

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวด คุณภาพการนอนหลับ อาการซึมเศร้าและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* Relationships between Pain, Sleep Quality, Depressive Symptoms, and Fatigue in Post Stroke Patients

อวยพร สวัสดิ์ (Auayporn Sawasdee)**

สุนิดา ปรีชาวงษ์ (Sunida Preechawoong)***

ชนกพร จิตปัญญา (Chanokporn Jitpanya)***

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวด คุณภาพการนอนหลับ อาการซึมเศร้าและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อาการปวด คุณภาพการนอนหลับ อาการซึมเศร้าและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 140 คน ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิสามแห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับแบบประเมินอาการซึมเศร้า และแบบประเมินความเหนื่อยล้า เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .61, .84 และ .92 หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สันในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าเท่ากับ 4.03 (S.D = 1.43) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.70 รายงานความเหนื่อยล้า

* วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** นิสิตระดับปริญญาโทบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. อาการปวด คุณภาพการนอนหลับและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r = .35$, $r = .53$, $r = .56$)

คำสำคัญ : อาการปวด, คุณภาพการนอนหลับ, อาการซึมเศร้า, ความเหนื่อยล้า, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The descriptive correlation research aimed to investigate fatigue in stroke patients and to study the relationships among pain, sleep quality, depressive symptoms and fatigue in post stroke patients. The conceptual framework was based on the Piper's Integrated Fatigue Model. A convenient sample of 140 post stroke patients was recruited from the neurology outpatient departments in three tertiary hospitals. All participants responded to a set of five questionnaires: demographic characteristics questionnaire, the Pain scale, the Pittsburgh Sleep Quality Index, the Hospital Anxiety Depression Scale, and the Fatigue Severity Scale. All instruments were tested for content validity by 5 experts, and their reliability were .61, .84, and .92 respectively. Frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation were used in data analysis. The study findings can be summarized as follows:

1. The average Fatigue Severity Scale score for the sample of stroke patients was 4.03 (S.D = 1.43) About 55.70 percent of the sample reported fatigue.

2. Pain, sleep quality, and depressive symptoms were significantly correlated with fatigue in stroke patients ($r = .35$, $r = .53$, $r = .56$; p -value < 0.01)

Keywords: Pain, Sleep quality, Depressive symptoms, Fatigue, Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ในแต่ละปีพบจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 16 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคนี้นี้ประมาณ 6,000,000 คนต่อปี (Davis & Norrving, 2013) ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 พบจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 20,368 คนต่อประชากรแสนคน คิดเป็นอัตราการตาย 31.69 คนต่อประชากรแสนคน โดยพบอัตราสูงในประชากรเขตกรุงเทพมหานครมากที่สุด จำนวน 2,215 คนต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2557) การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ ตลอดจนการทำหน้าที่ด้านสังคม ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการฟื้นฟูสภาพ (Lerdal & Gay, 2013) ผลกระทบทางด้านร่างกายที่พบได้บ่อย คือความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบร้อยละ 38-77 (Kutlubaev et al., 2013) ความเหนื่อยล้าหลังโรคหลอดเลือดสมองเป็นพยาธิสภาพที่คงอยู่เป็นระยะเวลานาน ไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกายและไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แน่ชัดจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นเป็นประจำเกือบทุกวัน (De Groot, Phillips, & Eskes, 2003) โดยเมื่อสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาหนึ่งเดือน ร้อยละ 48.20 รายงานว่าอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น 20-29 วันต่อเดือน (Choi-Kwon, Choi, Kwon, Kang, & Kim, 2007) ข้อมูลดังกล่าวทำให้ความเหนื่อยล้าเป็นอาการ

แสดงที่ก่อให้เกิดปัญหาและรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากความเหนื่อยล้าไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติ มิติด้านร่างกาย ความเหนื่อยล้ารบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน ในกรณีที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการทํากายภาพบำบัด ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟู และทำให้การฟื้นฟูสภาพเป็นไปอย่างล่าช้า (Cumming et al., 2011) มิติด้านจิตใจ ความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสน ขี้บอแงใจ เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า (Lerdal & Gay, 2013) มิติด้านจิตสังคม ความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความสามารถในการทำงานลดลง ทำให้เกิดปัญหาการว่างงาน ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว มิติด้านจิตวิญญาณ ความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต ทำให้สิ้นหวัง ความพึงพอใจในชีวิตลดลง นอกจากนี้แล้วจากการศึกษาโดยติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 ปี และ 6 ปี พบว่าความเหนื่อยล้าเพิ่มอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Naess & Nyland, 2013) การศึกษาความเหนื่อยล้าในต่างประเทศศึกษามุ่งเน้นไปที่อุบัติการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ในประเทศไทยมีการศึกษาความเหนื่อยล้าในกลุ่มโรคอื่น เช่น โรคหัวใจวาย แต่ไม่มีการศึกษาความเหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง มีเพียงการศึกษาในรูปแบบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในมิติของพลังกำลัง (vitality) (สมศักดิ์ เทียมเก่า และคณะ, 2552)

ผู้วิจัยสนใจศึกษาความเหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในครั้งแรกที่มีอาการตั้งแต่หนึ่งเดือนแต่ไม่เกินสามปี เนื่องจากเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถเข้าไปจัดการได้ หากพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ ก็จะเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องร่วมมือกันแก้ไขปัญหาความเหนื่อยล้า การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกรอบ Piper's integrated fatigue model นี้เลือกศึกษาบางปัจจัยที่ยังไม่มีความชัดเจน และยังต้องการงานวิจัยที่จะช่วยยืนยัน สนับสนุนแนวความคิดการเกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการปวด คุณภาพการนอนหลับ อาการซึมเศร้า เพื่อเป็นแนวทางไปสู่การพัฒนา กิจกรรมการพยาบาล อันจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

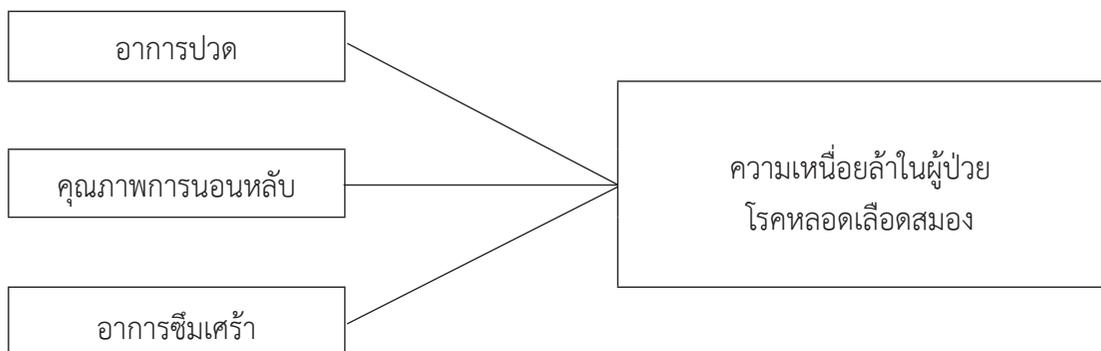
1. เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวด คุณภาพการนอนหลับ อาการซึมเศร้า และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมุติฐานการวิจัย

อาการปวด คุณภาพการนอนหลับ และอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวความคิดการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการปวด คุณภาพการนอนหลับ อาการซึมเศร้า โดยกำหนดกรอบแนวความคิดการวิจัย ดังนี้



วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงพรรณนา

ประชากร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรกที่มีอาการตั้งแต่หนึ่งเดือนไม่เกินสามปี อายุระหว่าง 18 -59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรกที่มีอาการตั้งแต่หนึ่งเดือนไม่เกินสามปี อายุระหว่าง 18 -59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกระบบประสาทวิทยาของโรงพยาบาลตำรวจ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลและโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยสุ่มเลือกสังกัดของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 3 ใน 6 สังกัดเนื่องจากพบอัตราชุกของโรคหลอดเลือดสมองในเขตดังกล่าวมากที่สุด จากนั้นทำการสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยอย่างง่าย (convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) อายุระหว่าง 18-59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด

ขาดเลือดครั้งแรกที่มีอาการตั้งแต่หนึ่งเดือนแต่ไม่เกิน 3 ปี 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ 4) ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dementia, Delirium, Alzheimer 's disease หรือ Severe psychiatric disorder 5) ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (Thondike, 1979) ซึ่งมีสูตรดังนี้ คือ $n = 10k + 50$ (เมื่อ n คือขนาดตัวอย่าง และ k คือจำนวนตัวแปร) การวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปร 9 ตัว ดังนั้นขนาดตัวอย่างเท่ากับ $10(9) + 50 = 140$ คน

กำหนดเกณฑ์การยุติการวิจัยหรือถอนอาสาสมัคร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ไข้สูง หายใจลำบาก หรือมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน หรือเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือวิตกกังวลในระหว่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันที และนำกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อคำถามส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระยะเวลาที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งรอยโรคของสมอง ข้อมูลชุดนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

Fatigue Severity Scale (FSS) พัฒนาโดย Krupp, LaRocca, Muir-Nash, and Steinberg (1989) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความเหนื่อยล้าที่ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย จากนั้นนำไปให้ศูนย์การแปล คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ตรวจสอบอีกครั้ง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะมาตรวัดแบบ Likert scale คะแนนระหว่าง 1-7, 1 คะแนน หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 7 คะแนน หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 63 คะแนน โดยคำนวณจากผลรวมของคะแนนจากการตอบแบบสอบถามหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด (Krupp et al., 1989) **การแปลผล** FSS \geq 4 คะแนน หมายถึงมีความเหนื่อยล้า

ชุดที่ 3 แบบประเมินอาการปวด

ประกอบไปด้วยตำแหน่งที่ปวด และคะแนนความปวด เป็นแบบวัดความรู้สึกรู้สึกปวด numeric rating scale จะเป็นเส้นตรงที่มีขีดแบ่งเป็นช่องเท่า ๆ กัน คะแนนเต็ม 10 คะแนน มีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0 - 10 โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการปวด, 1- 3 มีอาการปวดน้อย, 4-6 ปวดปานกลาง, 7-9 ปวดมาก และคะแนน 10 หมายถึงมีระดับอาการปวดมากที่สุด (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

ชุดที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการนอน

หลับ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) เป็นแบบสอบถามที่แสดงถึงคุณภาพการนอนหลับ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือฉบับแปลภาษาไทยมาจาก

ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรัญญ์ ต้นชัยสวัสดิ์ (2540) เครื่องมือนี้ ประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะข้อคำถามเป็นปลายเปิดและปลายปิด มาตราวัดแบบ Likert scale เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับมิติการนอนหลับ 7 องค์ประกอบ แต่ละข้อมีการแบ่งคะแนนไว้ 0-3 คะแนน ประเมิน 2 ลักษณะ คือ การนอนหลับเชิงปริมาณ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ระยะเวลาเข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน และประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย และการนอนหลับเชิงคุณภาพ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมในเวลากลางวัน คะแนนที่ได้จึงเป็น 0-21 คะแนน แล้วนำผลที่ได้แต่ละองค์ประกอบมารวมกัน (ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรัญญ์ ต้นชัยสวัสดิ์, 2540) **การแปลผล** 0-5 คะแนน หมายถึงคุณภาพการนอนหลับดี ส่วน 6-21 คะแนน หมายถึงคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

ชุดที่ 5 แบบประเมินอาการซึมเศร้าและ

วิตกกังวล The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) เป็นแบบสอบถามเพื่อคัดกรองอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ผู้วิจัยใช้เครื่องมือฉบับแปลภาษาไทยมาจากธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และ อุมารณณ์ไพศาลสุทธิเดช (2539) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับภาวะวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อคำถามที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด คิดคะแนนข้อคี่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด

คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) มาตรฐานวัดแบบ Likert scale มีคะแนน 0-3 คะแนน **การแปลผล** 0-7 คะแนน หมายถึง อาการซึมเศร้า หรือภาวะวิตกกังวลระดับต่ำ, 8-10 คะแนน หมายถึง อาการซึมเศร้าหรือภาวะวิตกกังวลระดับปานกลาง และ 11-21 คะแนน หมายถึง อาการซึมเศร้าหรือภาวะวิตกกังวลระดับสูง (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. นำเครื่องมือวิจัยไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน และใช้เกณฑ์ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหาที่ค่ามากกว่า 0.80 ผลการคำนวณความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 1.00

2. ตรวจสอบความเที่ยง โดยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ ประเมินความเหนื่อยล้า; แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ, และแบบประเมินอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลที่ได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์ การวิจัยและ

ไม่เป็นตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่า internal consistency โดยใช้สถิติ Cronbach's alpha reliability coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92, .61, 84

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่หนังสือรับรอง จว 58/2557, คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล COA 59/2557 และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 164/2557 ผู้วิจัยได้อธิบายแก่กลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย การตอบแบบสอบถามนั้น ไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลใดๆต่อการรักษา กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในเอกสารไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ 1) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานยื่นขอดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาล 2) เมื่อได้รับการอนุมัติจากจริยธรรมเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่

เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กำหนด วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาตในการสำรวจรายชื่อและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและศึกษาเพิ่มประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าหนึ่งวัน 4) ในวันเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าไปแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ป่วยสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยจะได้รับเอกสารในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเซ็นเป็นลายลักษณ์อักษร 5) ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยกลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบสอบถามในสถานการณ์เดียวกัน คือระหว่างที่รอพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หลังจากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ต้องเข้ารับการรักษาจากแพทย์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าพบแพทย์ก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จเรียบร้อยในภายหลัง 5) เก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากการตรวจร่างกาย ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงแขน และเส้นรอบน่อง และตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนจากแบบสอบถาม กล่าวขอบคุณ และมอบของที่ระลึกแก่กลุ่มตัวอย่าง 6) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2557 ถึงมีนาคม 2558 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 5 เดือน หลังจากนั้นนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 140 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 81.40) เป็นเพศชายร้อยละ 58.60 สถานภาพสมรสร้อยละ 68.60 ระดับการศึกษาประถมศึกษาศึกษาร้อยละ 34.30 รองลงมาคือ ร้อยละ 20.70 ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้าง ค่าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว รับราชการหรือพนักงาน รัฐวิสาหกิจ และเกษตรกรรวม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.40 มีรายได้เฉลี่ยทั้งหมดอยู่ที่ 22,921.4 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 57.10 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่หนึ่งเดือนถึงหนึ่งปี ร้อยละ 20 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 1-2 ปี และร้อยละ 22.90 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 2-3 ปี มีโรคร่วมร้อยละ 75.70 โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 65.70 ไขมัน

ในเลือดสูงร้อยละ 35.70 เบาหวานร้อยละ 27.90 ร้อยละ 10.70 กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าร้อยละ โรคไตร้อยละ 0.70 และโรคอื่นๆ เช่นโรคเกาต์ 55.70 ไม่มีความเหนื่อยล้าร้อยละ 44.30 หอบหืด โรคกระเพาะอาหารและต่อมลูกหมากโต ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับความเหนื่อยล้า (n = 140)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล
1- 3.99 คะแนน	62	44.3	ไม่มีความเหนื่อยล้า
4-7 คะแนน	78	55.7	มีความเหนื่อยล้า
รวม	140	100	

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=140)

ความเหนื่อยล้า	\bar{x}	S.D
1. แรงจูงใจของฉันลดลงเมื่อฉันมีความเหนื่อยล้า	4.01	1.83
2. การออกกำลังกายทำให้ฉันเหนื่อยล้า	3.35	1.83
3. ฉันรู้สึกเหนื่อยล้าได้ง่าย	4.18	1.82
4. ความเหนื่อยล้ารบกวนสมรรถภาพทางกายของฉัน	4.26	1.73
5. ความเหนื่อยล้าสร้างปัญหาให้ฉันบ่อยๆ	3.72	1.76
6. ความเหนื่อยล้าเป็นอุปสรรคในการคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกาย	4.19	1.76
7. ความเหนื่อยล้ามีผลกระทบต่อการทำงานที่และความรับผิดชอบในงานบางประการ	4.14	1.90
8. ความเหนื่อยล้าเป็นหนึ่งในสามอาการสำคัญที่ทำให้ฉันทำสิ่งต่างๆได้ลดลง	4.15	1.84
9. ความเหนื่อยล้ามีผลกระทบต่อการทำงานการใช้ชีวิตในครอบครัว หรือการใช้ชีวิตในสังคมของฉัน	4.27	1.89
ความเหนื่อยล้าโดยรวม	4.05	1.86

จากตารางที่ 2 ในภาพรวมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเหนื่อยล้า เมื่อพิจารณา รายชื่อ พบว่าทุกข้อคำถามแสดงถึงความเหนื่อยล้า ($\bar{x} > 4$) ยกเว้นข้อคำถามที่ 2 และข้อคำถามที่ 5 โดยข้อคำถาม การออกกำลังกายทำให้ฉันเหนื่อยล้าและความเหนื่อยล้าสร้างปัญหาให้ฉันบ่อยๆ ($\bar{x} < 4$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการออกกำลังกาย

ไม่ได้ทำให้ตัวผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้า ความเหนื่อยล้า อาจจะมาจกสาเหตุอื่นๆ และถึงแม้จะมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น แต่ตัวผู้ป่วยเองก็รับรู้ว่าจะยังไม่เป็นปัญหาสำคัญ ผู้ป่วยอาจมีการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่ดี ทำให้ความเหนื่อยล้าไม่สร้างปัญหาแก่ตัวผู้ป่วย

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อาการปวด คุณภาพการนอนหลับ อาการซึมเศร้า และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix) (n = 140)

ตัวแปร	อาการปวด	คุณภาพการนอนหลับ	อาการซึมเศร้า	ความเหนื่อยล้า
อาการปวด	1.00			
คุณภาพการนอนหลับ	.37**	1.00		
อาการซึมเศร้า	.38**	.49**	1.00	
ความเหนื่อยล้า	.35**	.53**	.56**	1.00

**p < .01

จากตารางที่ 3 พบว่า อาการปวด คุณภาพการนอนหลับ อาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = 0.35$, $r = 0.53$ และ $r = 0.56$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าร้อยละ 55.70 ซึ่งรายงานว่าการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นเป็นประจำเกือบทุกวัน ไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างต้องการพักผ่อนในช่วงกลางวันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการสังเคราะห์อภิมานของ Eilertsen,

Ormstad, and Kirkevold (2013) ศึกษาประสบการณ์ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมา 12 เรื่อง ได้ข้อสรุปคุณลักษณะความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยรู้สึกขาดพลังที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เหนื่อยล้าง่าย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว 2) ผู้ป่วยต้องการนอนหลับพักผ่อนยาวนานมากขึ้น 3) ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรมและต้องการพักผ่อนในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ในระหว่างการทำงานทุกวัน จนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน 4) ไม่สามารถคาดเดาหรืออธิบาย

ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ โดยอธิบายไม่ได้ว่า อาการเหนื่อยล้าจะเกิดขึ้นเมื่อใด เหตุใดจึงทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและเครียด (Eilertsen et al., 2013) ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างจากความเหนื่อยล้าในกลุ่มโรคอื่นในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ความเหนื่อยล้าเกิดจากการทำงานที่บกพร่องของระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทส่วนปลาย ซึ่งสัมพันธ์กับรอยโรคตั้งแต่ระดับของสมองจนถึงไขสันหลัง ส่งผลให้การส่งกระแสประสาทผิดปกติไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากรอยโรคเกิดบริเวณเซลล์ในระบบประสาทบริเวณไฮโปทาลามัสซึ่งเป็นส่วนที่ควบคุมความเหนื่อยล้า ก็จะส่งผลให้บุคคลขาดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ ผลจากรอยโรคของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การส่งกระแสประสาทสู่ระบบประสาทส่วนปลายผิดปกติไป การทำงานในระดับกล้ามเนื้อถูกรบกวน ส่งผลให้กระบวนการหดคลายตัวและการเคลื่อนไหวผิดปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีภายในกล้ามเนื้อ กรดแลคติกและไพรูวิกคั่งเกิดอาการล้าของกล้ามเนื้อ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่ใช้แบบประเมิน FSS พบอุบัติการณ์ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 29-78 (Acciarresi, Bogouslavsky, & Paciaroni, 2014; Lerdal, 2013; Wang, Wang, Wang, & Chen, 2014; van de Port, Kwakkel, Schepers, Heinemans, & Lindeman, 2007) อุบัติการณ์ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในแต่ละงานวิจัยมีความคล้ายและแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะประชากร ระเบียบวิธีการวิจัย ตลอดจนเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้วัดความเหนื่อยล้า อย่างไรก็ตาม FSS เป็นเครื่องมือที่มีผู้ศึกษานำมาประเมินความเหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดเนื่องจากข้อคำถามน้อยสั้น เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้แล้วเครื่องมือยังมีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดคุณภาพการนอนหลับ อาการซึมเศร้า และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 อาการปวดมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ($r = 0.35$) เป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อเกิดอาการปวดขึ้นร่างกายจะกระตุ้นให้มีการตอบสนองโดยสังเคราะห์ Corticotropin-releasing Hormone ทำให้เพิ่มการหลั่ง ACTH ที่ต่อมใต้สมองส่วนหน้า ส่งผลให้ต่อมหมวกไตเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอลและสารแคททีโคลามีนที่ประกอบไปด้วย epinephrine และ norepinephrine เพิ่มขึ้น ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว การเผาผลาญพลังงานสูงขึ้น มีการสลายตัวของไขมันและกรดอะมิโนออกจากกล้ามเนื้อมากขึ้น ยับยั้งการหลั่งอินซูลิน ซึ่งมีความจำเป็นในการพาคาร์โบไฮเดรตเข้าสู่เซลล์เพื่อสังเคราะห์ไกลโคเจน และจากการหลั่งสารจำพวกแคททีโคลามีนและคอร์ติซอล ทำให้หลอดเลือดหดตัว เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลดลง จึงเป็นเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น นอกจากนี้แล้วผลจากความปวดจะเกิดการสร้าง Nitric oxide

ซึ่งเป็นอนุมูลอิสระที่เป็นพิษต่อเซลล์ สามารถจับกับเม็ดเลือดแดงได้เร็วกว่าโมเลกุลของออกซิเจน ส่งผลให้เกิดการขัดขวางกระบวนการขนส่งออกซิเจน และหากออกซิไดส์เป็น Nitrate จะเกิดการทำลายเซลล์ เซลล์ไม่สามารถสร้างสารพลังงานสูง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Naess, Lunde, Brogger, and Waje-Andreassen (2010) ศึกษาอาการปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 6 เดือน หลังเกิดอาการของโรค พบว่าอาการปวดมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Naess, Lunde, and Brogger (2012) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบประเมิน FSS,VAS การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับอาการปวด (Naess et al., 2012) การศึกษาอุบัติการณ์อาการปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความหลากหลายมาก ตั้งแต่ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาหลังเกิดอาการ ตลอดจนการใช้เครื่องมือหรือจุดตัดคะแนนความปวดที่แตกต่างกัน อุบัติการณ์ความปวดจึงมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาอาการปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันยังมีอยู่ค่อนข้างน้อย และต้องการองค์ความรู้ใหม่ๆ เพื่อจัดการกับอาการปวด เช่น อาการปวดไหล่ หนึ่งในอาการปวดที่ผู้ป่วยรายงานว่าเกิดขึ้นต่อเนื่องถึง 4 ปีหลังเกิดอาการของโรค อาการดังกล่าวสามารถทุเลาลงได้ภายใน 6 เดือน หากผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการ

รับประทานยาลดอาการปวด (Naess et al., 2010) ดังนั้น ปัจจุบันจึงต้องการการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นอาการปวดมากขึ้น เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ๆ อันจะช่วยพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

2.2 คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = 0.53$) เป็นไปตามสมมุติฐานและสอดคล้องกับแนวคิดความเหนื่อยล้าคือการนอนหลับอย่างเพียงพอมีความสำคัญต่อร่างกายในการเก็บรักษาพลังงานและสะสมพลังงานไว้ใช้ แต่หากนอนหลับไม่เพียงพอก็จะส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถสร้างสารให้พลังงานสูง สะสมโปรตีนหรือหลังฮอร์โมน เพื่อการเจริญเติบโตได้ เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหนื่อยล้า จากการศึกษาการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติของโครงสร้างการนอนหลับ โดยมีการลดลงของ slow wave sleep และ rapid eye movement (REM) เมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ (Mohsenin, 2001) การหลับในระยะคลื่นช้าเป็นการนอนหลับในระยะที่ 3 และ 4 รวมกัน โดยในระยะที่ 3 เป็นระยะที่หลับสนิท ร่างกายมีการสร้างและสะสมโปรตีน ตลอดจนเก็บสะสมพลังงานไว้ในเซลล์ ในขณะที่ระยะที่ 4 ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโต (growth hormone) และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ซึ่งจะช่วยให้เกิดพลังงาน ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการนอนหลับในระยะที่ 3 และ 4 ลดลง จึงเกิด

ความเหนื่อยล้าได้ง่ายกว่าบุคคลปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังพบอุบัติการณ์ของ sleep disorder breathing สูงถึงร้อยละ 69 – 77 โดยพบความผิดปกติของการหายใจขณะหลับ การหยุดหายใจเป็นพักๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องในการนอนหลับ เกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะหลับ และนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (Bassetti & Hermann, 2011)

ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lerdal and Gay (2013) ที่พบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($r = 0.211$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Giacobbe (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าวิตกกังวล คุณภาพการนอนหลับ สมรรถภาพทางกาย ภาวะหายใจอุดกั้นต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p = .05$ ($r = 0.38$) ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าคุณภาพการนอนหลับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้า บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขลักษณะที่ดีในการนอน การเข้านอนเป็นเวลา ไม่ทำกิจกรรมอื่นๆบนเตียง การรับประทานอาหารที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับที่ดี สิ่งเหล่านี้เป็นข้อมูลจำเป็นที่ผู้ป่วยควรได้รับ และหากปฏิบัติแล้วการนอนหลับยังไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องการนอนต่อไป

2.3 อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = 0.56$) เป็นไปตามสมมุติฐานคือความผิดปกติทางด้านจิตใจเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (Piper, 1993) เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าขึ้น ร่างกายจะกระตุ้นให้มีการตอบสนองโดยสังเคราะห์ CRH ทำให้เพิ่มการหลั่ง ACTH ที่ต่อมใต้สมองส่วนหน้า ส่งผลให้ต่อมหมวกไตเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอลและสารแคททีโคลามีนที่ ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว การเผาผลาญพลังงานสูงขึ้น มีการสลายตัวของไขมัน และกรดอะมิโนออกจากกล้ามเนื้อมากขึ้น ยับยั้งการหลั่ง insulin ซึ่งมีความจำเป็นในการพาคาร์โบไฮเดรตเข้าสู่เซลล์ เพื่อสังเคราะห์ไกลโคเจน และจากการหลั่งสารจำพวกแคททีโคลามีนและคอร์ติซอลทำให้หลอดเลือดหดตัว เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลดลง จึงเป็นเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น

ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่ระบุว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Naess & Nyland, 2013; Wang et al., 2014; Naess, Lunde, Brogger, & Waje-Andreassen, 2012) และเป็นปัจจัยทำนายอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การคัดกรองอาการซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญ หลายงานวิจัยระบุว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นปัจจัยทำนายอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาค้นคว้านี้ช่วยยืนยันผลการวิจัยดังกล่าว

ฉะนั้นการคัดกรองอาการซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่มสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย การจัดกิจกรรมการพยาบาลหรือการพัฒนา กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม เช่น จัดโปรแกรมบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้า สิ่งเหล่านี้ก็จะสามารถช่วยลดสภาวะทางอารมณ์ ลดความเหนื่อยล้า ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรมีการประเมินความเหนื่อยล้าตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน โดยเลือกใช้เครื่องมือประเมินที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การจัดการความเหนื่อยล้า และการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง

2. ควรประเมินอาการปวดตั้งแต่ระยะแรกจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน โดยประเมินให้ครอบคลุมทุกระบบ ในกรณีที่อาการปวดมีสาเหตุมาจากโรคในสมอง อาการปวดอาจเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย หากอาการปวดไม่ทุเลา ควรรายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยาที่มีความเหมาะสมต่อไป

3. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับสุขลักษณะการนอนที่ดี เช่น การเข้านอนตรงเวลา ไม่ทำกิจกรรมอื่นๆบนเตียงนอน หรือการรับประทานอาหารที่

ช่วยส่งเสริมการนอนหลับที่ดี หากผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับมากๆควรประสานความร่วมมือกับแพทย์ในการพิจารณาให้ยานอนหลับที่มีความเหมาะสม

4. ควรมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการซึมเศร้า โรงพยาบาลควรมีการประเมินอาการซึมเศร้าตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าในระดับสูง ควรมีการช่วยเหลือผู้ป่วยปรึกษาจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาเพื่อบำบัดฟื้นฟู และให้การรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆที่อาจมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า เช่น ตำแหน่งรอยโรคในสมอง สารชีวเคมีต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นระดับฮีโมโกลบิน วิตามินบี 12 การเผชิญกับปัญหา (coping style) สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy)

2. ควรพัฒนารูปแบบโปรแกรมที่ช่วยบำบัดความเหนื่อยล้า เช่น โปรแกรมการให้ความรู้และจัดการกับความเหนื่อยล้า โปรแกรมปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (cognitive behavioral therapy) โปรแกรมการออกกำลังกาย และโปรแกรมบำบัดทางจิตสังคม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, และ วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. (2540). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42, 123-132.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และ อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2544). *เครื่องมือประเมินปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช*. สืบค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2557, จาก <http://www.ramamental.com/gp/gp31>.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า, ชูศรี คูชัยสิทธิ์, สุกานดา อริยานุชิตกุล, ศศิธร แสงพงศานนท์, สุพจน์ คำสะอาด และ วาสนา จันทะชุม. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 92(12), 1602-1609.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย.(2552). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน (Clinical Guidance for Acute Pain Management) (Vol.1)*. กรุงเทพฯ: สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2557). *จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2544 - 2555*. สืบค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2557, จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>,
- Acciarresi, M., Bogouslavsky, J., & Paciaroni, M. (2014). Post-stroke fatigue: Epidemiology, clinical characteristics and treatment. *Eur Neurol*, 72(5-6), 255-261.
- Bassetti, C. L., & Hermann, D. M. (2011). Sleep and stroke. *Handb Clin Neurol*, 99, 1051-1072.
- Cumming, T. B., Thrift, A. G., Collier, J. M., Churilov, L., Dewey, H. M., Donnan, G. A., & Bernhardt, J. (2011). Very early mobilization after stroke fast-tracks return to walking: Further results from the phase II AVERT randomized controlled trial. *Stroke*, 42(1), 153-158.
- Davis , S., & Norving, B. (2013). Organizational Update: World Stroke Organization. *Stroke*, 44(12), e173.
- De Groot, M. H., Phillips, S. J., & Eskes, G. A. (2003). Fatigue associated with stroke and other neurologic conditions: Implications for stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 84(11), 1714-1720.

- Eilertsen, G., Ormstad, H., & Kirkevold, M. (2013). Experiences of poststroke fatigue: Qualitative meta-synthesis. *J Adv Nurs*, 69, 514-525.
- Giacobbe, P. (2010). *Post-stroke fatigue: Refining the concept*. (Master of Science), University of Toronto, Retrieved from <http://books.google.co.th/books?id=iUk5MwEACAAJ>
- Krupp, L., LaRocca, N., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. (1989). The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol*, 46, 1121 - 1123.
- Lerdal, A., & Gay, C. L. (2013). Fatigue in the acute phase after first stroke predicts poorer physical health 18 months later. *Neurology*, 1-7.
- Mohsenin, V. (2001). Sleep-related breathing disorders and risk of stroke. *Stroke*, 32(6), 1271-1278.
- Naess, Lunde, L., & Brogger, J. (2012). The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: The Bergen stroke study. *Vasc Health Risk Manag*, 8, 407-413.
- Naess, Lunde, L., Brogger, J., & Waje-Andreassen, U. (2010). Post-stroke pain on long-term follow-up: The Bergen stroke study. *J Neurol*, 257(9), 1446-1452.
- Naess, H., Lunde, L., Brogger, J., & Waje-Andreassen, U. (2012). Fatigue among stroke patients on long-term follow-up: The Bergen stroke study. *J Neurol Sci*, 312(1-2), 138-141.
- Naess, H., & Nyland, H. (2013). Poststroke fatigue and depression are related to mortality in young adults: A cohort study. *BMJ Open*, 3
- Piper, B. F. (1993). Fatigue and cancer: Inevitable companions? *Supportive Care in Cancer*, 1(6), 285-286.
- Thondike, R. (1979). Correlation procedures for research. Gardner Press, Inc., New York 1978. *Biometrical Journal*, 21(4), 403-403.
- van de Port, I. G., Kwakkel, G., Schepers, V. P., Heinemans, C. T., & Lindeman, E. (2007). Is fatigue an independent factor associated with activities of daily living, instrumental activities of daily living and health-related quality of life in chronic stroke? *Cerebrovasc Dis*, 23(1), 40-45.
- Wang, S. S., Wang, J. J., Wang, P. X., & Chen, R. (2014). Determinants of fatigue after First-ever ischemic stroke during acute phase. *PLoS One*, 9(10), e110037.