

คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลต้ง

นวน น ศิลบุตร

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลต้ง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลต้ง 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลต้ง

วิธีการศึกษา ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มาติดตามการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลต้ง กำหนดอายุ 18 ปีขึ้นไป ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 - กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 129 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม จำนวน 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกเวชระเบียน 3) แบบประเมินกลุ่มอาการนอนไม่หลับ 4) แบบประเมินกลุ่มอาการนอนหลับมาก 5) แบบประเมินคุณภาพการนอน 6) แบบประเมินกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Spearman's correlation matrix และ chi-square test

ผลการศึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนไม่ดีที่ร้อยละ 53.5 อาการนอนไม่หลับร้อยละ 31.8 มีอาการง่วงงายระหว่างวันระดับน้อยร้อยละ 7.8 และพบกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขร้อยละ 7.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือความเพียงพอของรายได้ ($P=.000$) ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ($P=0.011$) และประวัติการรับประทานยาทางจิตเวชโดยค่า ($P=.002$) สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการง่วงงายระหว่างวันพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคเบาหวาน ($P=.000$) และไขมันในเลือดสูง ($P=.012$) มีความสัมพันธ์กับอาการง่วงงายระหว่างวัน สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการขาอยู่ไม่สุข ทดสอบความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบเมตริกสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation matrix) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับคุณภาพการนอนที่ไม่ดี

สรุป ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับและคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีโรคร่วม โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการง่วงงายระหว่างวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ซึ่งการทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำควรมีการคัดกรองเพื่อติดตามเรื่องคุณภาพการนอนเพื่อการจัดการปัญหาการนอนให้ผู้ป่วยได้รวดเร็วมากขึ้น

คำสำคัญ คุณภาพการนอน นอนไม่หลับ อาการง่วงงายระหว่างวัน อาการขาอยู่ไม่สุข โรคหลอดเลือดสมอง

Corresponding author: นวน น ศิลบุตร

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลต้ง

E-mail: navamonsinlabud@gmail.com

วันรับ : 25 เมษายน 2565 วันแก้ไข : 9 กรกฎาคม 2565 วันตอบรับ : 12 กรกฎาคม 2565

Sleep Quality and Associated Factors of Patients with Cerebrovascular Disease in Trang Hospital

Navamon Sinlabud

Department of Psychiatry and Drug Dependence, Trang Hospital

ABSTRACT

Objectives: 1) To study sleep quality among patients with cerebrovascular disease at Trang Hospital. 2) To study factors associated with sleep quality of the patients in 1)

Methods: This research uses a cross-sectional survey method to study patients with cerebrovascular disease at Trang Hospital. The subjects are 129 outpatients of 18 and older at Trang hospital between December 2021 and February 2022. Research instruments are six documents consisting of personal information questionnaire, medical record, Insomnia Severity Index (Thai version), Epworth Sleepiness scale (Thai version), Pittsburgh Sleep Quality Index (Thai version) and Restless Leg Syndrome questionnaire. All data collected are statistically assessed by using a chi-squared test and Spearman's correlation matrix.

Results: 53.5 percent of the test patients with cerebrovascular disease are poor sleep quality, about 31.8 percent has clinical insomnia, 7.8 percent suffers from mild excessive daytime sleepiness, and 7.8 percent are affected by restless leg syndrome. The three factors implicitly leading to poor sleep quality in the patients are socio-economic problem ($P < .001$), family history of psychiatric disease ($P = .011$) and history of psychiatric medication ($P = .002$). For excessive daytime sleepiness, it is mostly found in the patients with diabetes mellitus ($P = .000$) and dyslipidemia ($P = .012$). The Spearman's correlation matrix indicates that recurrence of cerebrovascular disease is associated with sleep quality.

Conclusion: Socio-economic problem, family history of psychiatric disease or history of psychiatric medication may cause poor sleep quality in patients with cerebrovascular disease. Furthermore, cerebrovascular disease patients with diabetes mellitus and dyslipidemia are prone to excessive daytime sleepiness. In reverse, poor sleep quality may result in recurrence of cerebrovascular disease. Knowing the aforementioned factors relevant to sleep quality is useful for monitoring in-patients with cerebrovascular disease. For those with recurrence of the disease, their sleep quality should be seriously investigated so as to detect their sleep problems more quickly.

Keywords: sleep quality, insomnia, excessive daytime sleepiness, restless leg syndrome, cerebrovascular disease

Corresponding author: Navamon Sinlabud

E-mail: navamonsinlabud@gmail.com

Received 25 April 2022 Revised 9 July 2022 Accepted 12 July 2022

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) เป็นปัญหาสำคัญทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 2 และมีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life-years: DALYs) เป็นอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี พ.ศ. 2553 และยังคงมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศที่มีรายได้ปานกลาง¹

สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 - 2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วย 293,463 ราย ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศไทย²

สำหรับอุบัติการณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยยังไม่พบสถิติที่แน่ชัด แต่ในต่างประเทศมีการศึกษาคุณภาพการนอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความชุกของผู้ที่มีปัญหาการนอนอยู่ที่ร้อยละ 19.8-69 ขึ้นอยู่กับการใช้แบบทดสอบที่แตกต่างกัน³ และผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบแล้ว 3 เดือน พบว่า ร้อยละ 44.2 มีการนอนหลับในช่วงกลางคืนไม่ดี ร้อยละ 14.4 มีการงีบหลับช่วงกลางวันมากเกินไป⁴ ร้อยละ 37.5 ถึง 56.7 มีอาการนอนไม่หลับ⁵ และจากงานวิจัย Laura Perez-Carbonell และคณะ พบว่าผู้ที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในส่วน Subcortical เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นโรคขาอยู่ไม่สุข⁶

โดยปัญหาการนอนหลับ (sleep disturbances) ส่งผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย คุณภาพชีวิต อารมณ์ ระดับการรู้คิด^{7,8} และทำให้มีการใช้ยานอนหลับมากเกินความจำเป็น ร้อยละ 20 ของผู้ที่มีอายุระหว่าง 55 - 84 ปี มีการใช้ยานอนหลับหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 2-3 คืนต่อสัปดาห์ การใช้ยานอนหลับในผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction) นอกจากนี้ยานอนหลับที่มากเกินไปก็ยังทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ทำให้ระดับการรู้คิดเสื่อมลง (impaired cognition) เกิดการพลัดตกหกล้ม ระดับความสามารถในการทำงานและการเข้าสังคมลดลง⁹ ดังนั้นการตระหนักและป้องกันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

จึงเป็นการลดการใช้ยานอนหลับที่มากเกินไปเกินความจำเป็น และลดความเสี่ยงในการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

นอกจากนี้ปัญหาการนอนหลับยังส่งผลต่อโรคหลอดเลือดสมอง จากงานวิจัยพบว่าปัญหาการนอนหลับมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและผลการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง⁹ ซึ่งสัมพันธ์กับงานวิจัย Li-Jun Li และคณะ¹⁰ พบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเพิ่มอัตราการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายในปีแรก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตราง เพื่อเป็นข้อมูลต่อการพัฒนาระบบการดูแลเรื่องคุณภาพการนอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยศึกษา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การคัดเลือกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีรหัส ICD-10 อยู่ในช่วง I-60 ถึง I-69 กำหนดอายุ 18 ปีขึ้นไป มาติดตามการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตราง ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 - กุมภาพันธ์ 2565 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจการสื่อสารโดยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียน ตามปกติได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสืบค้นประวัติได้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสูตร $n = z^2pq / d^2$ โดยใช้ความชุกของการนอนหลับผิดปกติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 69 อ้างอิงจากการศึกษาของ Satu Bayland และคณะ³ โดยมี acceptable error 0.08 ค่าวนได้ 128.39 ซึ่งเก็บขนาดตัวอย่าง 129 คน

การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตราง กลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้ารับการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้และลงชื่อยินยอมเข้ารับการศึกษ โดยแบบสอบถามการวิจัยมีทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ให้อาสาสมัครเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ประวัติ

การตีความและสารเสพติด ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว และสุขภาพลักษณะการนอน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเวชระเบียนโดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดเก็บ ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในโปรแกรม HosXp ของโรงพยาบาล ประกอบไปด้วยชนิดของโรคหลอดเลือดสมองและการกลับเป็นซ้ำ จาก ICD-10 ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม และประวัติ การรับประทานยาทางจิตเวช

ส่วนที่ 3 แบบประเมินกลุ่มอาการนอนไม่หลับ ซึ่งวินิจฉัย จากแบบวัด Insomnia severity index ฉบับภาษาไทย ของพัทธิญา แก้วแพง¹¹ ซึ่งดัดแปลงมาจาก Insomnia Severity Index ใช้วัดอาการนอนไม่หลับประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยอาสาสมัครเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง (self-rated) แบบสอบถามนี้มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี โดยมี Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้อง ภายในของแบบวัดอยู่ที่ 0.82 การคิดคะแนน การรวมคะแนน ทุกข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 - 4 ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามี อาการนอนไม่หลับ ซึ่งมีเกณฑ์แบ่งตามคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระยะเริ่มแรก (8 - 14) ปานกลาง (15 - 21) และ รุนแรง (22 - 28)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินกลุ่มอาการนอนหลับมาก ซึ่ง วินิจฉัยจากแบบวัดอาการง่วงระหว่างวัน Epworth Sleepiness scale (Johns, 1991) ฉบับภาษาไทยโดย รศ.นพ.วิษณุ บรรณศิริ¹² ใช้วัดอาการง่วงระหว่างวันประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามนี้มีความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87 คิดคะแนนโดยคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวม 24 คะแนน โดยความง่วงระดับปกติเท่ากับ 0 - 10 คะแนน มากกว่า 10 คะแนน ถือว่ามีความง่วงมากกว่าปกติ โดยความง่วงระดับน้อยเท่ากับ 11 - 15 คะแนน ความง่วงระดับมาก มากกว่า 15 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพการนอน ซึ่งวินิจฉัย จากแบบวัด Pittsburgh Sleep Quality Index ฉบับภาษาไทย ได้รับการพัฒนาโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และคณะ¹³ ซึ่ง ดัดแปลงมาจาก Pittsburgh Sleep Quality Index ใช้วัดคุณภาพ การนอนประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ โดยอาสาสมัคร เป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง แบบสอบถามนี้มีความแม่นยำและ ความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี โดยมี Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัดอยู่ที่ 0.837 และค่า Spearman's correlation coefficient อยู่ที่ 0.89 มีค่า sensitivity 77.78% และ specificity 93.33% คิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อ

มารวมกัน โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 - 3 เทียบความรุนแรงตาม ค่าคะแนน โดยตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีคุณภาพการนอนไม่ดี

ส่วนที่ 6 แบบประเมินกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข ประเมิน จากการซักถามอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย 4 ข้อ ดังนี้ 1) มีการ ขยับขาเนื่องจากมีความไม่สุขสบาย เช่น รู้สึกขยับยิบเหมือนมีอะไร ใต้ที่ขา ปวด แสบ เหมือนถูกไฟช็อต กล้ามเนื้อกระตุก 2) อาการ จะเกิดขึ้นขณะพักหรืออยู่นิ่งๆ ในขณะนอนหรือนั่ง 3) อาการจะดี ขึ้นเมื่อได้ขยับขา เปลี่ยนท่าทาง หรือเดิน 4) อาการมักเกิดขึ้นหรือ แยกช่วงเย็นหรือกลางคืน¹⁴ โดยให้ตอบมีหรือไม่มี ถ้ามีอาการ ครบเกณฑ์การวินิจฉัยทั้ง 4 ข้อ แสดงว่ามีอาการขาอยู่ไม่สุข แบบประเมินโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for Window นำเสนอข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่ม อาการนอนไม่หลับ กลุ่มอาการนอนหลับมาก คุณภาพการนอน และกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย โดยแยกเป็น บัณฑิตแต่ละด้านและเปรียบเทียบบัณฑิตที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการ นอนไม่หลับ กลุ่มอาการนอนหลับมาก คุณภาพการนอน และกลุ่ม อาการขาอยู่ไม่สุข โดยใช้ chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ อาการนอนไม่หลับ อาการง่วงระหว่างวัน คุณภาพการนอน และอาการขาอยู่ไม่สุข ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบ ของเมตริกสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation matrix)

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละด้านปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง

	ปัจจัย	ความถี่	ร้อยละ
เพศ	ชาย	75	58.1
	หญิง	54	41.9
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 46 ปี	10	7.8
	46 - 60 ปี	47	36.4
	มากกว่า 60 ปี	72	55.8
	Mean = 60.56, S.D. = 9.80, Min = 32, Max = 84		

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละด้านปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง (ต่อ)

ปัจจัย	ความถี่	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	12	9.3
สมรส	86	66.7
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	31	24.0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	37	28.7
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	22	17.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	9.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	29	22.5
เกษตรกรรม/ปศุสัตว์/ประมง	7	5.4
อื่นๆ	22	17.1
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	74	57.4
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	31	24.0
เป็นหนี้	24	18.6
สถานะทางการเงิน ภาระที่ต้องรับผิดชอบต่อผู้อื่น		
ไม่มี	80	62.0
พ่อ แม่	9	7.0
ญาติพี่น้อง	6	4.7
บุตร	34	26.4
การใช้สารเสพติด		
ไม่เคยใช้	119	92.2
เคยใช้	10	7.8
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์		
ไม่เคยดื่ม	62	48.1
เคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้	55	42.6
ยังคงใช้อยู่	12	9.3
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ		
ไม่เคยดื่ม	19	14.7
เคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้	38	29.5
ยังคงใช้อยู่	58	45.0

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละด้านปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง (ต่อ)

ปัจจัย	ความถี่	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่ ซิการ์ หรือยาเส้น		
ไม่เคยใช้	83	64.3
เคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้	30	23.3
ยังคงใช้อยู่	13	10.1
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว		
ไม่มี	122	94.6
มีคนในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช	7	5.4
สุขลักษณะการนอน		
เข้านอนและตื่นเวลาเดิมทุกวัน	106	82.2
ดื่มชา กาแฟ 4 - 6 ชม. ก่อนนอน	27	20.9
สูบบุหรี่ 4 - 6 ชม. ก่อนนอน	14	10.9
ออกกำลังกาย 4 ชม. ก่อนนอน	16	12.4
มีกิจกรรมที่กระตุ้นร่างกายและจิตใจในช่วงเวลาใกล้นอน เช่น ฟังเพลง เสียงดัง ชมภาพยนตร์ที่ตื่นเต้น	24	18.6
รับประทานอาหารมื้อใหญ่หรือปล่อยให้หิวจัดช่วงก่อนนอน	15	11.6
ห้องนอนมีแสง เสียง รบกวน	30	23.3
ใช้เตียงในการทำกิจกรรมอย่างอื่นที่นอกเหนือจากการนอน และกิจกรรมทางเพศ	8	6.2
งีบหลับระหว่างวันมากกว่า 1 ชั่วโมง	37	28.7

จากตารางที่ 1 ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.1 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 55.8 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 60.6 ปี ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความเพียงพอของรายได้เพียงพอ เหลือเก็บ ร้อยละ 57.4 สถานะทางการเงินไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบต่อผู้อื่น ร้อยละ 62.0 สำหรับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดไม่เคยใช้ ร้อยละ 92.2 ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 48.1 ไม่เคยใช้บุหรี่ ซิการ์ ยาเส้น ร้อยละ 64.3 แต่ยังคงมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ร้อยละ 45.0

สุขลักษณะการนอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลตรัง สามอันดับแรกที่พบบ่อย ร้อยละ 82.2 เข้านอนและตื่นเวลาเดิมทุกวัน มีพฤติกรรมงีบหลับระหว่างวันมากกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 28.7 และห้องนอนมีแสง เสียงรบกวน ร้อยละ 23.3 ตามลำดับ

จากตารางที่ 2 ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดร้อยละ 95.3 และมีโรคหลอดเลือดสมองชนิดกลับเป็นซ้ำร้อยละ 9.3 โดยระยะเวลาเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ 1 - 12 เดือน ร้อยละ 62.0 ผู้เข้าร่วมวิจัยมีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 59.7 โรคอื่นๆ ร้อยละ 38.7 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 17.1 ซึ่งร้อยละ 77.5 ไม่มีประวัติรับยาทางจิตเวช

จากตารางที่ 3 แสดงการนอนหลับผิดปกติแบบต่างๆ พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนไม่ดีที่ร้อยละ 53.5 อาการนอนไม่หลับร้อยละ 31.8 โดยมีอาการนอนไม่หลับระยะเริ่มแรกร้อยละ 19.4 และมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง ร้อยละ 1.4 ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการรบกวนง่ายระหว่างวันอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 92.2 มีอาการรบกวนระดับน้อยร้อยละ 7.8 และส่วนใหญ่ไม่พบอาการชาอยู่ไม่สุขร้อยละ 92.2

จากตารางที่ 4 การทดสอบความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบเมตริกสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation matrix) โดยพิจารณาค่า r หากค่า r มีค่าใกล้ -1 หรือ 1 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันระดับสูง แต่หากค่า r เข้าใกล้ 0 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันระดับต่ำ หรือไม่มีแสดงถึงการมีความสัมพันธ์กัน จากตารางที่ 5 สรุปได้ดังนี้

1. พบว่าโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์กันเชิงลบกับโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง ($r=-0.400$) และมีความสัมพันธ์กันเชิงลบกับโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ($r=-0.563$)
2. พบว่าโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ($r=0.192$)
3. พบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ($r=0.626$) และมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับอาการชาอยู่ไม่สุข ($r=0.220$)
4. พบว่าคุณภาพการนอนที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับอาการชาอยู่ไม่สุข ($r=0.270$)

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับชนิดต่างๆ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลตรัง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ 1) ความเพียงพอของรายได้ ($P<.001$) 2) ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ($P=.011$) และ 3) ประวัติการรับประทานยาทางจิตเวช ($P=.002$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นนี้จะมีคุณภาพ

การนอนไม่เต็มที่มากที่สุดร้อยละ 91.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคนในครอบครัว มีประวัติโรคทางจิตเวชจะมีคุณภาพการนอนไม่ดีกว่าร้อยละ 100 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประวัติการรับประทานยาทางจิตเวช จะมีคุณภาพการนอนไม่ดีกว่าร้อยละ 79.3

ความเพียงพอของรายได้ ($P<.001$) และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ($P=.021$) มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการรบกวนง่ายระหว่างวัน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคเบาหวาน ($P<.001$) และไขมันในเลือดสูง ($P=.012$) มีความสัมพันธ์กับอาการรบกวนง่ายระหว่างวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการชาอยู่ไม่สุขในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยเรื่องเพศ ($P=.011$) มีความสัมพันธ์กับอาการชาอยู่ไม่สุขในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มาติดตามการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนไม่ดีที่ร้อยละ 53.5 อาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 31.8 สอดคล้องกับงานวิจัย Satu Beyland และคณะ³ ที่พบความชุกของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ร้อยละ 19.8 ถึงร้อยละ 69 โดยความแตกต่างของความชุกขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจและเครื่องมือที่ใช้คัดกรองสำหรับอาการรบกวนง่ายระหว่างวัน พบว่า ผู้เข้าร่วมงานวิจัยพบอาการรบกวนง่ายระหว่างวันระดับน้อยร้อยละ 7.8 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับงานวิจัย Laura Perez-Carbonell และคณะ⁵ พบความชุกของอาการรบกวนง่ายระหว่างวันร้อยละ 10.5 ทางด้านกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุข ผู้เข้าร่วมวิจัยพบอาการชาอยู่ไม่สุขร้อยละ 7.8 สอดคล้องกับงานวิจัย Laura Perez-Carbonell และคณะ⁶ ที่พบความชุกของกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุขในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 12 โดยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นตำแหน่งของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วน Subcortical มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุข ซึ่งในงานวิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลในด้านตำแหน่งของรอยโรคหลอดเลือดสมอง

ทางด้านค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอาการนอนไม่หลับ อาการรบกวนง่ายระหว่างวัน คุณภาพการนอน และอาการชาอยู่ไม่สุข ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบของ

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละด้านปัจจัยสุขภาพจากเวชระเบียนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง

ปัจจัยสุขภาพ	ความถี่	ร้อยละ
ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง		
โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด	123	95.3
โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง	1	0.8
โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	12	9.3
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)		
1 - 12 เดือน	80	62.0
13 - 24 เดือน	23	17.8
มากกว่า 24 เดือน	26	20.2
Mean = 18.12, S.D.= 20.23, Min = 1, Max = 120		
โรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง	77	59.7
เบาหวาน	22	17.1
ไขมันในเลือดสูง	34	26.4
อื่นๆ	49	38.7
ประวัติการรับประทานยาทางจิตเวช		
รับยาทางจิตเวช	29	22.5
ไม่รับยาทางจิตเวช	100	77.5

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มอาการนอนหลับผิดปกติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง

กลุ่มอาการนอนหลับผิดปกติ	ความถี่	ร้อยละ	Mean	S.D.
คุณภาพการนอน			6.15	4.267
คุณภาพการนอนปกติ	60	46.5		
คุณภาพการนอนไม่ดี	69	53.5		
อาการนอนไม่หลับ			5.66	5.740
อาการนอนหลับปกติ	88	68.2		
มีอาการนอนไม่หลับระยะเริ่มแรก	25	19.4		
มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง	16	12.4		
อาการรบกวนระหว่างวัน			2.71	3.652
อาการรบกวนระดับปกติ	119	92.2		
อาการรบกวนระดับน้อย	10	7.8		
อาการขงอยู่ไม่สุข			7.60	1.155
ไม่พบอาการขงอยู่ไม่สุข	119	92.2		
อาการขงอยู่ไม่สุข	10	7.8		

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอาการอาการนอนไม่หลับ อาการร่งง่ายระหว่างวัน คุณภาพการนอน และอาการขาอยู่ไม่สุข ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation matrix)

ตัวแปร	โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด	โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง	โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	อาการนอนไม่หลับ	อาการร่งง่ายระหว่างวัน	คุณภาพการนอน	อาการขาอยู่ไม่สุข
โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด	1.000						
โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง	-0.400**	1.000					
โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	-0.563**	-0.028	1.000				
อาการนอนไม่หลับ	-0.124	-0.059	0.099	1.000			
อาการร่งง่ายระหว่างวัน	0.064	-0.026	-0.093	0.059	1.000		
คุณภาพการนอน	-0.132	-0.095	0.192*	0.626**	-0.020	1.000	
อาการขาอยู่ไม่สุข	0.064	-0.026	0.007	0.220*	0.024	0.270**	1.000

*Correlation is significant at p-value <= 0.05, **Correlation is significant at p-value <= 0.01

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง โดยใช้สถิติ Chi-square test ในการทดสอบ (n=129)

ปัจจัย	อาการนอนไม่หลับ				อาการร่งง่ายระหว่างวัน				คุณภาพการนอน				อาการขาอยู่ไม่สุข			
	ปกติ n (%)	นอนไม่หลับ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	มีอาการ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	ไม่ดี n (%)	χ^2	p-value	ไม่พบอาการ n (%)	พบอาการ n (%)	χ^2	p-value
เพศ																
ชาย	53 (70.7)	22 (29.3)	0.496	.481	70 (93.3)	5 (6.7)	0.295	.587	40 (53.3)	35 (46.7)	3.351	.067	73 (97.3)	2 (2.7)	6.479	.011*
หญิง	35 (64.8)	19 (35.2)			49 (90.7)	5 (9.3)			20 (37.0)	34 (63.0)			46 (85.2)	8 (14.8)		

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง โดยใช้สถิติ Chi-square test ในการทดสอบ (n=129) (ต่อ)

ปัจจัย	อาการนอนไม่หลับ				อาการง่วงระหว่างวัน				คุณภาพการนอน				อาการขาอยู่ไม่สุข			
	ปกติ n (%)	นอนไม่หลับ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	มีอาการ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	ไม่ n (%)	χ^2	p-value	ไม่พบอาการ n (%)	พบอาการ n (%)	χ^2	p-value
อายุ (ปี)																
< 46 ปี	5 (50.0)	5 (50.0)	3.979	.137	10 (100.0)	0	0.912	.634	2 (20.0)	8 (80.0)	4.258	.119	9 (90.0)	1 (10.0)	0.228	.892
46 - 60 ปี	29 (61.7)	18 (38.3)			43 (91.5)	4 (8.5)			20 (42.6)	27 (57.4)			44 (93.6)	3 (6.4)		
มากกว่า 60 ปี	54 (75.0)	18 (25.0)			66 (91.7)	6 (8.3)			38 (52.8)	34 (47.2)			66 (91.7)	6 (8.3)		
สถานภาพสมรส																
โสด	8 (66.7)	4 (33.3)	0.304	.859	11 (91.7)	1 (8.3)	1.183	.554	5 (41.7)	7 (58.3)	0.183	.913	11 (91.7)	1 (8.3)	1.608	.448
สมรส	60 (69.8)	26 (30.2)			78 (90.7)	8 (9.3)			41 (47.7)	45 (52.3)			81 (94.2)	5 (5.8)		
หม้าย/หย่า	20 (64.5)	11 (35.5)			30 (96.8)	1 (3.2)			14 (45.2)	17 (54.8)			27 (87.1)	4 (12.9)		
อาชีพ																
ไม่มี	24 (64.9)	13 (35.1)	0.269	.604	32 (86.5)	5 (13.5)	2.408	.121	13 (35.1)	24 (64.9)	2.699	.100	33 (89.2)	4 (10.8)	0.679	.410
ประกอบอาชีพ	64 (69.6)	28 (30.4)			119 (94.6)	10 (5.4)			47 (51.1)	45 (48.9)			86 (93.5)	6 (6.5)		
ความเพียงพอของรายได้																
เพียงพอ เหลือเก็บ	63 (85.1)	11 (14.9)	28.123	0.000**	67 (90.5)	7 (9.5)	0.806	0.668	47 (63.5)	27 (36.5)	24.175	<.001**	71 (95.9)	3 (4.1)	3.322	.190
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	18 (58.1)	13 (41.9)			29 (93.5)	2 (6.5)			11 (35.5)	20 (64.5)			27 (87.1)	4 (12.9)		
เป็นหนี้	7 (29.2)	17 (70.8)			23 (95.8)	1 (4.2)			2 (8.3)	22 (91.7)			21 (87.5)	3 (12.5)		
สถานะทางการเงิน																
ไม่มี	56 (70.0)	24 (30.0)	1.608	0.657	72 (90.0)	8 (10.0)	3.089	0.378	40 (50.0)	40 (50.0)	4.63	.201	72 (90.0)	8 (10.0)	3.089	.378
พ่อแม่	7 (77.8)	2 (22.2)			9 (100.0)	0			6 (66.7)	3 (33.3)			9 (100)	0		
ญาติพี่น้อง	3 (50.0)	3 (50.0)			5 (83.3)	1 (16.7)			3 (50.0)	3 (50.0)			5 (83.3)	1 (16.7)		
บุตร	22 (64.7)	12 (35.3)			33 (97.1)	1 (2.9)			11 (32.4)	23 (67.6)			33 (97.1)	1 (2.9)		

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง โดยใช้สถิติ Chi-square test ในการทดสอบ (n=129) (ต่อ)

ปัจจัย	อาการนอนไม่หลับ				อาการง่วงระหว่างวัน				คุณภาพการนอน				อาการขาอยู่ไม่สุข			
	ปกติ n (%)	นอนไม่หลับ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	มีอาการ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	ไม่ตี n (%)	χ^2	p-value	ไม่พบอาการ n (%)	พบอาการ n (%)	χ^2	p-value
การใช้สารเสพติด																
ไม่เคยใช้	83 (69.7)	36 (30.3)	1.659	.198	109 (91.6)	10 (8.4)	0.911	.340	57 (47.9)	62 (52.1)	1.188	.276	110 (92.4)	9 (7.6)	0.077	.782
เคยใช้	5 (50.0)	5 (50.0)			10 (100.0)	0			3 (30.0)	7 (70.0)			9 (90.0)	1 (10.0)		
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์																
ไม่เคยดื่ม	39 (62.9)	23 (37.1)	1.837	.399	57 (91.9)	5 (8.1)	0.032	.984	25 (40.3)	37 (59.7)	1.867	.393	55 (88.7)	7 (11.3)	2.394	.302
เคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้	41 (74.5)	14 (25.5)			51 (92.7)	4 (7.3)			29 (52.7)	26 (47.3)			53 (96.4)	2 (3.6)		
ยังคงใช้อยู่	8 (66.7)	4 (33.3)			11 (91.7)	1 (8.3)			6 (50.0)	6 (50.0)			11 (91.7)	1 (8.3)		
เครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน																
ไม่เคยดื่ม	11(57.9)	8 (42.1)	6.586	.086	19 (100.0)	0	3.216	.359	7 (36.8)	12 (63.2)	6.118	.106	17 (89.5)	2 (10.5)	0.602	.896
เคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้	30 (78.9)	8 (21.1)			33 (86.8)	5 (13.2)			24 (63.2)	14 (36.8)			36 (94.7)	2 (5.3)		
ยังคงใช้อยู่	35 (60.3)	23 (39.7)			54 (93.1)	4 (6.9)			23 (39.7)	35 (60.3)			53 (91.4)	5 (8.6)		
ติดเครื่องดื่มคาเฟอีน	12 (85.7)	2 (14.3)			13 (92.9)	1 (7.1)			6 (42.9)	8 (57.1)			13 (92.9)	1 (7.1)		
การสูบบุหรี่ ซิกาแรต หรือยาเส้น																
ไม่เคยใช้	57 (68.7)	26 (31.3)	3.918	.270	77 (92.8)	6 (7.2)	0.496	.920	39 (47.0)	44 (53)	5.155	.161	75 (90.4)	8 (9.6)	4.245	.236
เคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้	23 (76.7)	7 (23.3)			27 (90.0)	3 (10.0)			17 (56.7)	13 (43.3)			30 (100)	0		
ยังคงใช้อยู่	6 (46.2)	7 (53.8)			12 (92.3)	1 (7.7)			4 (30.8)	9 (69.2)			11 (84.6)	2 (15.4)		
ติดบุหรี่/ซิกาแรต/ยาเส้น	2 (66.7)	1 (33.3)			3 (100.0)	0			0	3 (100)			3 (100)	0		

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง โดยใช้สถิติ Chi-square test ในการทดสอบ (n=129) (ต่อ)

ปัจจัย	อาการนอนไม่หลับ				อาการง่วงระหว่างวัน				คุณภาพการนอน				อาการขาอยู่ไม่สุข			
	ปกติ n (%)	นอนไม่หลับ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	มีอาการ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	ไม่ตี n (%)	χ^2	p-value	ไม่พบอาการ n (%)	พบอาการ n (%)	χ^2	p-value
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว																
ไม่มี	86 (70.5)	36 (29.5)	5.366	.021*	112 (91.8)	10 (8.2)	0.622	.430	60 (56.7)	62 (65.3)	6.436	.011*	113(92.6)	9(7.4)	0.442	.506
มี	2(28.6)	5 (71.4)			7 (100.0)	0			0	7 (100)			6(85.7)	1(14.3)		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)																
1 - 12 เดือน	52 (65.0)	28 (35.0)	1.009	.604	73 (91.3)	7 (8.8)	0.695	.707	37 (46.3)	43 (53.8)	2.580	.275	72 (90.0)	8 (10.0)	2.498	.287
13 - 24 เดือน	17 (73.9)	6 (26.1)			21 (91.3)	2 (8.7)			8 (34.8)	15 (65.2)			23 (100.0)	0		
>24 เดือน	19 (73.1)	7 (26.9)			25 (96.2)	1 (3.8)			15 (57.7)	11 (42.3)			24 (92.3)	2 (7.7)		
โรคร่วม																
ความดันโลหิตสูง	51 (66.2)	26 (33.8)	0.347	.556	69 (89.6)	8 (10.4)	1.858	.173	34 (44.20)	43 (55.80)	0.426	.514	70 (90.9)	7 (9.1)	0.479	.489
เบาหวาน	12 (54.5)	10 (45.5)	2.287	.130	15 (68.2)	7 (31.8)	21.482	<.001**	8 (36.4)	14 (63.6)	1.098	.295	19 (86.4)	3 (13.6)	1.284	.257
ไขมันในเลือดสูง	20 (58.8)	14 (41.2)	1.879	.170	28 (82.4)	6 (17.6)	6.321	.012*	15 (41.1)	19 (55.9)	0.106	.744	29 (85.3)	5 (14.7)	3.122	.077
ประวัติการรับประทานยาจิตเวช																
รับยา	19 (65.5)	10 (34.5)	0.126	.723	27 (93.1)	2 (6.9)	0.038	.845	6 (20.7)	23 (79.3)	10.026	.002**	26 (89.7)	3 (10.3)	0.352	.553
ไม่รับยา	69 (69.0)	31 (31.0)			92 (92.0)	8 (8.0)			54 (54.0)	46 (46.0)			93 (93.0)	7 (7.0)		

*p-value ≤ 0.05, **p-value ≤ 0.01

เมตริกสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation matrix) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับคุณภาพการนอนที่ไม่ดีนั้น สัมพันธ์กับงานวิจัย Li-Jun Li และคณะ¹⁰ พบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเพิ่มอัตราการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายในปีแรกด้วย

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับแบบต่างๆ พบว่าความเพียงพอของรายได้และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับและคุณภาพการนอนที่ไม่ดี พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นหนี้ จะมีอาการนอนไม่หลับมากที่สุดร้อยละ 70.8 และมีคุณภาพการนอนไม่ดีมากที่สุดร้อยละ 91.7 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Martica Hall และคณะ¹⁵ สสำรวจผู้สูงอายุที่มีอายุ 61 - 85 ปี พบว่าผู้ที่มีปัญหาความเครียดเรื่องเศรษฐกิจจะมีปัญหาด้านการนอนโดยจะใช้เวลา นานกว่าจะหลับและมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งจากงานวิจัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 55.8) ซึ่งมีอายุ โดยรวมใกล้เคียงกับงานวิจัยดังกล่าว และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kirsi M Talala และคณะ¹⁶ พบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีอาการนอนไม่หลับมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง ซึ่งสาเหตุอาจจะเป็นจากระดับความเครียดทางด้านเศรษฐกิจที่มากขึ้นส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมากขึ้น แต่ไม่พบงานวิจัยที่กล่าวถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจกับการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวจะมีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 71.4 ซึ่งไม่ได้มีการกล่าวถึงปัจจัยด้านนี้ ในงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีงานวิจัยของ Simon Beaulieu-Bonneau และคณะ¹⁷ พบว่าผู้ที่มีประวัติครอบครัวโดยเฉพาะมารดา มีอาการนอนไม่หลับจะมีโอกาสมีอาการนอนไม่หลับด้วย

ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการง่วงงายระหว่างวัน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับอาการง่วงงายระหว่างวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Parvel Siarnik และคณะ¹⁸ พบว่ากลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข ค่าดัชนีมวลกายที่มากและโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการง่วงงายระหว่างวัน โดยสาเหตุที่โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับอาการง่วงงายระหว่างวันอาจจะอธิบายได้จาก

2 สาเหตุ คือ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า¹⁹ ซึ่งจากงานวิจัยโรคซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับอาการง่วงงายระหว่างวัน²⁰ 2) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมักจะมีมีความสัมพันธ์กับความอ้วนโดยกลไก adipose tissue ในคนอ้วนจะหลั่ง nonesterify fatty acids (NEFAs) ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออซิทธิลีนซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน²¹ ซึ่งความอ้วนมีความเกี่ยวข้องกับอาการง่วงงายระหว่างวันโดยไม่จำเป็นต้องมีภาวะนอนไม่หลับจากความผิดปกติของการหายใจ²² แต่จากงานวิจัยอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับโรคไขมันในเลือดสูง ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการขาอยู่ไม่สุขในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าปัจจัยเรื่องเพศ มีความสัมพันธ์กับอาการขาอยู่ไม่สุขในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิงจะมีอาการขาอยู่ไม่สุขร้อยละ 14.8 มากกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพศชาย จะมีอาการขาอยู่ไม่สุขร้อยละ 2.7 ซึ่งสอดคล้องกับ Klass Burger และคณะ²³ พบว่าความชุกของกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขในประชากรทั่วไปมีประมาณร้อยละ 10.6 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัย และพบว่าเพศหญิงจะมีความชุกมากกว่าเพศชายสองเท่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายซึ่งสัมพันธ์ความชุกของตัวโรค แต่ไม่ได้มีการกล่าวถึงในประชากรเฉพาะเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามปัจจัยทางด้านการใช้ยาจิตเวชกับอาการนอนไม่หลับยังต้องมีการศึกษากันต่อไป

ข้อจำกัด

1. การศึกษางานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) จึงไม่สามารถระบุถึง Causal relationship ได้ จึงควรมีการศึกษางานวิจัยในระยะยาวต่อไป
2. การวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลต้งเท่านั้น ยังไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประชากรโรคหลอดเลือดสมองแห่งอื่นๆ
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ดัชนีมวลกาย ตำแหน่งรอยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยและยาที่ผู้ป่วยใช้ และชนิดของโรคทางจิตเวชที่มีผลกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาปัจจัยและสาเหตุอื่นๆ ของปัญหาการนอนเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลต้งส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนไม่ดีขึ้นร้อยละ 53.5 ซึ่งปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับและคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีโรคร่วมโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการง่วงงายระหว่างวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับคุณภาพการนอน

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al. Global Burden of Diseases, Injuries, and risk factors study 2010 (GBD 2010) and the GBD stroke experts group. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2014; 383:245-54.
2. Division of Non- Communicable Disease [Internet]. 2019 [Cited 2022 Jan 20]. Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/133619>.
3. Baylan S, Griffiths S, Grant N, Broomfield NB, Evans JJ, Gardani M. Incidence and prevalence of post-stroke insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2020;49:101222.
4. Suh M, Choi-Kwon S, Kim JS. Sleep disturbances at 3 months after cerebral infarction. *Eur Neurol* 2016;75(1-2):75-81.
5. Leppavuori A, Pohjasvaara T, Vataja R, Kaste M, Erkinjuntti T. Insomnia in ischemic stroke patients. *Cerebrovasc Dis* 2002;14(2):90-7.
6. Perez-Carbonell L, Bahie S. Narrative review of sleep and stroke. *J Thoracic Dis* 2020; 12(Suppl 2): S176-190.
7. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry Eleventh edition: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
8. Assantachai P, Aekplakorn W, Pattara-Archachai J, Porapakkhom Y. Factors associated with insomnia in older people with a mild to moderate degree of poor cognitive ability in Thailand. *Geriatr Gerontol Int* 2011; 11: 16-23.
9. Gao B, Cam E, Jaeger H, Zunzunegui C, Sarnthein J, Bassetti CL. Sleep disruption aggravates focal cerebral ischemia in the rat. *Sleep* 2010; 33: 879-87.
10. e. Li L-J, Yang Y, Guan BY, Chen Q, Wang A-Z, Wang Y-J, 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.
11. Kaewpang P. Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients. [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University, 2004.
12. Banhiran W, Assanasen P, Nopmaneejumruslers C, Metheetrairut C. Epworth sleepiness scale in obstructive sleep disordered breathing: the reliability and validity of the Thai version. *Sleep and Breathing* 2011; 15: 571-7.
13. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. **Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital.** *J Psychiatr Assoc Thailand*, 1997; 42: 123-32.
14. Richard PA, Daniel P, Wayne AH, Claudia T, Arthur SW, Jacques M. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. *Sleep Medicine* 2003; 4: 101-119.
15. Hall M, Buysse DJ, Nofzinger EA, Retnolds CF, Thomson W, Mazumda S, et al. Financial strain is a significant correlate of sleep continuity disturbances in late-life. *Biol Psychol* 2008; 77: 217-22.
16. Talala KM, Martelin TP, Haukkala AH, Härkänen TT, Prättälä RS. Socio-economic differences in self-reported insomnia and stress in Finland from 1979 to 2002: a population-based repeated cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2012; 12: 650.
17. Beaulieu-Bonneau S, LeBlanc M, Mérette C, Dauvilliers Y, Morin CM. The family history of insomnia in a population-based sample. *Sleep* 2007; 30: 1739-45.
18. Siarnik P, Klobucnikova K, Surda P, Putala M, Sutovsky S, Kollar B, et al. Excessive daytime sleepiness in acute ischemic stroke: association with restless legs syndrome, diabetes mellitus, obesity, and sleep-disordered breathing. *J Clin Sleep Med* 2018; 14: 95-100.
19. Badescu SV, Tataru C, Kobylinska L, Georgescu EL, Zagrean AM, Zagrean L. The association between diabetes mellitus and depression. *J Med Life* 2016; 9: 120-5.
20. Medeiros C, Bruin V, Ferrer B, Paiva T, Montenegro RJ, Forti A, et al. Excessive daytime sleepiness in type 2 diabetes. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2013; 57: 425-30.
21. Al-Goblan S, Al-Alfi MA, Khan MZ. Mechanism linking diabetes mellitus and obesity. *Diabetes Metab Dyn Dr Obes* 2014; 7: 587-91.
22. Resta O, Foscino BM, Bonfitto P, Gilberti T, Depalo A, Pannacciulli N, et al. Low sleep quality and daytime sleepiness in obese patients without obstructive sleep apnoea syndrome. *J Intern Med* 2003; 253: 536-43.
23. Berger K, Luedemann J, Trenkwalder C, John U, Kessler C. Sex and the risk of restless legs syndrome in the general population. *Arch Intern Med* 2004; 164: 196-202.