

คุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยไทยโรคสมองขาดเลือด

รัตยาภรณ์ ใจกุล¹, สิริพรรณ พัฒนาฤดี¹, อรุมา ชุตินทร^{2,3}, สิริชัย ชูสิริ¹, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง¹

⁰¹ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับหลังผู้ป่วยเกิดโรคสมองขาดเลือด และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับคุณลักษณะด้านประชากรศาสตร์และทางคลินิก **วิธีการ:** การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยนอกโรคสมองขาดเลือดที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและอายุรกรรมประสาท 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภายใน 12 เดือนหลังจากผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยใน การศึกษาประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วย Pittsburgh Sleep Quality Index ฉบับภาษาไทย หรือ T-PSQI **ผลการวิจัย:** ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด 206 คนจากทั้งหมด 360 คน (ร้อยละ 57.2) มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (T-PSQI >5) คะแนนเฉลี่ยของ T-PSQI หลังเกิดโรคเท่ากับ 8.21 ± 2.33 ในองค์ประกอบ 2 ของ T-PSQI (ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนถึงเริ่มหลับ) พบคะแนนอยู่ในระดับที่แย่มากในผู้ป่วย 101 คน (ร้อยละ 28.1) โดยผู้ป่วยต้องใช้เวลาจนถึงจะนอนหลับและนอนไม่หลับหลังเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี คือ มีประวัติการได้รับยานอนหลับ (OR=16.44, P<0.001) ระดับความรุนแรงของโรค (modified Rankin Scale, mRS) ≥ 3 คะแนน (OR=2.18, P=0.005) และการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคสมองขาดเลือด (คะแนน PSDS-T >6) (OR=4.63, P<0.001) **สรุป:** ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดร้อยละ 57.2 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ คือ การมีประวัติได้รับยานอนหลับ ระดับความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือด และการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรค ดังนั้นควรให้ความสนใจผู้ป่วยหลังการเกิดโรคสมองขาดเลือดที่มีปัจจัยข้างต้น

คำสำคัญ: โรคสมองขาดเลือด คุณภาพการนอนหลับ ภาวะนอนไม่หลับ การนอนหลับ

รับต้นฉบับ: 12 พ.ย. 2567, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 3 พ.ค. 2568, รับผิดชอบพิมพ์: 5 พ.ค. 2568

ผู้ประสานงานบทความ: รัตยาภรณ์ ใจกุล ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน

กรุงเทพมหานคร 10330 **E-mail:** Rattayapron.jai@gmail.com

Sleep Quality in Thai Patients with Ischemic Stroke

Rattayaporn Jaikusol¹, Siripan Phattanasuddee¹, Ph.D., Aurauma Chutinet^{2,3}, Sirichai Chusiri¹, Phantipa Sakthong¹

¹Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University

²Division of Neurology, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

³Chulalongkorn Stroke Center of Excellence, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society

Abstract

Objective: To evaluate sleep quality after the incidence of ischemic stroke and to investigate the association between sleep quality and demographic and clinical characteristics. **Methods:** This cross-sectional analytical study collected the data from outpatients with ischemic stroke in stroke and neurology clinic 2 at King Chulalongkorn Memorial Hospital within 12 months post-discharge from the inpatient setting. Sleep quality was assessed using the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (T-PSQI). **Results:** 206 patients from the total of 360 ischemic stroke patients (57.2%) who had poor sleep quality (T-PSQI >5) with the average T-PSQI score after ischemic stroke of 8.21 ± 2.33 . In the second dimension of the T-PSQI (time taken to fall asleep), score in a worse level was found in 101 patients (28.1%), indicating prolonged sleep onset and being unable to fall asleep within 30 minutes after bedtime. Factors significantly associated with poor sleep quality included a history of sleeping pill use (OR=16.44, $P<0.001$), score on the modified Rankin Scale (mRS) ≥ 3 (OR=2.18, $P=0.005$), and post-stroke depression (PSDS-T score >6) (OR=4.63, $P<0.001$). **Conclusion:** 57.2% of ischemic stroke patients had poor sleep quality. Factors associated with poor sleep quality included a history of sleeping pill use, stroke severity (mRS), and post-stroke depression. Therefore, special attention should be given to ischemic stroke patients with the aforementioned factors.

Keywords: ischemic stroke, sleep quality, insomnia, sleep

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke หรือ cerebrovascular disease) เป็นโรคที่มีความสำคัญส่งผลกระทบต่อทางด้านสาธารณสุข การพัฒนาทางเศรษฐกิจ และระบบสุขภาพทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ใน พ.ศ. 2564 โรคดังกล่าวเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลกรองจากโรคหัวใจขาดเลือดและโควิด-19 (1) แต่ละปีประชากรทั่วโลกป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 15 ล้านราย โดยผู้ป่วย 5 ล้านรายเสียชีวิต และอีก 5 ล้านรายทุพพลภาพถาวร (2) ในประเทศไทย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานจำนวนประชากรที่ป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2559 – 2564 ว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็งทุกชนิด (3) โดยพบว่า พ.ศ. 2564 มีประชากรป่วย 311,708 ราย (4) เสียชีวิต 36,214 รายต่อแสนประชากร (3) ประเมินการงบประมาณในการรักษาเท่ากับ 20,632 ล้านบาทต่อปี (5) และพบว่าผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคดังกล่าวมีโอกาสกลับเป็นซ้ำประมาณร้อยละ 10 ในปีแรก ร้อยละ 25 ใน 5 ปี และร้อยละ 40 ใน 10 ปี (6)

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมองอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้ระบบประสาททำงานผิดปกติ โดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ โรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือโรคสมองขาดเลือด (ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 70-75 และโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 25-30 (7) ในประเทศไทยพบโรคสมองขาดเลือดมากกว่าและมักพบในผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคสมองขาดเลือดแล้วมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ (6-8) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตหลังจากเกิดโรคสมองขาดเลือด มักได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบทางร่างกายที่พบ ได้แก่ สูญเสียความสามารถด้านการทรงตัว ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการสื่อสาร ภาษา และการพูด รวมทั้งอาจเกิดปัญหาด้านความทรงจำ (9) ในส่วนของผลกระทบทางจิตใจที่พบ ได้แก่ เหงื่ออึดอัด วิตกกังวล หงุดหงิด ซึมเศร้า และภาวะนอนไม่หลับ (10) อาการข้างต้นอาจทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะสั้นและระยะยาว

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการนอนหลับค่อนข้างมากเพราะสมองมีบทบาทสำคัญในการควบคุมวงจรการหลับ-ตื่น โรคดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อ

ส่วนควบคุมการหลับเสียหยาและส่งผลทางอ้อมจากภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรค ภาวะนอนไม่หลับหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (post stroke insomnia, PSI) มีความชุกร้อยละ 30-87 (11) หากภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย การรักษาที่มีทั้งรูปแบบที่ใช่ยา เช่น กลุ่ม benzodiazepines, tricyclic-antidepressants (12) และที่ไม่ใช่ยา เช่น การฝังเข็ม การรักษาด้วยออกซิเจนความดันสูง (13, 14) การศึกษาแบบไปข้างหน้าเป็นระยะเวลา 6 ปีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Li และคณะพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 38.4 เกิดภาวะนอนไม่หลับ และภาวะดังกล่าวมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (hazard ratio=1.66, P=0.01) (15) Kim และคณะศึกษาแบบภาคตัดขวางถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับการนอนหลับในผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 เดือนพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 59.8 มีภาวะนอนไม่หลับหลังเกิดโรค ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้หญิง มีภาวะโรคซึมเศร้า และมีภาวะวิตกกังวล นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะนอนไม่หลับมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจแย่กว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.002 และ 0.001) (16) ปัจจัยทั่วไปที่สัมพันธ์กับภาวะการนอนไม่หลับของผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว การศึกษาที่น้อย สถานภาพโสด หรือการใช้ยากลุ่มช่วยนอนหลับเป็นประจำ (17) ส่วนปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ PSI ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว และการดื่มแอลกอฮอล์ (18) โดยทั่วไปเครื่องมือที่นิยมใช้ประเมิน PSI คือ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (19-22) แบบวัดนี้พัฒนาโดย Buysse และคณะ (23) และมีการแปลเป็นฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index: T-PSQI) (24) การศึกษาของตุลยา สิตสุวรรณและคณะ พบว่า PSQI ฉบับภาษาไทย ความเที่ยงชนิดความสม่ำเสมอภายใน (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.837 (25)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งต่างประเทศและในประเทศพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคุณภาพการนอนหลับที่ประเมินด้วย PSQI กับคุณลักษณะด้านประชากรศาสตร์และทางคลินิกมีค่อนข้างจำกัด (26) ในประเทศไทยพบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของ วณิดา ลุนกา ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 120 คน โดยใช้แบบประเมินการนอนไม่หลับ Insomnia severity index (27) ชลธิมา ปิ่นสกุลและ

คณะ ศึกษาผู้ป่วยที่การบาดเจ็บที่สมองจำนวน 110 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale (28) และพบเพียงการศึกษาของ จิรภัฏ โลทะกะ และคณะ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 66 คนที่ใช้เครื่องมือ PSQI (29) แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคและภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และคลินิก และเพื่อนำข้อมูลที่ได้มากำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย และการเลือกใช้อย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง การศึกษาผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารเลขที่ 0557/2023

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคสมองขาดเลือดซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและคลินิกอายุรกรรมประสาท 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคสมองขาดเลือดโดยเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและคลินิกอายุรกรรมประสาท 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ภายในระยะเวลา 12 เดือนหลังจากผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ 2) ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมจากโรคสมองขาดเลือด

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก $N \geq 30p$ (30) โดย p คือ จำนวนตัวแปรต้นในการศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับหลังเกิดโรคสมองขาดเลือดที่ศึกษามีทั้งหมด 12 ปัจจัย คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ โรคประจำตัว มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มชา/กาแฟในปัจจุบัน การได้รับยานอนหลับเป็นประจำ การนอนกรนบ่อยครั้ง การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายใน 1 ปี ระดับความรุนแรง/ความพิการของโรค และการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรค ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 360 คน การ

เลือกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายจากผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ในวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพ โรคประจำตัว และการใช้ยาโรคประจำตัว สำหรับประวัติการได้รับยานอนหลับ หมายถึง การได้รับยาในข้อบ่งใช้เพื่อช่วยให้นอนหลับในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาโดยแพทย์สั่งหรือซื้อยามารับประทานเองประมาณ > 3 ครั้ง/สัปดาห์ ตัวอย่างยานอนหลับ เช่น กลุ่มยา barbiturates, benzodiazepines, non-benzodiazepines, ยาต้านอีเสตามีน, tricyclic-antidepressants (37)

2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด มี 3 ส่วน คือ

2.1) การประเมินผลทางคลินิกของโรคสมองขาดเลือด (ชนิดของโรค ตำแหน่ง/บริเวณที่เกิดโรค) ชนิดของโรคแบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ TOAST classification กำหนด คือ มี 5 ชนิดได้แก่ large artery atherosclerosis (หลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง), small vessel disease (หลอดเลือดขนาดเล็กตีบหรืออุดตัน), cardioembolism (ลิ่มเลือดอุดตันสาเหตุจากหัวใจ), undetermined etiologies (ไม่ทราบสาเหตุ) และ other determined etiologies (สาเหตุที่พบไม่บ่อย/สาเหตุอื่นๆ) (34) ส่วนตำแหน่ง/บริเวณของการเกิดโรค หมายถึง พื้นที่หรือตำแหน่งที่เกิดโรคสมองขาดเลือด โดยแบ่งเป็น 5 ตำแหน่ง คือ สมองใหญ่ซีกซ้าย (left cerebrum), สมองใหญ่ซีกขวา (right cerebrum), ก้านสมอง (brainstem), ซีรีเบลลัม (cerebellum) และบริเวณอื่น ๆ

2.2) การประเมินระดับความรุนแรง/ความพิการของโรคใช้ modified Rankin Scale (mRS) (35,36) ซึ่งประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้เกณฑ์คะแนน mRS ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นปัจจุบัน ช่วงคะแนนคือ 0-6 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติใดๆ 1 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ 2 หมายถึง มีความพิการเล็กน้อย ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมเหมือนก่อนหน้านี้ทั้งหมด แต่สามารถทำกิจกรรมของตนเองได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย 3 หมายถึง มีความพิการปานกลาง ต้องการความช่วยเหลือบางอย่างแต่สามารถเดินได้โดยไม่ใช้

อุปกรณ์ช่วย 4 หมายถึง มีความพิการรุนแรงปานกลาง ไม่สามารถเดินได้โดยไม่มีอุปกรณ์ช่วยและไม่สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่มีผู้ช่วย 5 หมายถึง มีความพิการรุนแรง ติดเตียง ต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และ 6 หมายถึง เสียชีวิตและ

2.3) ระยะเวลาในการเป็นโรค และการเกิดโรค หลอดเลือดสมองซ้ำภายใน 1 ปี

3) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรค หลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทย หรือ PSDS-T ซึ่งพัฒนา โดย Yue และคณะ (31) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ควรคิดรัฐธา อรุณศรีและคณะ (32) การทดสอบในคนไทย พบ Cronbach's Alpha 0.78 แบบสอบถามนี้ประเมิน ความรู้สึกของอาสาสมัคร ช่วง 7 วันที่ผ่านมาด้วยคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ พุดน้อยลง (เนื่องจากไม่ยากพูด) รู้สึก อ่อนเพลียง่าย ร้องไห้ได้ง่าย นอนไม่หลับหรือตื่นเช้าเกินไป รู้สึกว่าตัวเองมีความสามารถน้อยลง มีความคิดอยากฆ่า ตัวตาย รู้สึกถึงความยากลำบากในการฟื้นฟูตนเอง และ หงุดหงิดง่ายกว่าปกติ ตัวเลือกในคำถาม คือ ไม่มีอาการ เลย (0 คะแนน) มีอาการบางครั้ง (1 คะแนน) มีอาการบ่อย (2 คะแนน) และ มีอาการบ่อยมาก (3 คะแนน) การศึกษา ในต่างประเทศรายงานว่า คะแนนรวม >6 คะแนนบ่งบอกว่า มีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่ การศึกษาในคนไทยพบว่า หากคะแนนรวม >8 คะแนน แสดงถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

4) ในการศึกษาครั้งนี้ คุณภาพการนอนหลับหมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงการนอนหลับทั้งเชิงปริมาณและเชิง คุณภาพ โดยคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ระยะเวลาของการนอนหลับตลอดทั้งคืน เวลา ที่เริ่มเข้าสู่การนอนหลับ จำนวนครั้งของการตื่นนอนตอน กลางคืน และคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การประเมินความรู้สึกในการนอนหลับ และ หลังการตื่นนอนในตอนเช้า รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการนอน หลับ เช่น สิ่งแวดล้อม สิ่งรบกวน (33) เครื่องมือที่ใช้ ประเมิน คือ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ Pittsburgh Sleep Quality Index ฉบับภาษาไทย หรือ T-PSQI (23,24) ผู้ตอบแบบวัดนี้ต้องประเมินคุณภาพการนอนหลับของ ตนเองในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมาด้วยคำถาม 19 ข้อซึ่ง แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 คุณภาพการนอนหลับ (1 ข้อ) ด้านที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (2 ข้อ) ด้านที่ 3 ระยะเวลาของการนอนหลับ ด้านที่ 4 ประสิทธิภาพ

การนอนหลับโดยปกติ ด้านที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ ด้านที่ 6 การใช้ยานอนหลับ และด้านที่ 7 ความผิดปกติด้าน การนอนหลับในช่วงกลางวัน แต่ละด้านมีคะแนน 0-3 คะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน คะแนนรวม ≤ 5 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี ส่วน คะแนนรวม > 5 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดีหรือ มีภาวะนอนไม่หลับ (23)

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 1 ครั้งด้วยการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยแบบเผชิญหน้าที่คลินิกผู้ป่วยนอก ในช่วง เวลาก่อนที่ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ ใช้เวลาประมาณ 10-25 นาที การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 28 (SPSS Co., Ltd, Bangkok, Thailand) ข้อมูล ทั่วไปของผู้ป่วยวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับ คุณลักษณะด้านประชากรศาสตร์และทางคลินิกแบบ univariable analysis ใช้ univariate logistic regression จากนั้นนำตัวแปรที่มีค่า $P < 0.25$ มาเป็นตัวแปรอิสระใน การวิเคราะห์ด้วย multivariable logistic regression โดยใช้ วิธี forward conditional พิจารณาตัวแปรที่มีค่า $P < 0.05$

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วม การวิจัยจำนวน 360 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.2) อายุเฉลี่ย 64 ± 13.8 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ตอนต้นหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 32.2) และระดับปริญญาตรีหรือ สูงกว่า (ร้อยละ 40.3) มีสถานะภาพสมรสในปัจจุบัน (ร้อย ละ 78.1) และมีผู้ดูแล (ร้อยละ 93.1)

ตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 95 ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่ม แอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ตัวอย่างร้อยละ 50.3 ตื่นเช้าหรือ กาแฟในปัจจุบัน ไม่ออกกำลังกายหรือไม่ออกเป็นประจำ (ร้อยละ 62.8) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 94.2) ตัวอย่างมีโรค ประจำตัวเฉลี่ย 2.3 ± 1.4 โรค โรคที่พบมากที่สุด คือ โรค ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.4) และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 51.7) ตัวอย่างร้อยละ 92.5 ไม่มีญาติเคยเป็นโรค ทางจิตเวช ตัวอย่างได้รับยาอย่างน้อย 5 รายการ (ร้อยละ

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=360)

ตัวแปร	จำนวนคน (ร้อยละ) หรือค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ข้อมูลทั่วไป	
เพศ	
ชาย	195 (54.2)
หญิง	165 (45.8)
อายุ (ปี)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	64.0 $\pm$ 13.8
ช่วงอายุต่ำสุด - สูงสุด	19 – 100
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	95 (26.4)
มัธยมศึกษาตอนต้น	21 (5.8)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	85 (23.6)
อนุปริญญา/ ปวส.	14 (3.9)
ปริญญาตรี	102 (28.3)
สูงกว่าปริญญาตรี	43 (12.0)
สถานภาพ	
สมรส	281 (78.1)
โสด	63 (17.5)
หย่าร้าง	16 (4.4)
การมีผู้ดูแล	
มี	335 (93.1)
ไม่มี	25 (6.9)
ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	
ไม่สูบบุหรี่	345 (95.8)
สูบบุหรี่	15 (4.2)
การดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน	
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	347 (96.4)
ดื่มแอลกอฮอล์	13 (3.6)
การดื่มชา/กาแฟในปัจจุบัน	
ดื่มชา/กาแฟ	181 (50.3)
ไม่ดื่มชา/กาแฟ	179 (49.7)
การออกกำลังกาย (≥ 20 นาที และ ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	
ไม่ออกกำลังกายหรือไม่ออกเป็นประจำ	226 (62.8)
ออกกำลังกายเป็นประจำ	134 (37.2)
ประวัติโรคประจำตัวและการได้รับยา	
โรคประจำตัว	
มี	339 (94.2)
ไม่มี	21 (5.8)

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=360) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวนคน (ร้อยละ) หรือค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
จำนวนโรคประจำตัวต่อผู้ป่วย 1 คน	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.3 $\pm$ 1.4
จำนวนโรคน้อยที่สุด – สูงที่สุด	0-9
ชนิดของโรคประจำตัว	
โรคความดันโลหิตสูง	239 (66.4)
โรคไขมันในเลือดสูง	186 (51.7)
โรคอ้วน	139 (38.6)
โรคอื่น ๆ	137 (38.1)
โรคเบาหวาน	118 (32.8)
โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด	96 (26.7)
โรคไตวายเรื้อรัง	21 (5.8)
โรคทางจิตเวช	4 (1.1)
ประวัติญาติสายตรงกับโรคทางจิตเวช	
ไม่มีญาติเคยเป็นโรคทางจิตเวช	333 (92.5)
มีญาติสายตรงเคยเป็นโรคทางจิตเวช	27 (7.5)
ประวัติเกี่ยวกับการนอนกรน	
ไม่มี	198 (55.0)
มี	162 (45.0)
จำนวนยาโรคประจำตัวที่ได้รับต่อวัน	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.5 $\pm$ 1.8
จำนวนยาน้อยที่สุด – สูงที่สุด	2-12
การได้รับยาหลายรายการ (Polypharmacy)	
จำนวนยา $\geq$ 5 รายการ	243 (67.5)
จำนวนยา $<$ 5 รายการ	117 (32.5)
ประวัติการได้รับยานอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	
ไม่ได้รับ	308 (85.6)
ได้รับ	52 (14.4)

67.5) เฉลี่ย 5.5 ± 1.8 รายการต่อราย และมีประวัติการได้รับยานอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 14.4)

ลักษณะเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด

จากตารางที่ 2 โรคสมองขาดเลือดของตัวอย่างส่วนใหญ่พบบริเวณหลอดเลือดขนาดเล็ก (ร้อยละ 40.0) และบริเวณ right cerebrum (ร้อยละ 47.2) ระดับความรุนแรงของโรค (mRS) เฉลี่ย 1.5 ± 1.4 คะแนน ผู้ป่วยเกิดโรคสมองขาดเลือดครั้งแรก (ร้อยละ 79.2) ตัวอย่างร้อยละ

5.4 เกิดโรคสมองขาดเลือดซ้ำภายใน 1 ปี ระยะเวลาในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองจนถึงวันเก็บข้อมูล คือ 4.8 ± 3.8 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคสมองขาดเลือด 210 คน (ร้อยละ 58.3) ซึ่งบางรายพบปัญหา มากกว่าหนึ่งปัญหา เช่น พบทั้งความผิดปกติด้านการกลืน และการพลัดตกหกล้ม ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ สื่อความหมายผิดปกติ 134 คน (ร้อยละ 37.2) โดยลักษณะความผิดปกติที่พบ เช่น พูดช้าลง พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออก ความคิดและการตัดสินใจช้าลง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2. ลักษณะทางคลินิกของโรคสมองขาดเลือด (N=360)

โรคสมองขาดเลือด	จำนวนคน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ชนิดของโรคสมองขาดเลือด	
หลอดเลือดขนาดเล็กอุดตัน	144 (40.0)
ไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้	68 (18.9)
หลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง	68 (18.8)
ลิ่มเลือดอุดตันสาเหตุจากหัวใจ	56 (15.6)
สาเหตุอื่น ๆ	24 (6.7)
ตำแหน่ง/บริเวณที่เกิดโรค	
สมองใหญ่ซีกขวา	170 (47.2)
สมองใหญ่ซีกซ้าย	152 (42.2)
ตำแหน่งอื่น ๆ	19 (5.3)
ซีรีเบลลัม	16 (4.4)
ก้านสมอง	3 (0.9)
ระดับความรุนแรง/ความพิการของโรค (คะแนน modified Rankin Scale, mRS)*	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.5 $\pm$ 1.4
ระดับความรุนแรงน้อยที่สุด – มากที่สุด	0 - 5
ครั้งที่เกิดโรคสมองขาดเลือด	
ครั้งแรก	285 (79.2)
ครั้งที่ 2	64 (17.8)
ครั้งที่ 3	7 (1.9)
ครั้งที่ 4	3 (0.8)
ครั้งที่ 5	1 (0.3)
ระยะเวลาในการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (เดือน) (นับเวลาตั้งแต่เกิดโรคจนถึงวันเก็บข้อมูล)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.8 $\pm$ 3.8
ระยะเวลาน้อยที่สุด – มากที่สุด	0-12
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดโรคสมองขาดเลือดซ้ำภายใน 1 ปี	21 (5.4)
จำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก	9 (2.3)
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคสมองขาดเลือด	210 (58.3)
ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังเกิดโรคสมองขาดเลือด	
ผิดปกติด้านการสื่อความหมาย	134 (37.2)
ผิดปกติอื่น ๆ	112 (31.1)
ผิดปกติด้านการกลืน	49 (13.6)
พลัดตกหกล้ม	32 (8.9)
แผลกดทับ	4 (1.1)

คุณภาพการนอนหลับ

จากตารางที่ 3 จากผู้ป่วยทั้งหมด 360 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีหลังเกิดโรคสมองขาด

เลือด 206 คน (ร้อยละ 57.2) ค่าเฉลี่ยของคะแนน T-PSQI คือ 8.21 $\pm$ 2.33 คะแนน เมื่อพิจารณาคะแนน T-PSQI รายด้านพบว่า ด้านที่ 2 (ระยะเวลาดังแต่เข้านอนจนถึงเริ่ม

ตารางที่ 3. คุณภาพการนอนหลับหลังเกิดโรคสมองขาดเลือดที่ประเมินโดย T-PSQI (N=360)

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (ร้อยละ)
คุณภาพการนอนหลับโดยรวม	
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (T-PSQI >5)	206 (57.2)
คุณภาพการนอนหลับดี (T-PSQI ≤5)	154 (42.8)
คะแนนค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.21 ± 2.33
คะแนนน้อยที่สุด - มากที่สุด	6-17
ด้านที่ 1 คุณภาพการนอนหลับ: ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนหลับโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร	
ดีมาก	39 (10.8)
ค่อนข้างดี	230 (63.9)
ค่อนข้างแย่	66 (18.4)
แย่มาก	25 (6.9)
ด้านที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนถึงเริ่มหลับ	
2.1. ท่านต้องใช้เวลานานเท่าไร (นาที) จึงจะนอนหลับ	
≤ 15 นาที	119 (33.1)
16 – 30 นาที	117 (32.5)
31 - 60 นาที	107 (29.7)
> 60 นาที	17 (4.7)
2.2. นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที	
ไม่เคยเลย	156 (43.3)
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	23 (6.4)
1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์	59 (16.4)
3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	122 (33.9)
สรุปคะแนนระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนถึงเริ่มหลับ	
ดีมาก	80 (22.2)
ค่อนข้างดี	113 (31.4)
ค่อนข้างแย่	66 (18.3)
แย่มาก	101 (28.1)
ด้านที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับ	
ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านนอนหลับได้จริงเป็นเวลากี่ชั่วโมงต่อคืน	
มากกว่า 7 ชั่วโมง	202 (56.1)
6 – 7 ชั่วโมง	80 (22.2)
5 – 6 ชั่วโมง	57 (15.9)
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	21 (5.8)
ด้านที่ 4 ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย	
ร้อยละ 85 ขึ้นไป	350 (97.2)
ร้อยละ 75 – 84	9 (2.5)
ร้อยละ 65 – 74	1 (0.3)
น้อยกว่าร้อยละ 65	0 (0.0)

ตารางที่ 3. คุณภาพการนอนหลับหลังเกิดโรคสมองขาดเลือดที่ประเมินโดย T-PSQI (N=360) (ต่อ)

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านที่ 5 สิ่งรบกวนการนอนหลับ	
ไม่มีปัญหาเลย	18 (5.0)
มีปัญหาเพียงเล็กน้อย	276 (76.7)
ค่อนข้างที่จะเป็นปัญหา	62 (17.2)
เป็นปัญหาย่างมาก	4 (1.1)
ด้านที่ 6 การใช้ยานอนหลับ	
ท่านใช้ยาเพื่อช่วยในการนอนหลับบ่อยเพียงใด	
ไม่เคยเลย	296 (82.2)
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	7 (2.0)
1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์	8 (2.2)
3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	49 (13.6)
ด้านที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน	
ท่านมีปัญหาการทำกิจกรรมต่างๆ ในช่วงกลางวัน	
ไม่มีปัญหาเลย	91 (25.3)
มีปัญหาเพียงเล็กน้อย	121 (33.6)
ค่อนข้างที่จะเป็นปัญหา	114 (31.7)
เป็นปัญหาย่างมาก	34 (9.4)

หลับ) มีผู้ป่วยได้รับคะแนนอยู่ในระดับที่แย่มาก สูงกว่าด้านอื่น (101 คนหรือร้อยละ 28.1) โดยผู้ป่วยร้อยละ 33.9 นอนไม่หลับหลังเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาทีบ่อยถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

จากผลการวิเคราะห์ univariable logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับคุณลักษณะด้านประชากรศาสตร์และทางคลินิกในตารางที่ 1 พบปัจจัยที่มีค่า $P < 0.05$ 6 ตัว ดังนี้ เพศชาย ($P = 0.067$) อายุ ($P = 0.080$) มีการดื่มชา/กาแฟในปัจจุบัน ($P = 0.004$) ระดับความรุนแรง/ความพิการของโรค ($P = 0.007$) การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคสมองขาดเลือด $PSDS-T > 6$ ($P < 0.001$) และมีประวัติการได้รับยานอนหลับช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ($P < 0.001$) การวิเคราะห์ multivariable logistic regression โดยใช้ตัวแปรที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นตัวแปรอิสระโดยใช้วิธี forward พบว่ามี 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับไม่ดีหลังเกิดโรคสมองขาดเลือด ได้แก่ มีประวัติการได้รับยานอนหลับช่วง 1 เดือน

ที่ผ่านมา ($P < 0.001$) ระดับความรุนแรง/ความพิการของโรคคะแนน ($P = 0.005$) และการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคสมองขาดเลือด (คะแนน $PSDS-T > 6$) ($P < 0.001$) (ตารางที่ 4)

การอภิปรายผล

คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย

การศึกษานี้พบว่า หลังเกิดโรคสมองขาดเลือดผู้ป่วยร้อยละ 57.2 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (T-PSQI > 5) ซึ่งมีความชุกน้อยกว่าการศึกษาของ Lothaka และคณะ (29) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 66 คนของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่พบความชุกร้อยละ 93.9 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ใช้ PSQI ซึ่งถูกแปลเป็นภาษาต่าง ๆ พบว่าความชุกที่พบในการศึกษานี้น้อยกว่าที่พบในการศึกษาของประเทศจีนโดย Zhao และคณะ (38) (ความชุกร้อยละ 64.7) และการศึกษาของ Fan และคณะ (39) (ร้อยละ 70.2) รวมทั้งน้อยกว่าการศึกษาของ Tayade และคณะ (40) ในประเทศอินเดีย (ร้อยละ 72.0) ความชุกของคุณภาพการนอนหลับไม่ดีที่พบในการศึกษานี้น้อยกว่าอาจเนื่องมาจาก

ตารางที่ 4. การวิเคราะห์ logistic regression เพื่อทำนายคุณภาพการนอนหลับไม่ดีหลังเกิดโรคสมองขาดเลือด (N=360)

ตัวแปร	การวิเคราะห์ univariable		การวิเคราะห์ multivariable	
	OR	P	OR	P
มีประวัติการได้รับยานอนหลับช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	15.05	<0.001*	16.44	<0.001*
การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคสมองขาดเลือด (PSDS-T>6)	4.74	<0.001*	4.63	<0.001*
ระดับความรุนแรง/ความพิการของโรค (mRS ≥ 3)	1.99	0.007*	2.18	0.005*
มีการดื่มชา/กาแฟในปัจจุบัน	0.54	0.004*		
เพศชาย	0.67	0.067*		
อายุ	1.01	0.080*		
สถานภาพโสด	0.73	0.257		
ระดับการศึกษา	1.01	0.507		
จำนวนโรคประจำตัว	0.97	0.705		
มีประวัติเกี่ยวกับการนอนกรน	1.06	0.781		
มีการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน	0.87	0.809		
ระยะเวลาการเกิดโรคสมองขาดเลือดซ้ำภายใน 1 ปี (เดือน) นับ เวลาตั้งแต่เกิดโรคครั้งแรกจนถึงครั้งที่สอง)	0.99	0.866		
การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคสมองขาดเลือด (PSDS-T>8)	0.00	0.998		

* ตัวแปรที่มีค่า P < 0.25 ใน univariable logistic regression

* ตัวแปรที่มีค่า P < 0.05 ใน multivariable logistic regression

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกที่มีความรุนแรงของโรค
ไม่มาก (ค่า mRS น้อย) จึงกระทบต่อคุณภาพด้านการนอน
หลับน้อยกว่าการศึกษาค้นคว้าอื่น

ตัวอย่างในการศึกษานี้มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการ
นอนหลับหลังเกิดโรคเท่ากับ 8.21 ± 2.33 คะแนน ซึ่ง
ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lothaka และคณะ (29)
ในประเทศไทยที่พบคะแนนเฉลี่ย 10.60 ± 3.60 คะแนน
เพราะตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยนอกโรค
สมองขาดเลือดทั้งหมด ในขณะที่การศึกษาก่อนหน้า
ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ
92.1

ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และทางคลินิก

ผู้ป่วยที่มีประวัติการได้รับยานอนหลับในช่วง
1 เดือนที่ผ่านมามีโอกาสเกิดคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี
หลังเกิดโรคสมองขาดเลือดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการ
ได้รับยานอนหลับ 16.44 เท่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับ
เรื้อรังมักได้รับการส่งยานอนหลับเพื่อบรรเทาอาการ ดังนั้น
ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการใช้ยานอนหลับกับคุณภาพ
การนอนหลับอาจเป็นเพียงความสัมพันธ์เชิงสหสัมพันธ์

ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าเป็นเหตุและผล กล่าวคือ การใช้
ยานอนหลับอาจไม่ใช่สาเหตุของคุณภาพการนอนหลับที่
ไม่ดีโดยตรง

ผู้ที่มีระดับความรุนแรงหรือความพิการของโรค
มาก (mRS ≥ 3 คะแนน) มีโอกาสเกิดภาวะนอนไม่หลับ
หลังเกิดโรคสมองขาดเลือดมากกว่าผู้ป่วยที่มี mRS < 3
คะแนน 2.18 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ He และคณะ
(41) ที่พบว่า OR = 1.84 ทั้งนี้ ความรุนแรงของโรคมักกว่า
อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและนำมาสู่ภาวะนอน
ไม่หลับ

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคสมองขาดเลือด
(PSDS-T >6) มีโอกาสเกิดภาวะนอนไม่หลับหลังเกิดโรค
สมองขาดเลือดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังเกิด
โรคถึง 4.63 เท่า ซึ่งยังไม่พบการศึกษาที่ใช้ PSDS-T
ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพ
การนอนหลับที่ไม่ดี แต่ผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับ
การศึกษาของ Tayade และคณะ ในประเทศอินเดียที่พบว่า
ภาวะซึมเศร้าที่ประเมินโดย Hamilton Depression Rating
Scale (HAM-D) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ
ที่ไม่ดี (OR = 1.30) (40) ส่วนการศึกษาของ Zhao และคณะ

(38) พบว่า ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีความสัมพันธ์กันปานกลาง (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.553) ภาวะซึมเศร้าอาจทำให้มีอาการอย่างหนึ่ง คือ ภาวะหลับยาก จึงทำให้มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ที่ไม่ดีและนำไปสู่ภาวะนอนไม่หลับได้

จุดแข็งของการศึกษานี้คือ มีการเก็บข้อมูล ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดที่เจาะจงกับผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลจึงมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต่อไป การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ 1) เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ โดยเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง ทำให้ไม่อาจมั่นใจได้ว่า ตัวแปรอิสระบางตัวแปรเป็นสาเหตุของตัวแปรตาม 2) บั๊จยเสี่ยงบางบั๊จยพบในตัวอย่างค่อนข้างน้อย เมื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลแล้วอาจทำให้เกิดผลบวกหลงได้ 3) การศึกษาทำในตัวอย่างเป็โรคสมองขาดเลือดแบบไม่รุนแรง ซึ่งสามารถรับการรักษารในโรงพยาบาลได้ จึงคาดว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและคุณภาพการนอนหลับของ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมา โรงพยาบาลได้หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเตียง ข้อมูลจากการศึกษานี้จึงไม่อาจขยายผลไปยังผู้ที่มีความรุนแรงของ โรคมากกว่าได้ 4) ขาดการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยา บางประการ เช่น Barthel Index, Glasgow Coma Scale, National Institute of Health Stroke Scale และชื่อกลุ่มยา โรคประจำตัวที่ใช้ในปัจจุบัน และ 5) ใช้แบบสอบถาม T-PSQI ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับ แต่ไม่ได้ใช้วิธีการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การให้ผู้ป่วยบันทึกการนอนหลับ (sleep diaries) หรือการให้ผู้ป่วยติด wrist actigraphy ที่ข้อมือของผู้ป่วยเพื่อบันทึกข้อมูลตลอดทั้ง 24 ชั่วโมง

การศึกษาในอนาคตควรศึกษาแบบไปข้างหน้า โดยเก็บข้อมูลบั๊จยต่าง ๆ เพิ่มเติมดังที่กล่าวในข้อจำกัด การวิจัย และควรประเมินคุณภาพของการนอนหลับด้วย มากกว่าหนึ่งวิธี รวมทั้งควรศึกษาในตัวอย่างที่มีความรุนแรงของโรคที่หลากหลายมากขึ้น เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยติดเตียง โดยหาวิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยการเยี่ยม บ้าน หรือการวิดีโอคอล ซึ่งผลการวิจัยจะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยได้มากขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดส่วนใหญ่มี่คุณภาพการนอนหลับไม่ดี บั๊จยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับคือ การ

มีประวัติได้รับยานอนหลับ ระดับความรุนแรงของโรค และการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรค ดังนั้นควรให้ความสนใจผู้ป่วยหลังการเกิดโรคสมองขาดเลือดที่มีบั๊จยข้างต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่สละเวลาเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง คลินิกอายุรกรรมประสาท 2 โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ที่ให้ความช่วยเหลือด้านการเก็บข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณอาจารย์ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้คำแนะนำในการทำบั๊จยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The top 10 causes of death [online]. 2024 [cited Sep 11, 2024]. Available from: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
2. World Health Organization. Stroke, cerebrovascular accident [online]. 2021 [cited Sep 26, 2024]. Available from: www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html
3. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D.2021 [online]. 2021 [cited Aug 8, 2024]. Available from: spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf
4. Health Data Center, Ministry of Public Health. Causes of death [online]. 2024 [cited Sep 2, 2024]. Available from: www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=1&pf=01818101&tm=2&tp=3304&type=1
5. Thai Stroke Society. Stroke situation [online]. 2021 [cited Sep 7, 2024]. Available from: [thaistrokesociety.org/purpose/Stroke situation/](http://thaistrokesociety.org/purpose/Stroke%20situation/)
6. Mohan KM, Wolfe CD, Rudd AG, Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Grieve AP. Risk and cumulative risk of stroke recurrence: a systematic review and meta-analysis. Stroke. 2011; 42: 1489–94.

7. Neurological Institute of Thailand. Stroke guide for public [online]. 2021 [cited Aug 8, 2024]. Available from: anyflip.com/edysl/tqnc/basic
8. Neurological Institute of Thailand. Clinical nursing practice guideline for stroke. Bangkok: Neurological Institute of Thailand; 2007.
9. Wongsas D, Soivong P, Chaiard J. Quality of life among stroke persons within six months post diagnosis. *Nursing Journal CMU* 2018; 45: 40–50.
10. Kim JS. Post-stroke mood and emotional disturbances: pharmacological therapy based on mechanisms. *J Stroke*. 2016; 18: 244–55.
11. Glozier N, Moullaali TJ, Sivertsen B, Kim D, Mead G, Jan S, et al. The course and impact of poststroke insomnia in stroke survivors aged 18 to 65 years: results from the psychosocial outcomes in stroke (POISE) study. *Cerebrovasc Dis Extra* 2017; 7: 9–20.
12. Fleming MK, Smejka T, Macey E, Luengo-Fernandez R, Henry AL, Robinson B, et al. Improving sleep after stroke: A randomised controlled trial of digital cognitive behavioural therapy for insomnia. *J Sleep Res* 2024; 33: e13971.
13. Shi R, Meng W, Liu Z, Chang L, Lu R, Chen X, et al. Hyperbaric oxygen therapy for poststroke insomnia: a systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open* 2024; 14: e081642.
14. Yang J. Acupuncture treatment for post-stroke insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Clin Pract* 2021; 44: 101396.
15. Li LJ, Yang Y, Guan BY, Chen Q, Wang AX, Wang YJ, et al. Insomnia is associated with increased mortality in patients with first-ever stroke: a 6-year follow-up in a Chinese cohort study. *Stroke Vasc Neurol* 2018; 3: 197–202.
16. Kim WH, Jung HY, Choi HY, Park CH, Kim ES, Lee SJ, et al. The associations between insomnia and health-related quality of life in rehabilitation units at 1month after stroke. *Journal Psychosom Res* 2017; 96: 10–4.
17. Su TP, Huang SR, Chou P. Prevalence and risk factors of insomnia in community-dwelling Chinese elderly: a Taiwanese urban area survey. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004; 38: 706–13.
18. Gu X, Ma M. Risk factors of sleep disorder after stroke: a meta-analysis. *Top Stroke Rehabil* 2017; 24: 34–40.
19. Yang J, Lin A, Tan Q, Dou W, Wu J, Zhang Y, et al. Development of insomnia in patients with stroke: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2024; 19: e0297941.
20. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
21. Zulfitri, Abdul Muis, Kaelan C, Aulina S, Bahar A. Effect of sleep quality and cognitive function in acute ischemic stroke patient. *Med Clin Pract (Barc)*. 2021; 4 (Suppl 1): 100220.
22. Khazaei S, Ayubi E, Khazaei M, Khazaei M, Afrookhteh G. Sleep quality and related determinants among stroke patients: a cross-sectional study. *Iran J Psychiatry*. 2022; 17: 84–90.
23. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28: 193–213.
24. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thai* 1997; 42: 123–32.
25. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W. Reliability and validity of the Thai version of the pittsburgh sleep quality index. *J Med Assoc Thai*. 2014; 97(Suppl 3): 57–67.
26. Khazaei S, Ayubi E, Khazaei M, Khazaei M, Afrookhteh G. Sleep quality and related determinants among stroke patients: a cross-sectional study. *Iran J Psychiatry* 2022; 17: 84–90.

27. Lunka W. Selected factors related to insomnia in stroke patients [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017.
28. Pinsakul C, Jitpanya C. Relationships among sleep hygiene practices, fatigue, pain, depression, and sleep quality in patients with brain injury. *Kuakarun J Nurs.* 2015; 22: 154–67.
29. Lothaka J, Tunvirachaisakul C, Soponprapakorn N. Quality of sleep in stroke patients at Phramongkutklao hospital. *Chula Med J* 2022; 66: 43–9.
30. Kaiyawan Y. Principle and using logistic regression analysis for research. *RMUTSV Research Journal* 2012; 4 : 1–12.
31. Yue Y, Liu R, Lu J, Wang X, Zhang S, Wu A, et al. Reliability and validity of a new post-stroke depression scale in Chinese population. *J Affect Disord* 2015; 174: 317-23. doi: 10.1016/j.jad.2014.11.031.
32. Arunsri K, Chutinet A, Tangwongchai S. Validity and reliability of the Thai-version of post stroke depression scale (PSDS-T). *Chula Med J* 2022; 66: 23–31.
33. Na Wichian S. Sleep quality of older people in the community. *Thai J Nurs Counc* 2021; 36: 18–31.
34. Adams HP Jr, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke* 1993; 24: 35–41.
35. Broderick JP, Adeoye O, Elm J. Evolution of the modified Rankin scale and its use in future stroke trials. *Stroke* 2017; 48: 2007–12.
36. Anderson CS, Hackett ML, Huang Y, et al. Repeated measures of modified Rankin scale scores to assess functional recovery from stroke: AFFINITY study findings. *J Am Heart Assoc* 2022; 11: e025425.
37. U.S. Food and Drug Administration. Sleep disorder (sedative-hypnotic) drug information [online]. 2021 [cited Nov 20, 2024]. Available from: www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/sleep-disorder-sedative-hypnotic-drug-information
38. Zhao Y, Hu B, Liu Q, Wang Y, Zhao Y, Zhu X. Social support and sleep quality in patients with stroke: the mediating roles of depression and anxiety symptoms. *Int J Nurs Pract* 2022; 28: e12939.
39. Fan XW, Yang Y, Wang S, Zhang YJ, Wang AX, Liao XL, et al. Impact of persistent poor sleep quality on post-stroke anxiety and depression: a national prospective clinical registry study. *Nat Sci Sleep* 2022; 14: 1125-35.
40. Tayade K, Vibha D, Singh RK, Pandit AK, Ramanujam B, Das A, et al. Prevalence and determinants of post-stroke sleep disorders: a cross-sectional hospital-based study. *Sleep Breath.* 2023; 27: 2429–33.
41. He W, Qiu H, Zhu J, Feng W, Lin Y, Shu M, et al. The effect of uric acid on sleep quality after acute ischemic stroke. *J Clin Neurosci* 2019; 69: 155–9.