Guide to Assessment and Treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum; 2003.
29. Dantas AATSG, Melo LP, Oliveira DC, Saldanba GS. Campos TF. Sleep habits in patients with stroke: necessity of sleep hygiene measures. *Sleep Sci*. 2003; 6(4): 146-50.